

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง

ปิฎยาวัชร ปรากฏผล, พย.ด.¹

อุทัยทิพย์ จันทร์เพ็ญ, ประ.ด.¹

กนกพร แก้วโยธา, พย.บ.²

(วันที่ส่งบทความ: 27 เมษายน 2563; วันที่แก้ไข: 5 สิงหาคม 2563; วันที่ตอบรับ: 24 กุมภาพันธ์ 2564)

บทคัดย่อ

ความสามารถในการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้มีส่วนร่วมการวิจัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือไตเสื่อมระยะที่ 3 ขึ้นไป ในเขตเทศบาลเมืองแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสระบุรี ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 118 คน เครื่องมือวิจัยคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลและพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการตนเอง และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ เก็บข้อมูลเดือนกันยายน - พฤศจิกายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมี 1) คะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 69.01, SD = 9.94$) 2) รอบแอกการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ($r(116) = -0.18, p < .05, r(116) = -0.21, p < .05$), และ $r(116) = 0.39, p < .05$) 3) ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนมาก (ร้อยละ 55.08) มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี 4) เพศ การศึกษา รายได้ และการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ($r(116) = -.18, p < .05, r(116) = .19, p < .05, r(116) = .22, p < .05$ และ $r(116) = .22, p < .05$) ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการจัดการตนเองที่เหมาะสม อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการควบคุมรอบแอก การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เพราะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง, คุณภาพชีวิต, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท สถาบันพระบรมราชชนก

² พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท สถาบันพระบรมราชชนก

¹ Corresponding author: ปิฎยาวัชร ปรากฏผล, E-mail: sapadthayawad@yahoo.com

Factors Related to Self-management and Quality of Life Among Chronic Illness Patients Living in a Municipal area

Padthayawad Pragodpol, Ph.D.¹

Uthaitip Chanpen, Ph.D.¹

Kanokporn Kaewyota, B.N.S.²

(Received: April 27th, 2020; Revised: August 5th, 2020; Accepted: February 24th, 2021)

Abstract

Self-management and quality of life are important goals when caring for chronic illness patients. This descriptive correlation research aimed to study the factors related self-management and quality of life of chronic illness patients, and their level of influence. Simple random sampling technique was used to recruit 118 people with diabetes, hypertension, or chronic kidney disease (stage 3 to 5) living in a municipal area in Saraburi province, Thailand. The research questionnaires were comprised of four parts, general personal information, health information and health behaviors, self-management behaviors of chronic disease patients, and the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF-THAI. Data were collected from September to November 2017. Descriptive statistics and Pearson's product moment correlations were used for analyzing data. The results revealed that: 1) the average scores of the overall self-management of chronic illness patients were at a moderate level ($M = 69.01$, $SD = 9.94$); 2) waist circumferences, eating behavior, and exercise behavior were significantly related to the self-management scores of chronic illness patients ($r(116) = -0.18$, $p < .05$, $r(116) = -0.21$, $p < .05$), and $r(116) = 0.39$, $p < .05$); 3) the majority (55.08%) of participants had an overall quality of life score considered to be at a good level; and 4) gender, education, income, and self-management were significantly related to the quality of life scores ($r(116) = -.18$, $p < .05$, $r(116) = .19$, $p < .05$, $r(116) = .22$, $p < .05$, and $r(116) = .22$, $p < .05$). According to the study's findings, practitioners should take concrete actions to promote self-management behaviors related to waist circumferences control, healthy eating, and proper exercise due to their positive correlation with quality of life in chronic illness patients.

Keyword: self – management, quality of life, chronic illness patients

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonnani College of Nursing, Phra Putthabat, Praboromarajchanok Institute

² Registered Nurse, Practitioner Level, Boromarajonnani College of Nursing, Phra Putthabat, Praboromarajchanok Institute

¹ Corresponding author: Padthayawad Pragodpol, E-mail: sapadthayawad@yahoo.com

บทนำ

โรคเรื้อรังตามความหมายขององค์การอนามัยโลก ระบุว่า เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิต มีการดำเนินของโรคนาน และค่อย ๆ เพิ่มความรุนแรงมากขึ้น มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้เกิดความพิการและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ในแต่ละปีมีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 36 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 63 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด และ 14 ล้านคนเสียชีวิตก่อนวัยอันควรคือก่อนอายุ 70 ปี และมีแนวโน้มที่อัตราการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกช่วงวัยจะเพิ่มเป็น 52 ล้านคน ในปี 2030 (World Health Organization, 2013) ทั้งนี้ในปัจจุบันพบว่านอกจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแล้วยังพบโรคไตวายเรื้อรัง ที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของโลกและของประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

จากสถิติการประเมินภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกายของประชาชนอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไปพบว่าอัตราการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 และอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2552 และเป็นร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ. 2557 (วิชัย เอกพลากร, 2559) นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนไทยเป็นโรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 17.6 หรือประมาณ 8 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจำนวน 2 แสนคน เมื่อพิจารณาย้อนหลัง 5 ปี (ปี พ.ศ. 2556 - พ.ศ. 2560) พบว่ามีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2556 เพิ่มขึ้นจาก 667.3 เป็น 1,198.8 ต่อล้านประชากรในปี พ.ศ. 2560 ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว รวมไปถึงภาครัฐที่ต้องลงทุนกว่าปีละหมื่นล้านบาท เพื่อใช้ในการรักษาพยาบาล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

นอกจากนี้ยังพบว่าโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรังมีความเกี่ยวข้องกัน โดยพบว่าจากจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ใช้สิทธิบัตรทอง มีประวัติโรคร่วม ได้แก่โรคเบาหวาน ร้อยละ 49 และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 81 (มรุต จิรเศรษฐสิริ, 2561) โดยผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคไตวายเรื้อรังมากกว่าคนทั่วไป 20 เท่า เนื่องจากโรคนี้ทำให้หลอดเลือดที่มาเลี้ยงไตตีบแข็งมีผลทำให้ไตเสื่อมอย่างถาวร โดยเฉลี่ยผู้ที่เป็โรคเบาหวานมานานกว่า 10 ปี จะเริ่มพบอาการไตเสื่อมได้ประมาณร้อยละ 30 - 35 และหากมีการดูแลตนเองไม่ถูกต้องภายใน 4 - 7 ปี ก็จะกลายเป็นไตวายระยะสุดท้าย (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560) และความดันโลหิตที่สูงผิดปกติจะทำให้ไตเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว ทำให้การทำงานของหน่วยไต (Glomerulus) เสื่อมลงเลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ ส่งผลให้ไตเสื่อมสภาพถึงขั้นไตวายเรื้อรังได้

จากข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเขตสุขภาพที่ 4 จากศูนย์ข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center; 2561) พบว่ามีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดี คิดเป็นร้อยละ 27.18 และร้อยละ 40.46 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้อย่างมาก ทั้งนี้สาเหตุของการเกิดโรคเรื้อรังและการไม่สามารถควบคุมโรคได้นั้น ส่วนใหญ่

เกิดมาจากปัจจัยหลัก 4 ประการ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการออกกำลังกาย จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรังจำเป็นต้องมีการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อควบคุมโรคและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอื่น ๆ ตามมา

การเจริญเติบโตของพื้นที่เขตเมืองในปัจจุบันทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างมาก ในช่วงระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ. 2554 - 2558) พบว่าพื้นที่เขตเมืองมีอัตราป่วยที่รวมไปถึงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและการบาดเจ็บจากการจราจร สูงกว่าภาพรวมประเทศถึง 2.63 เท่า (สุวรรณชัย วัฒนาชัยเจริญชัย, 2561) อีกทั้งยังมีแนวโน้มสูงขึ้นมากและสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้โรคไม่ติดต่อเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ซึ่งมีการดำเนินโรคเป็นไปอย่างช้า ๆ ค่อย ๆ สะสมอาการอย่างต่อเนื่องและเรื้อรัง โดยมีสาเหตุหลักที่สำคัญ คือพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหารรสจัด เช่น หวานจัด เค็มจัด อาหารที่มีไขมันสูง อาหารปิ้งย่าง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย การนอนดึก การมีความเครียดสูง และการรับประทานยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ซึ่งคนที่มีพฤติกรรมการดำเนินชีวิตดังกล่าวมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้มากกว่าคนทั่วไป

เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้งโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรังขึ้นแล้ว ย่อมส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำเป็นต้องมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ควบคู่ไปกับการใช้ยา สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตไปจากเดิม ต้องฝืนตนเองในการจำกัดอาหารหรือหลีกเลี่ยงอาหารที่เคยชอบรับประทานเป็นประจำ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความรู้สึกไม่ปลอดภัยในชีวิต ไม่ทราบว่าโรคจะกำเริบขึ้นเมื่อใด ต้องมีการตัดสินใจแก้ปัญหาทุกวันในการดำเนินชีวิต ต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต ต้องควบคุมน้ำหนัก อารมณ์ และการขับถ่ายปัสสาวะของตนเอง ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจต่อผู้ป่วยต้องยอมรับกับสถานะของตนเองที่ถูกจำกัดลง ขาดความอิสระ รู้สึกไม่มั่นคง และไม่ปลอดภัยในชีวิต ความเป็นอยู่ทางสังคมต้องเปลี่ยนไป และยังมีผลกระทบต่อครอบครัว

ในด้านเศรษฐกิจที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา มีผลกระทบต่อสังคม ไม่สามารถเข้าร่วมสังสรรค์ต่าง ๆ ได้ ตลอดจนไม่มีอิสระในการเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ระดับความพึงพอใจในการใช้ชีวิตลดลง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ปัญญาวุฒ ปรากฏผล และคณะ, 2558) นอกจากนี้แล้วยังส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขและภาวะเศรษฐกิจของประเทศไทย เพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูง และต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องภายใต้การดูแลของบุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรอื่น ๆ หลายสาขา จึงมีผลทำให้ประเทศไทยมีภาระค่าใช้จ่ายในการให้บริการสุขภาพกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในแต่ละปีมีเป็นจำนวนมาก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ถูกนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมาก เพราะเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องมีความสามารถในการจัดการตนเองที่ซับซ้อนทั้งด้านการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การมาตรวจตามแพทย์นัด หรือแม้แต่การเฝ้าสังเกตความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้อีกทั้งยังเป็นกุญแจสำคัญที่ใช้ในการรักษาโรคเรื้อรังที่ประสบผลสำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ทางสุขภาพ ได้แก่ การจัดการตนเองเพิ่มขึ้น มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ลดอัตราการเจ็บป่วย อัตราการตาย อัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในภาพรวมของประเทศอีกด้วย (Grady & Gough, 2014) การจัดการตนเองเป็นกุญแจสำคัญที่ใช้รักษาโรคเรื้อรังที่ประสบผลสำเร็จ เพราะการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น และสามารถควบคุมอาการของโรคได้ ทำให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพอใจในคุณภาพชีวิตของตนเอง

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรังสามารถจัดการตนเองที่ดีได้นั้น มีความจำเป็นต้องมีการศึกษาในสถานการณ์จริงว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการตนเองอยู่ในระดับใด มีคุณภาพชีวิตที่ดีมาน้อยเพียงใด มีอะไรเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นพื้นฐานในการให้การดูแลเพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เขตเทศบาลเมืองพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer and Goelick-Buy (1991) และคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก มาเป็นกรอบในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก คือ 1) ปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และผู้ดูแลหลัก 2) ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในครอบครัว โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และ 3) พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การใช้อาหารเสริม สมุนไพร หรือวิธีการอื่น ๆ ในการดูแลสุขภาพ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกาย ทั้งนี้การจัดการตนเองเป็นกระบวนการในการกำกับติดตาม การประเมินตนเอง และการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมความเครียด การรับประทานยา การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด เพื่อควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงบนพื้นฐานของกระบวนการเรียนรู้และทักษะทางปัญญาจากประสบการณ์ที่ได้รับ และตัดสินใจนำมาใช้กับตนเอง ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนี้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย โดยองค์การอนามัยโลกให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสถานะชีวิตในขณะนั้นภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ถือเป็นความผาสุกของร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่ส่งผลให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจวัตรเพื่อการดำเนินชีวิตได้ มิติของคุณภาพชีวิตครอบคลุมสุขภาพของบุคคลด้านร่างกาย (Physical health) จิตใจ (Psychological health) สัมพันธภาพสังคม (Social relationship) และสิ่งแวดล้อม (Environmental health) เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาระดับและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี โดยมีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือมีความเสื่อมของไตตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไปโดยพิจารณาจากผลตรวจการทำหน้าที่ของไตและการวินิจฉัยโรคครั้งล่าสุดที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี กลุ่มตัวอย่างได้มาด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูงและ/หรือมีความเสื่อมของไตตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี ทั้งเพศหญิงและชาย มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป ที่ยินยอมให้ข้อมูลและสามารถสื่อสารกับคณะผู้วิจัยได้ คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power สำหรับวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบที่ระดับ .08 ค่าความคลาดเคลื่อน ($\alpha = .05$) และขนาดอิทธิพลขนาดกลาง คือ .30 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 100 คน กำหนดให้มีการประมาณการความคลาดเคลื่อนในการเก็บข้อมูลอีกร้อยละ 15 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลได้จำนวนทั้งสิ้น 118 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธรบาท (เลขที่ EC015/2560 ลงวันที่ 20 ธ.ค. 2559) ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และข้อมูลอื่น ๆ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารการให้ข้อมูล (Information sheet) พร้อมกับชี้แจงกลุ่มตัวอย่างว่าสามารถตอบรับหรือ

