นิพนธ์ต้นฉบับ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่ได้รับยาฉีดอินซูลินเทียบกับกลุ่มที่ได้ยากินสามชนิด คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลตำรวจ

มานิต นาควัน, พ.บ., แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว ชั้นปีที่ 3

กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร

ผู้รับผิดชอบบทความ:
มานิต นาควัน, พ.บ., กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลตำรวจ กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย
Email: manitnakwan88@gmail.com

Received: October 29, 2021;
Revised: March 3, 2022;
Accepted: March 23, 2022

บทคัดย่อ

ที่มาและวัตถุประสงค์: ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับยาฉีดอินซูลินกับกลุ่มที่ได้รับยากิน 3 ชนิด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลตำรวจ

แบบวิจัย: การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง

วัสดุและวิธีการ: เก็บข้อมูลที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลตำรวจ ตั้งแต่เดือนกันยายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลโรคเบาหวาน และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต Diabetes-39 (คะแนนน้อยหมายถึงคุณภาพชีวิตดี) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา unpaired t-test และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างจำนวน 126 คน ผู้ป่วยที่ใช้ยาฉีดอินซูลินมีแนวโน้มคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าผู้ป่วยที่ใช้ยากินสามชนิดทั้งคะแนนรวมและในรายมิติ (คะแนนรวม 31.31±19.33 และ 22.27±13.71 ตามลำดับ $p < 0.05$) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมคือ วิธีบริหารยา (กลุ่มยากินสามชนิดสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า) ส่วนระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในหลายมิติย่อย และเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าในมิติเพศสัมพันธ์ (Beta = -0.470, $p < 0.001$)

สรุป: ผู้ป่วยเบาหวานที่ฉีดอินซูลินมีคุณภาพชีวิตแย่กว่ากลุ่มที่ใช้ยากินสามชนิด บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักถึงโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัจจัยดังกล่าว เพื่อให้เกิดแผนการรักษาที่เหมาะสมและทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต เบาหวานชนิดที่ 2 ยาฉีดอินซูลิน Diabetes-39

PCFM Vol 5 No. 3 Jul-Sep 2022: 0-0.

ORIGINAL ARTICLE

Quality of life Among Diabetes Mellitus Type 2 Patients Treated with Insulin Versus Triple Oral Hypoglycemic Drugs at DM Clinic, Police General Hospital

Manit Nakwan, MD, 3rd Year Family Medicine Resident

Family Medicine Department, Police General Hospital, Bangkok

Corresponding author :
Manit Nakwan, MD., Family Medicine Department, Police General Hospital, Bangkok, Thailand
Email: manitnakwan88@gmail.com

Received: October 29, 2021;
Revised: March 3, 2022;
Accepted: March 23, 2022

ABSTRACT

Background and Objective: This study aimed to compare the quality of life of patients with type 2 diabetes who received insulin injections with those who received three oral hypoglycemic drugs and factors related to the quality of life of patients with type 2 diabetes, in the Diabetes Clinic, Police General Hospital.

Design: Cross-sectional descriptive study.

Methods: Data were collected at the Diabetes Clinic, Police General Hospital from September to December 2020, using a questionnaire that included information on demographic data, diabetes status, and the Diabetes-39 questionnaire (a lower score meant a better quality of life). Data were analyzed using descriptive statistics, unpaired t-tests, and multiple linear regression analysis.

Results: 126 participants were recruited. The findings were that participants who received insulin injections were more likely to have a worse quality of life than those who received the three oral hypoglycemic drugs in both total scores and all dimensions (total quality of life score 31.31±19.33 and 22.27±13.71 respectively, $p < 0.05$). The factor associated with the overall quality of life was the type of treatment (Three oral drugs group was associated with a better quality of life). Hemoglobin A1C level was related to the quality of life in many dimensions. Female had better quality of life in the sexual functioning dimension (beta = -0.470, $p < 0.001$).

Conclusion: Insulin-injected patients had worse quality of life than patients using three oral hypoglycemic drugs. Healthcare workers should be aware of those associated factors in deciding an appropriate treatment plan to maximize the patient's quality of life.

Keyword: quality of life, type 2 diabetes, insulin injections, Diabetes-39

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังซึ่งเกิดจากความผิดปกติทางระบบต่อมไร้ท่อที่ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีผลให้เกิดความเสียหายต่ออวัยวะต่าง ๆ เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด ตา ไต และระบบประสาท ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมาความชุกของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันมีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 422 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคนี้ 1.6 ล้านคนในแต่ละปี[1] ใน พ.ศ. 2562 ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยมีทั้งหมดประมาณ 4.3 ล้านคน เป็นอันดับ 4 ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกและแปซิฟิก[2] จากสถิติของกรมควบคุมโรคปี พ.ศ. 2561 ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในมีจำนวนเป็นลำดับ 2 รองจากโรคความดันโลหิตสูง และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 14,305 ราย เป็นลำดับ 3 รองจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ[3] จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2554 ระบุว่า โรคเบาหวานทำให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Year) สูงเป็นลำดับ 1 ในเพศหญิง และลำดับ 7 ในเพศชาย[4] เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน ซึ่งการรักษาเริ่มต้นจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและการออกกำลังกาย การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธีกินรวมถึงวิธีฉีด นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานอาจต้องมีการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตัวเอง[5]

