

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2562
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN DIABETIC PATIENTS WITH
FOOT ULCERS, TERTIARY HOSPITALS IN BANGKOK



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร
โดย	น.ส.อาทิตา เย็นท่าเรือ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสุม)

อาทิทา เย็นท่าเรือ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร. (FACTORS RELATED TO HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN DIABETIC PATIENTS WITH FOOT ULCERS, TERTIARY HOSPITALS IN BANGKOK) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการมีอาการ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า อายุ 18-59 ปี จำนวน 135 คน ที่มารับบริการทำความสะอาดแผล ณ คลินิกศัลยกรรม หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินีฯ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย ค่าระดับน้ำตาลสะสม ภาวะแทรกซ้อน และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า แบบสอบถามประสิทธิภาพการมีอาการ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.77, 0.72, 0.77 และ 0.92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสเปียร์แมน ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.36, SD = 0.38)
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ประสิทธิภาพการมีอาการ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6077172736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE, DIABETIC PATIENT WITH FOOT ULCERS

Artita Yentarue : FACTORS RELATED TO HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN DIABETIC PATIENTS WITH FOOT ULCERS, TERTIARY HOSPITALS IN BANGKOK. Advisor: Asst. Prof. RUNGRAWEE NAVICHARERN, Ph.D.

The purposes of this research were to study the health-related quality of life in diabetic patients with foot ulcers and to study the relationships between personal factors symptom experiences, HbA1c, complications of diabetes, self-care behaviors and social support, with health-related quality of life in diabetic patient with foot ulcers, Tertiary hospitals in Bangkok. The samples of study were 135 patients with diabetic foot ulcers, aged 18-59 years, who attended wound care at the surgical clinic, out-patient department in King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross Society; Rajavithi Hospital Department of Medical services and Bangkok Metropolitan Administration and Vajira Hospital. They were selected by using purposive sampling as inclusion criteria. The instruments for data collection were demographic data form and clinical outcomes such as HbA1c, diabetic complications, 4 questionnaires including the Diabetic Foot Ulcer Scale-short form (DFS-SF) , Symptom Experiences, Self- Care Behaviors and Social Support . All those questionnaires were reviewed by 5 experts for content validity. The Cronbach's alpha coefficients were 0.77, 0.72, 0.77 and 0.92 respectively. The data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's product moment correlation and Spearman correlation coefficient. The finding of this study were as follows:

1. Health-related quality of life in diabetic patients with foot ulcers in diabetic patients with foot ulcers had average score at moderate level (mean =3.36, SD =0.38).

2. Self-Care Behaviors were significantly positive related to HRQOL at level of .05

3. Symptom experiences, HbA1c, complications of diabetes and social support were not related to HRQOL.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2019

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาอันมีค่า ให้คำปรึกษา ชี้แนะ เสนอแนวทางที่เป็นประโยชน์ พร้อมปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องในทุกขั้นตอนในการทำวิทยานิพนธ์ ด้วยความเมตตา และให้กำลังใจกับผู้วิจัย เป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุพันธ์ ศลโกศุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น กราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และมอบประสบการณ์ที่มีค่าให้แก่ผู้วิจัย ตลอดระยะเวลาของการเข้าศึกษา และให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัย ด้วยความรักความห่วงใยตลอดระยะเวลาที่ศึกษา และขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่สนับสนุนทุน 90 ปี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช ที่ให้ทุนอุดหนุนในงานวิจัยครั้งนี้

ขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณา ตรวจสอบสละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งเสนอแนะข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัย และขอบพระคุณเจ้าของเครื่องมือวิจัยทุกท่านที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัยในการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้

ขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าพยาบาล พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาล วชิรพยาบาล นวมินทรราชราช ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยเป็นอย่างดี และขอบพระคุณผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

ท้ายที่สุดขอขอบพระคุณ ร้อยตรี สมศักดิ์ เย็นท่าเรือ และนางอรุณี เย็นท่าเรือ บิดา มารดาของผู้วิจัยที่ให้การสนับสนุนการศึกษา ด้านกำลังใจและให้กำลังใจ ขอบพระคุณเพื่อนๆ และเจ้าหน้าที่ ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมสามัญหญิง ที่ให้กำลังใจและให้การช่วยเหลืออย่างดียิ่งจนสำเร็จการศึกษา รวมทั้งกัลยามิตรทุกท่านที่มีได้เอยนาม ซึ่งมีส่วนช่วยให้วิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงด้วยดี

อาทิตา เย็นท่าเรือ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
1. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า	14
2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า	26
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า	33
4. การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าในระดับตติยภูมิ	50
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	52
6. กรอบแนวคิดการวิจัย	57