ปฏิเสธการให้ข้อมูลในการวิจัยได้โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรืออธิบายใด ๆ โดยไม่มีผลต่อการรับบริการทางสุขภาพที่ได้รับ ข้อมูลวิจัยที่ได้จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะกระทำในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Consent form)

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลสำหรับการศึกษานี้คือ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามส่วนที่ 1-3 พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรม ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และผู้ดูแลหลัก จำนวน 8 ข้อ ให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความเป็นจริง ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ที่สอบถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในครอบครัว โรคประจำตัว การช้ำยา/อาหารเสริม/สมุนไพร/หรือวิธีการอื่น ๆ ในการดูแลสุขภาพ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ส่วนที่ 3 การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 3 ชุด ได้แก่ 1) การจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน 2) การจัดการตนเองในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และ 3) การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเฉพาะชุดที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตนเองเท่านั้น เพราะถึงแม้แบบสอบถามวัดการจัดการตนเองของผู้ป่วยเหมือนกัน แต่ทั้ง 3 โรคนี้มีลักษณะที่แตกต่างกันออกไปในบางประเด็น เช่น การรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เป็นต้น ถ้ารวมแบบสอบถามของผู้ป่วยทุกโรคในชุดเดียวกันแล้วผู้ป่วยต้องตอบแบบสอบถามในโรคที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตนเองจะไม่สามารถตอบแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นแบบเฉพาะเจาะจงได้ (Disease Specific Instrument) ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับและมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ กรณีข้อคำถามด้านบวก ตอบว่าทำเป็นประจำ = 5 คะแนน, ทำบ่อยครั้ง = 4 คะแนน, ทำพอ ๆ กับไม่ทำ = 3 คะแนน, ทำนาน ๆ ครั้ง = 2 คะแนน และไม่เคยทำเลย = 1 คะแนน กรณีข้อคำถามด้านลบให้คะแนนสลับกัน ในแต่ละชุดมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แต่ละข้อให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คะแนนรวมของแบบสอบถามแต่ละชุดอยู่ระหว่าง 20 – 100 คะแนน

การแปลความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีเกณฑ์ ดังนี้ คะแนนอยู่ระหว่าง 1 – 20 คะแนน มีความสามารถในการจัดการตนเองระดับไม่ดีมาก, คะแนน 21 – 40 มีความสามารถในการจัดการตนเองระดับไม่ดี, คะแนน 41 – 60 มีความสามารถในการจัดการตนเองระดับปานกลาง, คะแนน 61 – 80 มีความสามารถในการจัดการตนเองระดับดี และคะแนน 81 – 100 มีความสามารถในการจัดการตนเองระดับดีมาก

ส่วนที่ 4 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือชี้วัดการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิตที่เป็นมาตรฐานสากล มีจำนวน 26 ข้อ มีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม แต่ละข้อ

เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 26 – 130 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ กรณีที่ตอบไม่เลย = 1 คะแนน, เล็กน้อย = 2 คะแนน, ปานกลาง = 3 คะแนน, มาก = 4 คะแนน และมากที่สุด = 5 คะแนน การแปลความคุณภาพชีวิต โดยรวมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีเกณฑ์ ดังนี้ คือ คะแนนระหว่าง 26 – 60 คะแนน มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี, คะแนน 61 – 95 มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง, และคะแนน 96 – 130 มีคุณภาพชีวิตที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และการชะลอไตเสื่อมทั้ง 3 ชุด นี้ได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ประกอบด้วยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรัง และอายุรแพทย์ ได้ค่า CVI เท่ากับ .87, .87, และ .85 ตามลำดับ และมีการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบรอก (Cronbach' alpha coefficient) ได้เท่ากับ .96, .91, และ .96 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาทแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน – พฤศจิกายน 2560 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาทถึงนายกเทศมนตรีเมืองพระพุทธบาท เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขเทศบาลเมืองพระพุทธบาท เพื่อขอข้อมูลเกี่ยวกับที่อยู่ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านผู้ป่วย
3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้นำชุมชนของหมู่บ้าน เพื่อแนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดของวิธีการรวบรวมข้อมูล
4. ผู้นำชุมชนมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขนำผู้วิจัยและคณะพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านของผู้ป่วยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และดำเนินการตามที่ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลและยินยอมให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สถิติที่ใช้ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Correlation) กรณีที่ข้อมูลเป็นมาตราการวัดแบบทวิภาค (Nominal scale) มาตรารดับ (Ordinal scale) มาตราช่วง (Interval scale) ตามลำดับ โดยมีการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ และกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 118 คน ส่วนมาก (ร้อยละ 75.40) เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 67.95 ปี ($SD = 9.14$) อายุน้อยที่สุด 43 ปี อายุมากที่สุด 88 ปี มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,547.62 บาท ($SD = 8509.27$) รายได้สูงสุดต่อเดือน 45,000 บาท ต่ำสุดคือไม่มีรายได้ ส่วนมาก (ร้อยละ 97.5) นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 64.40) ผู้ที่มีสถานภาพสมรสหม้าย (ร้อยละ 42.20) มีจำนวนใกล้เคียงกับสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 41.40) ทั้งนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.30) มีบุตร/หลาน เป็นผู้ดูแลหลัก รองลงมา (ร้อยละ 33.10) เป็นภรรยา/สามี มีเพียงร้อยละ 1.70 ที่ไม่มีผู้ดูแล และกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) ไม่ได้ประกอบอาชีพ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.80) มีประวัติครอบครัว และญาติสายตรงเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรังเพียงโรคเดียว 2 โรค และ 3 โรค คิดเป็นร้อยละ 58.47, 33.90 และ 7.63 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.61) ของกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว รองลงมา (ร้อยละ 32.20) คือเป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และพบว่ามีโรคไตเสื่อมอย่างเดียวร้อยละ 0.85 นอกจากนี้ยังพบโรคร่วมของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด (ร้อยละ 22.03) คือโรคไขมันในเลือดสูง กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักเฉลี่ยเท่ากับ 62.89 กิโลกรัม ($SD = 12.78$) น้ำหนักมากที่สุดคือ 110 กิโลกรัม น้อยที่สุดคือ 30 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ยเท่ากับ 156.17 เซนติเมตร ($SD = 7.79$) ส่วนสูงที่สูงที่สุดเท่ากับ 177 เซนติเมตร สูงน้อยที่สุดเท่ากับ 132 เซนติเมตร มีค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index [BMI]) มากที่สุดอยู่ที่โรคอ้วนระดับ 1 (BMI อยู่ระหว่าง 25–25.90 กก/ม²) ร้อยละ 36.44 และรอบเอวเฉลี่ยเท่ากับ 87.75 เซนติเมตร ($SD = 10.84$) รอบเอวมากที่สุดเท่ากับ 123 เซนติเมตร น้อยที่สุดเท่ากับ 64 เซนติเมตร

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมาก (ร้อยละ 78.80) ไม่ได้ใช้ยาอื่น/อาหารเสริม/สมุนไพร/หรือวิธีการอื่น ๆ ในการดูแลรักษาสุขภาพ และไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 79.66) ไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 87.29) รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ (ร้อยละ 65.30) รับประทานผักเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 97.50) ไม่รับประทานจุบจิบ (ร้อยละ 76.30) ไม่รับประทานอาหารรสจัด (ร้อยละ 72.90) ดื่มชา/กาแฟ/น้ำอัดลม/เครื่องดื่มที่มีรสหวาน น้อยกว่า 2 แก้ว/วัน (ร้อยละ 62.70) ไม่รับประทานอาหารจานด่วน (ร้อยละ 94.90) ไม่ชอบรับประทานอาหาร ทอด ปิ้งย่าง (ร้อยละ 71.20) และ มีการออกกำลังกาย (ร้อยละ 57.60)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองของผู้ป่วยโดยรวมและการจัดการตนเองจำแนกตามกลุ่มโรคอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงที่สุด ($M = 69.01$, $SD = 9.94$) ทั้งนี้คะแนนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีค่าใกล้เคียงกัน ส่วนคะแนนการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยไตเสื่อมมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($M = 62.42$, $SD = 11.87$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยรวมและจำแนกตามกลุ่มโรค