จากความรุนแรงของโรคเบาหวาน ทำให้เห็นถึงความสำคัญของการบริการทางสาธารณสุขอย่างครบทุกมิติ อีกทั้งยังควรคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไปด้วยกัน ซึ่งนิยาม “คุณภาพชีวิต” ขององค์การอนามัยโลกคือ การรับรู้และการให้ค่าของบุคคลต่อสถานะชีวิตของตนในบริบทของวัฒนธรรมหรือสังคมที่เขาใช้ชีวิตอยู่ ซึ่งสัมพันธ์กับเป้าหมายในชีวิต ความคาดหวัง มาตรฐานและสิ่งที่สนใจของบุคคลนั้น เป็นแนวคิดอย่างกว้าง ๆ ที่มีผลมาจากทั้งสุขภาพกาย จิตใจ ความเชื่อ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น การวัดคุณภาพชีวิตจึงเกิดขึ้นเพื่อใช้ประเมินสุขภาพและผลจากการบริการทางสุขภาพ[6] ปัจจุบันมีการสร้างแบบประเมินคุณภาพชีวิตขึ้นมาหลากหลายชนิดซึ่งมีรายละเอียดด้านมิติการประเมินที่แตกต่างกันออกไปตามแต่ผู้พัฒนาสนใจศึกษา เช่น แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (the WHOQOL-BREF) รวมไปถึงการวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคเบาหวาน คือ Diabetes-39 พัฒนาโดย Gregory Boyer[7] ที่ได้รับการแปลหลายภาษารวมถึงภาษาไทยและผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามอยู่ในระดับที่มีมาตรฐาน[8]

อ้างจากแนวทางเวชปฏิบัติฯ ในกรณีที่ผู้ป่วยเบาหวานซึ่งได้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดแบบกิน 2 ชนิดแล้วยังคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จะต้องมีการเพิ่มเป็นยากิน 3 ชนิด หรือใช้ยากิน 2 ชนิดร่วมกับยาฉีดอินซูลิน ซึ่งเป็นการพิจารณาและตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเป็นราย ๆ การใช้ยาประเภทใด ๆ ที่มากขึ้นย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในขณะเดียว กันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่คุมไม่ได้ก็เป็นสิ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้วย[8-10]

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่ได้รับยาฉีดอินซูลินกับกลุ่มที่ได้รับยากินสามชนิด และค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลตำรวจ เพื่อนำไปใช้อ้างอิงและให้คำแนะนำผู้ป่วยเบาหวานในเวชปฏิบัติ ทั้งยังใช้ในกระบวนการปรับปรุงและวางแนวทางการรักษา เป็นส่วนหนึ่งที่จะส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานได้

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับยาฉีดอินซูลินกับผู้ป่วยที่ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดกิน 3 ชนิด ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลตำรวจ

วัตถุประสงค์รองเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลตำรวจ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาโดยยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดกิน 3 ชนิดและผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดอินซูลิน ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลตำรวจ โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม (sample size for comparing two independent means)[11] แทนค่าค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยใช้ค่าจากงานวิจัยของกรรณิการ์ สงรักษา และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต[8] โดยได้ความอนุเคราะห์ข้อมูลจากภญ.กรรณิการ์ สงรักษา เจ้าของงานวิจัย ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 63 คนต่อกลุ่ม N = 126 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (convenience sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. ผู้ป่วยคลินิกเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. รักษาเบาหวานที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลตำรวจมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน
3. เป็นผู้ที่ได้รับยาฉีดอินซูลิน หรือได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดกินอย่างน้อย 3 ชนิด