การจัดการตนเอง	จำนวน กลุ่ม ตัวอย่าง	คะแนนการจัดการตนเอง				ระดับ การจัดการตนเอง
		คะแนน ต่ำสุด	คะแนน สูงสุด	M	SD	
การจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม	12	48.00	90.00	62.42	11.87	ระดับปานกลาง
การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเบาหวาน	62	45.00	93.00	68.57	11.24	ระดับปานกลาง
การจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	102	35.00	89.00	68.52	10.55	ระดับปานกลาง
การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	118	45.00	93.00	69.01	9.94	ระดับปานกลาง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 97.84 ($SD = 15.29$) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.08) มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี มีเพียงร้อยละ 1.70 ที่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี มีเพียงด้านสุขภาพกายเพียงด้านเดียวที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตไม่ดีในแต่ละด้านมีจำนวนน้อยกว่าร้อยละ 5 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแยกตามระดับคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน และค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน

ระดับคะแนน คุณภาพชีวิต	คุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน (คะแนนเต็ม 130 คะแนน)									
	ด้านสุขภาพกาย		ด้านจิตใจ		ด้านสังคม		ด้านสิ่งแวดล้อม		คุณภาพชีวิตโดยรวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตไม่ดี 26 – 60 คะแนน	4	3.39	3	2.54	4	3.39	3	2.54	2	1.70
คุณภาพชีวิตปานกลาง 61 – 95 คะแนน	64	54.24	42	35.59	51	43.22	44	37.29	51	43.22
คุณภาพชีวิตดี 96 – 130 คะแนน	50	42.37	73	61.87	63	53.39	71	60.17	65	55.08
คะแนนคุณภาพ ชีวิตเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
	25.48	4.26	23.28	4.01	11.62	2.25	30.41	5.37	97.84	15.29

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่ารอบเอวและการรับประทานอาหารเช้าไม่ครบ 3 มื้อ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีรอบเอวมากขึ้นมีการรับประทานอาหารเช้าไม่ครบ 3 มื้อมากเท่าไร มีความสามารถในการจัดการตนเองได้น้อยลงและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือผู้ป่วยยังมีการออกกำลังกายมากมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองมากยิ่งขึ้น รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	r	p
รอบเอว	- 0.18*	0.04
การรับประทานอาหารเช้าไม่ครบ 3 มื้อ	- 0.21*	0.02
การออกกำลังกาย	0.39**	0.00

* p value < 0.05, **p value < 0.01

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิต พบว่าเพศ การศึกษา รายได้และการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยเพศชายมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศหญิง และผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังมีระดับการศึกษาสูง รายได้ที่สูงและการจัดการตนเองที่ดีมากมีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตมาก รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์	คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	
	r	p
เพศ	- .18*	.04
การศึกษา	.19*	.03
รายได้	.22*	.01
การจัดการตนเอง	.22*	.01

* p value < 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 69.01 ($SD = 9.94$) จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ คัทธียา วสุธาดา, ลลิตา เตชชาวุฒิ, นันทวัน ใจกล้า, และสายใจ จารุจิตร (2561) ที่พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยร้อยละ 43.22 มีอายุอยู่ในช่วง 60–70 ปี และร้อยละ 27.12 มีอายุอยู่ในช่วง 71–80 ปี มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.40 ซึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นผู้สูงอายุทำให้มีข้อจำกัดคือมีความสามารถในการจัดการตนเองได้น้อยลง เนื่องจากความเสื่อมถอยของร่างกายตามวัย ประกอบกับการที่กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาต่ำส่งผลทำให้ความสามารถ ในการเข้าถึงข้อมูล การวินิจฉัย และการรักษาได้ยากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงส่งผลให้มีความสามารถในการดูแลตนเองและจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเองได้น้อย (Spasic, Radovanovic, Dordevic, Stefanovic, & Cvetkovic, 2014)

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ทั้งคุณภาพชีวิตโดยรวม (ร้อยละ 55.08) และคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสัมพันธภาพทางสังคม (ร้อยละ 61.87, 60.17, และ 53.39 ตามลำดับ) ยกเว้นด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.24) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พักอาศัยอยู่ที่บ้านในเขตเทศบาลเมืองพระพุกทบาท เป็นผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และอาการของโรคได้วายเรื้อรังได้ ไม่มีอาการผิดปกติ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและดำรงชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังของตนเองได้อย่างปกติสุข (Donald, 2014) ทั้งนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีการควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ดี จะมีระดับของคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ดี (O'Connor et al., 2012) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Lee et al. (2014) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจะมีระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี นอกจากนี้ยังพบว่าถ้าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ ต้องเผชิญกับอาการไม่พึงประสงค์ของความผิดปกติของระดับน้ำตาล และระดับความดันโลหิต ต้องทนทรมานกับภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เกิดขึ้น จึงส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ (Chin, Lee, & Lee, 2014) สำหรับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง นั้นเป็นผลสืบเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมถอยทางร่างกาย มีผลกระทบทำให้ร่างกายอ่อนแอ ทำงานไม่ได้ตามปกติ เหนื่อยง่าย จึงมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษาค้นพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ครอบคลุม การรับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ ($p\text{ value} < 0.05$) และการออกกำลังกาย ($p\text{ value} < 0.01$) ทั้งนี้กรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีรอบเอวมมาก มีการรับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อมากเท่าไร แสดงให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองน้อย ส่วนผู้ป่วยที่มีการออกกำลังกายมาก มีความสัมพันธ์ว่าผู้ป่วย

มีการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคเรื้อรังดีมากเท่านั้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการสังเคราะห์งานวิจัยขนาดใหญ่ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นส่วนใหญ่เกิดขึ้นร่วมกัน ไม่ได้เกิดเป็นปัจจัยเดี่ยว ๆ และปัจจัยเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจากผลการศึกษานี้พบว่าทั้ง 3 ปัจจัยถือเป็นลักษณะส่วนบุคคลและวิถีการดำเนินชีวิตที่ถูกจัดเป็น 1 ในปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Green-Schulman, Jaser, Park, & Whittemore, 2016)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการศึกษานี้ ได้แก่ เพศ การศึกษา รายได้ และการจัดการตนเอง (p value < 0.05) โดยพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นเพศชายมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bourdel-Marchasson et al. (2013) ที่ระบุว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง นอกจากนี้ยังพบว่ายิ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีระดับการศึกษา รายได้ และการจัดการตนเองยิ่งสูงมากเท่าไรจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการจัดการตนเองมากขึ้นเท่านั้น สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการศึกษาในระดับสูงทำให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ และนำองค์ความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการจัดการตนเองและจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเองได้ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (Spasic et al., 2014) รายได้มีผลต่อการเข้าถึงการวินิจฉัยรักษาโรคเรื้อรังทำให้สามารถดูแลตนเองและมีระดับคุณภาพชีวิตที่ดี (Prazeres & Figueiredo, 2014) และการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ มีผลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตสูงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นด้วย ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ของข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการควบคุมอาหารโดยเฉพาะการรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ/วัน มีการออกกำลังกาย และการควบคุมรอบเอวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่ดีที่ส่งผลต่อการควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังได้ เพราะทั้งการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย และการควบคุมรอบเอวเป็นการจัดการตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ และการจัดการตนเอง ที่มีทั้งปัจจัยที่จัดการทำได้ (Non modifiable risk factor) และปัจจัยที่จัดการทำได้ (Modifiable risk factor) ดังนั้นการวางแผนส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ควรคำนึงถึงความแตกต่างของเพศชายและหญิง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการศึกษาเรียนรู้และมีรายได้ที่ดีเพื่อนำมาซึ่งการเข้าถึงองค์ความรู้และนำมาใช้ในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ส่งผลต่อการรับรู้ระดับคุณภาพชีวิต เพราะการจัดการตนเองที่ดีส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วย