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย

1. ไม่ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยหรือมีปัญหาด้านการสื่อสารอันเป็นผลให้เก็บข้อมูลไม่ได้
2. เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (admit) โรงพยาบาลในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา
3. เป็นผู้ป่วยมะเร็ง
4. เป็นผู้พิการ ยกเว้น เป็นความพิการที่เกิดจากโรคเบาหวาน เช่นการตัดรยางค์
5. มีโรคประจำตัวที่เป็นเหตุรบกวนคุณภาพชีวิต เช่น โรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง โรคต้อกระจก โรคโลหิตจาง ยกเว้น ภาวะหรือโรคที่เป็นผลจากโรคเบาหวาน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยคือแบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนหลัก คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามและเก็บข้อมูลด้านการเจ็บป่วย (ส่วนนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลจากเวชระเบียน) ได้แก่ ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) และดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคเบาหวาน Diabetes-39 ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลมาจากผู้พัฒนา Gregory Boyer[7] ประกอบด้วยข้อคำถาม 39 ข้อ ครอบคลุม 5 มิติย่อยได้แก่ มิติการควบคุมเบาหวาน (diabetes control) จำนวน 12 ข้อ มิติความวิตกกังวล (anxiety and worry) จำนวน 4 ข้อ มิติความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่า (energy and mobility) จำนวน 15 ข้อ มิติภาระทางสังคม (social burden) จำนวน 5 ข้อ และมิติเพศสัมพันธ์ (sexual functioning) จำนวน 3 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อมีตัวเลือก 7 ระดับโดยแบบวัดคุณภาพชีวิตเป็น Likert scale ตั้งแต่ 1 (ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเลย) ถึง 7 (มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก) ค่าคะแนนดิบที่ประเมินได้ในแต่ละมิตินำไปแปลงเป็นช่วง 0-100 คะแนน (ร้อยละ) คะแนนที่สูงหมายถึงคุณภาพชีวิตไม่ดี หรือโรคเบาหวานมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตสูง ผู้แปลฉบับภาษาไทยกรรณิการ์ สงรักษา และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต[8] ทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามโดยมีค่าความเที่ยงในแต่ละมิติคือ มิติการควบคุมโรคเบาหวานเท่ากับ 0.94, มิติความวิตกกังวล 0.89, มิติความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่า 0.94, มิติภาระทางสังคม 0.76 และมิติเพศสัมพันธ์ 0.88

คำจำกัดความของตัวแปรที่ศึกษา

“คุณภาพชีวิต” หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อสถานะชีวิตของตนในบริบทของวัฒนธรรมและการให้ค่ากับระบบต่าง ๆ ที่เขาใช้ชีวิตอยู่ ซึ่งสัมพันธ์กับเป้าหมายในชีวิต ความคาดหวัง มาตรฐานและสิ่งที่สนใจของบุคคลนั้น มีผลซับซ้อนมาจากทั้งสุขภาพกาย สภาวะจิตใจ ความเชื่อ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น[6]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำการเก็บข้อมูลที่คลินิกเบาหวาน ห้องตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจ ตั้งแต่ 8 กันยายน ถึง 30 ธันวาคม พ.ศ. 2563 มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลและตรวจสอบความสมบูรณ์เองใช้วิธีให้ตอบแบบสอบถามหรือวิธีสัมภาษณ์ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละรายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับยาฉีดอินซูลิน หรือที่ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดกิน 3 ชนิด
2. บันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากเวชระเบียนลงแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูล
3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบบันทึกข้อมูลทุกฉบับและทำการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับคอมพิวเตอร์ IBM® SPSS® Statistics 25

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่างใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความแตกต่างทางสถิติของตัวแปรสองกลุ่มทดสอบด้วย Chi-squared test หรือ independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญที่ $p < 0.05$
2. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยสองกลุ่มใช้ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Independent t-test กำหนดค่านัยสำคัญที่ $p < 0.05$
3. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์โดยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple linear regression analysis) แบบวิธี stepwise โดยสำหรับตัวแปรที่มีระดับการวัดแบบนามบัญญัติ (Nominal scale) จะเปลี่ยนเป็นตัวแปรหุ่นก่อน นำเสนอค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ค่าสัมประสิทธิ์การตัดสินใจพหุคูณ (R2) ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรอิสระ (b และ beta) ค่า t และค่า F-test กำหนดค่านัยสำคัญที่ $p < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมในการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตำรวจ รหัสโครงการ Dh290792/63 ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย การรักษาความลับ และสิทธิการถอนตัวจากการวิจัย โดยได้รับเอกสารชี้แจงและได้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย (consent form) ทุกราย

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 126 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.79 อายุเฉลี่ย 60.79±11.01 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ร้อยละ 73.81 มีสถานภาพเป็นสมรส กลุ่มที่ฉีดอินซูลินส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 44.45 ขณะที่กลุ่มยากินสามชนิดส่วนใหญ่เกษียณอายุราชการ ร้อยละ 23.81 ($p = 0.022$) ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 38.10 อยู่ระดับอนุปริญญาขึ้นไป รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่ร้อยละ 30.16 น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานเฉลี่ย 13.83 ±8.46 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 65.87 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน แต่กลุ่มที่ฉีดอินซูลินมีผู้ที่มีทั้ง retinopathy และ nephropathy ร้อยละ 14.29 แตกต่างกับกลุ่มยากินสามชนิดที่มีร้อยละ 1.59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.036$) ระดับน้ำตาลสะสมของกลุ่มฉีดอินซูลินคือ ร้อยละ 8.47±1.88 แตกต่างจากกลุ่มยากินสามชนิดที่ ร้อยละ 7.07±1.23 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 27.84±5.44 กก./ม.^{2} (ตารางที่ 1)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิต Diabetes-39 ทั้งสองกลุ่มพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดอินซูลินมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยากินสามชนิดในทุกมิติ (ซึ่งมีความหมายว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดอินซูลินมีแนวโน้มของคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าผู้ป่วยที่ได้รับยากิน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ได้แก่ คะแนนรวมคุณภาพชีวิต 31.31±19.33 และ 22.27±13.71 ตามลำดับ มิติการควบคุมเบาหวาน 32.83±20.56 และ 25.20±16.39 ตามลำดับ มิติความวิตกกังวล 33.33±24.35 และ 22.42±21.20 ตามลำดับ มิติความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่า 33.63±20.04 และ 25.34±16.42 ตามลำดับ มิติภาระทางสังคม 22.16±21.49 และ 10.05±13.49