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยนี้พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี มีคะแนนการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี โดยมีเส้นรอบเอว การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง และเพศ การศึกษา รายได้ การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากผลการศึกษาวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะคือบุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังควรหาช่องทางในการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยอย่างเป็นทางการ โดยเน้นการควบคุมรอบเอว การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย เพราะมีความสัมพันธ์กับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งถือเป็นเป้าหมายสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยสามารถจัดทำเป็นรูปแบบการวิจัยเพื่อพัฒนา หรือวิจัยกึ่งทดลองได้ อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือ ทำการศึกษาวิจัยในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองพระพุทธรบาทเพียงแห่งเดียว ดังนั้นอาจขยายไปในพื้นที่ไปชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กัทลียา วสุธาดา, ลลิตา เดชาวุฒิ, นันทวัน ใจกล้า, และสายใจ จารุจิตร. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า*, 29(2), 47 – 59.
- ปัฐยาวัชร ปราบกมล, เขาวดี สุวรรณนาคะ, อรุณี ไชยฤทธิ์, บุญสืบ โสโสม, สราวุฒิ สีถาน, มยุรี สร้อยศรีสวัสดิ์, และสำราญ จันทร์พงษ์. (2558). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนและแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4371?locale-attribute=th>
- มรุต จิรเศรษฐสิริ. (2561). *สตรีไทย ใต้ strong*. สำนักงานสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/07/108117/>
- วิชัย เอกพลากร. (2559). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคดีไซน์.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด.
- สุวรรณชัย วัฒนาอึ้งเจริญชัย. (2561). *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่องระบบและกลไกการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่เขตเมืองโดยสถาบันป้องกันและควบคุมโรคเขตเมือง*. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 21 – 22 มิถุนายน 2561. กรุงเทพมหานคร: โรงแรมเซ็นทราฯ ศูนย์ราชการฯ แจ้งวัฒนะ.

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2559). *คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2560 การบริหารงบบริการผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง เล่มที่ 3*. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์.
- ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center). (2561). กลุ่มรายงานมาตรฐาน ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD). สืบค้นจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b
- Bourdel-Marchasson, I., Druet, C., Helmer, C., Eschwege, E., Lecomte, P., Le-Goff, M., . . . Fagot-Campagna, A. (2013). Correlates of health-related quality of life in French people with type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 101(2), 226-235.
- Chin, Y. R., Lee, I. S., & Lee, H. Y. (2014). Effects of hypertension, Diabetes, and/or cardiovascular disease on health-related quality of life in elderly korean individuals: A population-based cross-sectional survey. *Asian Nursing Research*, 8(4), 267-273.
- Donald, A. (2014). *What is quality of life?* Hayward Medical Communication. Retrieved from <http://www.evidence-based-medicine.co.uk>
- Grady, P. A., & Gough, L. L. (2014). Self-management: A comprehensive approach to management of chronic conditions. *American Journal of Public Health*, 104(8), e25–e31.
- Green-Schulman, D., Jaser, S. S., Park, C., & Whittlemore, R. (2016). A meta-synthesis of factors affecting self-management of chronic illness. *Journal of Advance Nursing*, 72(7), 1469–1489.
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. H. Kanfer, & A. Goldstein (Eds.). *Helping People change: A textbook of methods* (pp.305 – 360). New York: Pergamon Press.
- Lee, S.-K., Son, Y.-J., Kim, J., Kim, H.-G., Lee, J.-I., Kang, B.-Y., . . . Lee, S. (2014). Prediction model for health-related quality of life of elderly with chronic diseases using machine learning techniques. *Healthcare Informatics Research*, 20(2), 125-134.
- O'Connor, P. J., Narayan, K. M. V., Anderson, R., Feeney, P., Fine, L., Ali, M. K., . . . Sullivan, M. D. (2012). Effect of intensive versus standard blood pressure control on depression and health-related quality of life in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 35(7), 1479-1481.
- Prazeres, F., & Figueiredo, D. (2014). Measuring quality of life of old type 2 diabetic patients in primary care in Portugal: A cross-sectional study. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 13(68), 2-6.
- Spasic, A., Radovanovic, R. V., Dordevic, A. C., Stefanovic, N., & Cvetkovic, T. (2014). Quality of life in type 2 diabetic patients. *Scientific Journal of the Faculty of Medicine*, 31(3), 193-200.
- World Health Organization. (2013). *Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013 – 2020*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/