ตารางที่ 1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มที่ได้รับยาฉีดอินซูลิน และกลุ่มที่ได้รับยากินสามชนิด

ข้อมูล	รวมทั้งหมด (n=126)	กลุ่มตัวอย่าง		p-value
		ยาฉีดอินซูลิน (n=63)	ยากินสามชนิด (n=63)	
เพศ (ร้อยละ)				0.154[a]
- ชาย	64 (50.79)	36 (57.14)	28 (44.44)	
- หญิง	62 (49.21)	27 (42.86)	35 (55.56)	0.459[b]
อายุ (ปี)				
$\bar{x}$ ± SD.	60.79 ± 11.01	60.06 ± 10.82	61.52 ± 11.23	0.084[a]
สถานภาพสมรส (ร้อยละ)				
- โสด	14 (11.11)	9 (14.29)	5 (7.94)	0.022[a]
- สมรส	93 (73.81)	40 (63.49)	53 (84.12)	
- หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	19 (15.08)	14 (22.22)	5 (7.94)	0.149[a]
อาชีพ (ร้อยละ)				
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	41 (32.54)	28 (44.45)	13 (20.64)	0.122[a]
- รับราชการ	18 (14.29)	6 (9.52)	12 (19.05)	
- เกษียณราชการ	26 (20.63)	11 (17.46)	15 (23.81)	0.086[b]
- รับจ้าง	12 (9.52)	5 (7.94)	7 (11.11)	
- ค้าขาย	13 (10.32)	3 (4.76)	10 (15.87)	0.036[a]
- อื่น ๆ	16 (12.70)	10 (15.87)	6 (9.52)	
การศึกษา (ร้อยละ)				<0.001[b]
- ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	33 (26.19)	21 (33.33)	12 (19.05)	
- มัธยมศึกษา	45 (35.71)	22 (34.92)	23 (36.51)	0.191[b]
- อนุปริญญา ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	48 (38.10)	20 (31.75)	28 (44.44)	
รายได้ต่อเดือน (ร้อยละ)				
- น้อยกว่า 5,000 บาท	38 (30.16)	25 (39.68)	13 (20.63)	
- 5,000-15,000 บาท	28 (22.22)	13 (20.64)	15 (23.81)	
- 15,001-30,000 บาท	34 (26.98)	15 (23.81)	19 (30.16)	
- มากกว่า 30,000 บาท	26 (30.64)	10 (15.87)	16 (25.40)	
ระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน (ปี)				
$\bar{x}$ ± SD.	13.83±8.46	15.13±8.33	12.54±8.45	
ภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน (ร้อยละ)				
- ไม่มี	83 (65.87)	36 (57.14)	47 (74.60)	
- Retinopathy	13 (10.32)	8 (12.70)	5 (7.94)	
- Nephropathy	20 (15.87)	10 (15.87)	10 (15.87)	
- Both complications	10 (7.94)	9 (14.29)	1 (1.59)	
ระดับน้ำตาลสะสม (ร้อยละ)				
$\bar{x}$ ± SD.	7.77±1.73	8.47±1.88	7.07±1.23	
ดัชนีมวลกาย (กก./ม.^{2})				
$\bar{x}$ ± SD.	27.84±5.44	28.48±6.08	27.21±4.69	

[a]ค่าความแตกต่างทางสถิติของตัวแปรสองกลุ่มถูกทดสอบด้วย chi-squared test

[b]ค่าความแตกต่างทางสถิติของตัวแปรสองกลุ่มถูกทดสอบด้วย independent t-test

ตามลำดับ และมิติเพศสัมพันธ์ 26.10±30.47 และ 15.34±21.51 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

เมื่อทำการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple linear regression analysis) แบบ stepwise พบว่ามี

ตารางที่ 2. เปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตจากแบบวัด Diabetes-39 กลุ่มที่ได้รับยาฉีดอินซูลินและกลุ่มที่ได้ยากินสามชนิด

คะแนน (ร้อยละ)	กลุ่มยาฉีดอินซูลิน (n=63)	กลุ่มยากินสามชนิด (n=63)	p-value[a]
คะแนนรวม	31.31±19.33	22.27±13.71	0.003
มิติการควบคุมเบาหวาน (diabetic control)	32.83±20.56	25.20±16.39	0.023
มิติความวิตกกังวล (anxiety and worry)	33.33±24.35	22.42±21.20	0.008
มิติความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่า (energy and mobility)	33.63±20.04	25.34±16.42	0.012
มิติภาระทางสังคม (social burden)	22.16±21.49	10.05±13.49	< 0.001
มิติเพศสัมพันธ์ (sexual functioning)	26.10±30.47	15.34±21.51	0.024

[a]ค่าความแตกต่างทางสถิติของตัวแปรสองกลุ่มถูกทดสอบด้วย independent t-test
$p < 0.05$ ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตดังต่อไปนี้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมคือวิธีบริหารยา ซึ่งแปลผลได้ว่าผู้ป่วยที่ได้ยากินสามชนิดสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้ยาฉีดอินซูลิน ($p = 0.003$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) = 0.262 (beta = -0.262) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระดับค่อนข้างต่ำตามการแปลความหมายของพวงรัตน์ ทวีรัตน์[12] และปัจจัยนี้สามารถอธิบายการผันแปรคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 6.9 (R2 = 0.069) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติการควบคุมเบาหวาน คือ ระดับน้ำตาลสะสม ภาวะแทรกซ้อน และอายุ ($p < 0.001$) ซึ่งปัจจัยทั้งสามนี้มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตมิติการควบคุมเบาหวานในระดับค่อนข้างต่ำ (R = 0.384) และปัจจัยทั้งสามนี้สามารถอธิบายการผันแปรคะแนนคุณภาพชีวิตมิติการควบคุมเบาหวานได้ร้อยละ 14.7 (R2 = 0.147) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติความวิตกกังวล คือ ระดับน้ำตาลสะสม อายุ และรายได้ ($p < 0.001$) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) = 0.422 ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ปัจจัยทั้งสามนี้สามารถอธิบายการผันแปรคะแนนคุณภาพชีวิตมิติความวิตกกังวลได้ร้อยละ 17.8 (R2 = 0.178)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่า คือ ดัชนีมวลกาย ภาวะแทรกซ้อน ระดับน้ำตาลสะสม และรายได้ ($p < 0.001$) ปัจจัยทั้งสี่นี้มีความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตมิติความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่าในระดับปานกลาง (R = 0.438) และสามารถอธิบายการผันแปรคะแนนคุณภาพชีวิตมิติความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่าได้ร้อยละ 19.2 (R2 = 0.192) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติภาระทางสังคม คือ วิธีบริหารยา แปลผลได้ว่าผู้ป่วยที่ได้ยากินมีคุณภาพชีวิตในมิติภาระทางสังคมดีกว่า ($p < 0.001$) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) = 0.322 (beta = -0.322) (ความสัมพันธ์ระดับค่อนข้างต่ำ) และปัจจัยนี้สามารถอธิบายการผันแปรคะแนนคุณภาพชีวิตมิติภาระทางสังคมได้ร้อยละ 10.4 (R2 = 0.104) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติเพศสัมพันธ์คือ เพศ โดยแปลว่าเพศหญิงสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีในมิติเพศสัมพันธ์ ($p < 0.001$) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) = 0.470 (Beta = -0.470) เป็นความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ปัจจัยนี้สามารถอธิบายการผันแปรคะแนนคุณภาพชีวิตมิติเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 22.1 (R2 = 0.221) (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลตำรวจ โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคเบาหวาน Diabetes-39 ในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มที่ได้รับยาฉีดอินซูลินมีแนวโน้มคุณภาพชีวิตแย่กว่ากลุ่มที่ได้รับยากินสามชนิดในทุกมิติ ประกอบไปด้วยมิติการควบคุมเบาหวาน มิติความวิตกกังวล มิติความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่า มิติภาระทางสังคม มิติเพศสัมพันธ์ และคุณภาพชีวิตโดยรวม สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ สงรักษา และ

ตารางที่ 3. ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (multiple correlation coefficient) และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณ (multiple linear regression analysis) แบบ stepwise

คุณภาพชีวิตโดยรวม (คะแนนรวม)				
ตัวแปรอิสระ (ตัวพยากรณ์)	**b**	**Beta**	**t-value**	**p-value**
วิธีบริหารยา (ยากิน)	-9.035	-.262	-3.025	0.003
ค่าคงที่ (constant)	40.341		8.544	< 0.001
R = 0.262 R2 = 0.069 F = 9.155 p = 0.003				
คุณภาพชีวิตมิติการควบคุมเบาหวาน (diabetic control)				
ระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C)	2.564	.234	2.733	.007
ภาวะแทรกซ้อน	4.079	.218	2.604	.010
อายุ	-.306	-.178	-2.070	.041
ค่าคงที่	20.940		1.606	.111
R = 0.384 R2 = 0.147 F = 7.027 p < 0.001				
คุณภาพชีวิตมิติความวิตกกังวล (anxiety and worry)				
ระดับน้ำตาลสะสม	2.048	.152	1.744	.084
อายุ	-.603	-.284	-3.245	.002
รายได้	-5.632	-.270	-3.112	.002
ค่าคงที่	62.058		3.382	.001
R = 0.422 R2 = 0.178 F = 8.815 p < 0.001				
คุณภาพชีวิตมิติความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่า (energy and mobility)				
ดัชนีมวลกาย	.839	.244	2.945	.004
ภาวะแทรกซ้อน	4.257	.231	2.800	.006
ระดับน้ำตาลสะสม	1.917	.178	2.131	.035
รายได้	-2.797	-.168	-1.995	.048
ค่าคงที่	-9.155		-.743	.459
R = 0.438 R2 = 0.192 F = 7.185 p < 0.001				
คุณภาพชีวิตมิติภาระทางสังคม (social burden)				
วิธีบริหารยา (ยากิน)	-12.116	-.322	-3.791	< 0.001
ค่าคงที่	34.286		6.784	< 0.001
R = 0.322 R2 = 0.104 F = 14.370 p < 0.001				
คุณภาพชีวิตมิติเพศสัมพันธ์ (sexual functioning)				
เพศ (หญิง)	-25.098	-.470	-5.925	< 0.001
ค่าคงที่)	58.171		8.727	< 0.001
R = 0.470 R2 = 0.221 F = 35.108 p < 0.001				

หากค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรแต่ละตัว (b และ Beta) เป็นบวก หมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนั้นกับคะแนนคุณภาพชีวิตไปในทิศทางเดียวกัน เท่ากับคุณภาพชีวิตจะแย่ลงเนื่องจากปัจจัยนั้น (คะแนนมากคือคุณภาพชีวิตไม่ดี) และหากค่า b และ Beta เป็นลบหมายถึงความสัมพันธ์กับคะแนนคุณภาพชีวิตไปในทิศทางตรงข้ามกันหรือผกผันกัน เท่ากับคุณภาพชีวิตจะดีขึ้นเนื่องจากปัจจัยนั้น ๆ (คะแนนน้อยคือคุณภาพชีวิตดี)

สงวน ลือเกียรติบัณฑิต[8] ในปีพ.ศ. 2552 ที่ใช้แบบสอบถาม Diabetes-39 เช่นเดียวกับการศึกษานี้ รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของ Dabrowski และคณะ[13] ที่ประเทศโปแลนด์ ซึ่งใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 v.2 ในองค์ประกอบทางด้านจิตใจ (mental component) และการศึกษาของ Mohammad Reza Abedini และคณะ[14] ในประเทศอิหร่าน ที่ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตทั่วไป EQ-5D-5L ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาอินซูลินมีปัญหาด้าน self care มากกว่ากลุ่มที่ใช้ยากิน ทั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ Harahap และ Nasution[15] ที่ประเทศอินโดนีเซียซึ่ง

ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต SF-36 ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่ใช้อินซูลินดีกว่าผู้ป่วยที่ใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดแบบกินในด้านกายภาพและด้านอารมณ์ (domain role of physical and domain role of emotions) เห็นได้ว่าผลการศึกษาของงานวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาเป็นส่วนใหญ่แต่ยังมีรายละเอียดและผลการศึกษาที่แตกต่างกันซึ่งอาจมาจากวัตถุประสงค์หลักของการศึกษา กลุ่มประชากรที่ศึกษาและการเลือกใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน

จากการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุคูณเพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมคือ วิธีการบริหารยา โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยากินสามชนิดสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดีกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดอินซูลิน และผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าในมิติภาระทางสังคมอีกด้วย สอดคล้องกับการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลคะแนนคุณภาพชีวิตที่กล่าวไปข้างต้น อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ที่พบอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในหลายมิติย่อย คือ ระดับน้ำตาลสะสม โดยมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตมิติความวิตกกังวล และมิติความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่าร่วมกับปัจจัยอื่นบางปัจจัยและมีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างต่ำกับมิติการควบคุมเบาหวาน ความสัมพันธ์ของระดับน้ำตาลสะสมกับคุณภาพชีวิตที่พบในการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Hsu และคณะ[16] ที่ไต้หวัน นอกจากนี้ปัจจัยภาวะแทรกซ้อนก็มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในมิติการควบคุมเบาหวานและมิติความมีเรี่ยวแรงฯ ร่วมกับปัจจัยระดับน้ำตาลสะสมดังกล่าวด้วย ความสัมพันธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Hayek และคณะ[17] ที่ประเทศซาอุดิอาระเบีย วันเพ็ญ ช้างเชื้อ[18] (2556) ที่จังหวัดอ่างทอง และการศึกษาของวันดี วิสุทธิ์สิริ[19] (2558) ที่จังหวัดภูเก็ต รวมถึงปัจจัยรายได้ก็มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติความวิตกกังวลและมิติความมีเรี่ยวแรงฯ ร่วมกับระดับน้ำตาลสะสมเช่นเดียวกันความสัมพันธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยก่อนหน้านี้[17,20]

เพศหญิงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเพศชายในมิติเพศสัมพันธ์ โดยเป็นความสัมพันธ์ในระดับปานกลางและเป็นระดับความสัมพันธ์ที่สูงที่สุดในการศึกษานี้ (beta = -0.470, R = 0.470, R2 = 0.221) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศโปแลนด์ของ Bak E และคณะ[21] ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในหลายด้านรวมทั้งด้านเพศสัมพันธ์ ผลลัพธ์นี้อาจเนื่องมาจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิต Diabetes-39 ที่ใช้ในการศึกษานี้มีการจำแนกมิติต่าง ๆ รวมถึงมิติเพศสัมพันธ์ซึ่งไม่มีจำแนกในแบบสอบถามคุณภาพชีวิตทั่วไป[9,11,13]

การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ของอาชีพ การศึกษาและระยะเวลาที่เป็นเบาหวานกับคุณภาพชีวิต ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อน ๆ ที่พบความสัมพันธ์เหล่านี้[13,22,23] อาจเป็นผลมาจากการเลือกใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันรวมถึงลักษณะและขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน การศึกษานี้ทำที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลตำรวจ ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนของข้าราชการตำรวจเกษียณอายุมากกว่าการศึกษาอื่น มีระดับการศึกษาอนุปริญญาขึ้นไปเป็นส่วนใหญ่แตกต่างจากการศึกษาอื่น รวมถึงระยะเวลาการเป็นเบาหวานเฉลี่ยที่ค่อนข้างสูงกว่างานวิจัยอื่น[9,14,17,18] (13.83±8.46 ปี)

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ณ เวลาหนึ่งซึ่งอาจไม่สามารถอธิบายผลได้อย่างครอบคลุมในระยะเวลาของการป่วยเป็นเบาหวาน การศึกษาในอนาคตสมควรที่จะศึกษาผู้ป่วยในช่วงเริ่มได้รับยาและช่วงติดตามการรักษาเพื่อให้การแปลผลคุณภาพชีวิตมีมิติมากขึ้น รวมถึงการเก็บข้อมูลในขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้นจะเป็นผลดีในการอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

จุดแข็งของการศึกษานี้คือการใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต Diabetes-39 ที่เป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคเบาหวานและผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม ครอบคลุมมิติของคุณภาพชีวิตหลากหลาย ทำให้เห็นลักษณะคุณภาพชีวิตในมิติต่าง ๆ อย่างชัดเจนกว่าแบบสอบถามคุณภาพชีวิตทั่วไป อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของแบบสอบถามนี้คือไม่มีจุดตัดเกณฑ์ของคะแนนคุณภาพชีวิต ทำให้การแปลผลทำได้ค่อนข้างจำกัด การวิเคราะห์ข้อมูลของงานวิจัยนี้จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้

ผลของการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการสร้างความตระหนักให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องในการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ทั้งในแง่ของแผนการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย การส่งเสริมความรู้และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต รวมถึงการดูแลฟื้นฟูจากโรคเบาหวาน ทั้งมิติด้านจิตใจ ครอบครัว และสังคม อันมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเรื้อรังตลอดชีวิต สามารถส่งต่อข้อมูลให้ผู้ป่วยเพื่อให้ตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาแนวทางปฏิบัติหรืองานระดับนโยบายของคลินิกเบาหวานในอนาคต เช่น การสัมภาษณ์เพื่อค้นหาปัญหาด้านต่าง ๆ ในผู้ป่วยเบาหวานโดยเฉพาะที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน ผู้ป่วยที่คุมระดับน้ำตาลไม่ดีหรือผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน และการให้ความรู้ในการดูแลรักษาโรคเบาหวานอย่างครอบคลุมทุกมิติ อันจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานนั้นดีขึ้นได้[24]

สรุป

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สอง ที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลตำรวจพบว่า กลุ่มที่ได้รับยาฉีดอินซูลินมีแนวโน้มคุณภาพชีวิตแย่กว่ากลุ่มที่ได้รับยากินสามชนิดในทุกมิติ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในภาพรวมคือ วิธีบริหารยา (ยากินสามชนิดสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า) โดยระดับน้ำตาลสะสมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในหลายมิติย่อย และเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเพศชายในมิติเพศสัมพันธ์ แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักถึงคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีปัจจัยดังกล่าว เพื่อให้เกิดแผนการรักษา รวมถึงการส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูอย่างเหมาะสมต่อผู้ป่วยแต่ละราย อันส่งผลกลับไปพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่ดูแลให้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ พล.ต.ต.นพ.พจน์ ตันนิรันดร พยาบาลและบุคลากรคลินิกเบาหวาน กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลตำรวจที่ให้ความอนุเคราะห์สถานที่ และให้คำแนะนำในการทำงานวิจัยครั้งนี้ ขอบคุณ ร.ต.อ.นพ.ชาญวิทย์ พันธ์ทอง กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว รศ.พ.ต.อ.หญิง ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ ที่อนุเคราะห์ให้คำปรึกษาวิจัยและสถิติ ขอบคุณเจ้าของแบบสอบถาม D-39 Dr. J. Gregory Boyer และต้นฉบับภาษาไทย รศ.ดร. สงวน ลือเกียรติบัณฑิต และภญ.กรรณิการ์ สงรักษา ที่อนุเคราะห์ให้ใช้แบบสอบถาม ขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยครั้งนี้ทุกท่านที่ไม่ได้กล่าวนาม และผู้ป่วยทุกท่านที่มีส่วนให้งานวิจัยนี้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World health organization. Diabetes [Internet]. 2020. [cited 2020 Jul 9]. Available from: https://www.who.int/health-topics/diabetes.
2. International Diabetes Federation. Diabetes in WP [Internet]. 2019. [cited 2020 Jul 9]. Available from: https://www.idf.org/our-network/regions-members/western-pacific/diabetes-in-wp.html.
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 9 กรกฎาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1-020.
4. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2554. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก; 2557.
5. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย; 2560.
6. WHO. WHOQOL: Measuring Quality of Life [Internet]. WHO. World Health Organization. [cited 2020 Jul 13]. Available from: https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/.
7. Boyer JG, Earp JAL. The development of an instrument for assessing the quality of life of people with diabetes: Diabetes-39. Med Care. 1997;35:440-53.
8. Songraksa K, Lerkiatbundit S. Development of a disease specific quality of life instrument: Thai version of the Diabetic-39. Songkla Med J. 2009;27:35-49.
9. Ananchaisarp T, Pringraksa S, Suaiyala J, Thet-asen N, Promvikorn S, Angsawat S, et al. Quality of life in diabetic patients in the primary care unit. J Health Sci Med Res. 2020;38:9-16.
10. Chaithong K, Namjaidee S, Phimarn W. Quality of life in diabetic outpatients at Pueainoi hospital, Khon Kean. J Sci Technol MSU. 2017;36:553-60.

11. Machin D, Campbell M, Tan S, Tan S. Sample size tables for clinical studies. 3rd ed. Chichester: Wiley-Blackwell; 2009.
12. พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบทางการศึกษาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร; 2540.
13. Dabrowski M, Filip W, Huc B. Association between insulin therapy and quality of life in diabetes. J Pre-Clin Clin Res. 2017;11:10-4.
14. Abedini M, Bijari B, Miri Z, Emampour S, Abbasi A. The quality of life of the patients with diabetes type 2 using EQ-5D-5 L in Birjand. Health Qual Life Outcomes. 2020;18:18. doi: 10.1186/s12955-020-1277-8.
15. Harahap AW, Nasution MS. Comparison quality of life patients treated with insulin and oral hypoglycemic drugs. Earth Environ Sci. 2018;125:1-6.
16. Hsu H-C, Lee Y-J, Wang R-H. Influencing pathways to quality of life and HbA1c in patients with diabetes: a longitudinal study that inform evidence-based practice. Worldviews Evid Based Nurs. 2018;15:104-12.
17. Al Hayek AA, Robert AA, Al Saeed A, Alzaid AA, Al Sabaan FS. Factors associated with health-related quality of life among saudi patients with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional survey. Diabetes Metab J. 2014;38:220-9.
18. Changchuea W. Quality of life of diabetic patient in Sawaeng Ha district, Ang Thong province. Reg 4 Med J. 2013;15:97-104.
19. Visuthsiri W. Factors relating to the quality of life for: type ii diabetes mellitus patients at the 360 Degree Clinic, Vachira Phuket Hospital. Reg 11 Med J. 2015;29:33-42.
20. เสกสรร หีบแก้ว. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
21. Bąk E, Nowak - Kapusta Z, Dobrzyn-Matusiak D, Marcisz-Dyla E, Marcisz C, Krzemińska S. An assessment of diabetes-dependent quality of life (ADDQoL) in women and men in Poland with type 1 and type 2 diabetes. Ann Agric Environ Med. 2019 Sep 19;26:429-38.
22. โสภิต อุบล. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลถ้ำพรรณรา. วารสารสุขภาพประชาชนภาคใต้. 2557;28:18-24.
23. Srichaijaroonpong S, et al. Factors relating to the quality of life of the diabetic patients at Ban Chiang Kruea Pho Chai health promoting hospital, Chiang Kruea subdistrict, Muang district, Sakon Nakorn province. J Off DPC 7 Khon Kaen. 2016;23:23-33.
24. Safavi M, Samadi N, Mahmoodi M. Effect of quality of life improvement on type 2 diabetes patients' self-esteem. Saudi Med J. 2011;32:797-801.