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	58
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	58
การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	59
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	63
การเก็บรวบรวมข้อมูล	73
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	75
การวิเคราะห์ข้อมูล	75
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	86
สรุปผลการวิจัย.....	89
อภิปรายผลการวิจัย.....	89
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	95
บรรณานุกรม.....	96
ภาคผนวก.....	110
ภาคผนวก ก จดหมายขอความร่วมมือในการวิจัย.....	111
ภาคผนวก ข จดหมายขอใช้เครื่องมือในการวิจัย	119
ภาคผนวก ค จริยธรรมการวิจัย	125
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	139
ภาคผนวก จ ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่ม	151
ประวัติผู้เขียน.....	161



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคล และประวัติการรักษา (n=135)	60
ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)	72
ตารางที่ 3 ค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือจากการทดลองใช้ และจากกลุ่มตัวอย่าง.....	73
ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มี มีแผลที่เท้า จำแนกตามองค์ประกอบ 6 องค์ประกอบ (n = 135).....	78
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มี มีแผลที่เท้ารายข้อ (n = 135)	79
ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ มิติของความถี่ กับคุณภาพ ชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร รายด้าน และโดยรวม (n=135 คน) ประสบการณ์การมีอาการ มิติ ความถี่.....	81
ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ ความรุนแรง กับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร รายด้าน และโดยรวม (n=135 คน) ประสบการณ์การมีอาการ มิติ ความรุนแรง.....	82
ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ และความทุกข์ทรมาน กับ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร รายด้าน และโดยรวม (n=135 คน) ประสบการณ์การมีอาการ มิติ ความทุกข์ทรมาน.....	82
ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด กับคุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร รายด้าน และโดยรวม (n=135 คน)	83
ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างจำนวนภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน กับคุณภาพ ชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร รายด้าน และโดยรวม (n=135 คน).....	83

ตารางที่ 11	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร รายด้าน และโดยรวม (n=135 คน).....	84
ตารางที่ 12	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร รายด้าน และโดยรวม (n=135 คน).....	85
ตารางที่ 13	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างประสบการณ์การมีอาการในแต่ละมิติ จำแนกตาม กลุ่มอาการ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร รายด้าน และโดยรวม จำนวน 135 คน (n=135 คน)	152
ตารางที่ 14	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้อาการ ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มี แผลที่เท้า (n = 135).....	153
ตารางที่ 15	จำนวนประสบการณ์การมีอาการในแต่ละคน (n = 135).....	154
ตารางที่ 16	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่พบภาวะแทรกซ้อนในแต่ละชนิด (n=135).....	155
ตารางที่ 17	ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของพฤติกรรมดูแลตนเอง จำแนกเป็นรายด้าน และโดยรวม.....	155
ตารางที่ 18	ค่าความสัมพันธ์ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า เกี่ยวกับการดูแลตนเองใน แต่ละด้าน กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า.....	156
ตารางที่ 19	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างพฤติกรรมดูแลตนเองรายด้าน กับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร รายด้าน จำนวน 135 คน (n=135 คน)	157
ตารางที่ 20	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน และโดยรวม	158
ตารางที่ 21	ค่าความสัมพันธ์ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในแต่ ละด้าน กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า.....	159

ตารางที่ 22 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน กับคุณภาพชีวิตด้าน
สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร
รายด้าน 160



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังและเป็นปัญหาที่สำคัญของทุกประเทศ Cho et al. (2018) กล่าวว่าปี 2560 พบผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกจำนวนจำนวน 451 ล้านคน และคาดว่าปี 2588 ผู้ป่วยเหล่านี้จะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 693 ล้านคน ในประเทศไทยพบผู้ป่วยเบาหวานปี 2560 จำนวน 876,970 คนต่อประชากร 100,000 คน (กองควบคุมโรค สำนักงานโรคไม่ติดต่อ, 2019) ซึ่งโรคเบาหวานมีความเกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง อาทิ โรคไต โรคหัวใจ ระบบประสาทส่วนปลายที่เกี่ยวข้องกับการถูกตัดขา(Spijkerman et al., 2003) และพบอัตราการเสียชีวิตที่เกิดจากโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 25.7(Group IDF Diabetes Atlas, 2015)

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ากำลังเป็นปัญหาสาธารณสุข พบว่าประมาณร้อยละ 19-34 ของผู้ป่วยเบาหวานจะได้รับผลกระทบจากภาวะการเป็นแผลที่เท้า (Estelle & Nestoras, 2016) ทั่วโลกพบอัตราความชุกของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ร้อยละ 3 - 13 (Zhang et al., 2017) และในทุกๆ 30 วินาที พบว่าผู้ป่วยมีการสูญเสียขาเนื่องจากแผลเท้าเบาหวาน (Group, 2017) อีกทั้งการเป็นแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน นับเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล (Volmer-Thole & Lobmann, 2016) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าถือเป็นภาระต่อระบบการดูแล (Skrepnek, Mills, Lavery, & Armstrong, 2017) ในสหรัฐอเมริกา มีค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าสูงถึงประมาณ 176 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ (Estelle & Nestoras, 2016)

ประเทศไทยพบผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า คิดเป็นร้อยละ 31.6 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข มหาลัยมหิตล, 2553) มีการศึกษาของยุพิน ภูวงษ์ และสมเดช พิณจสุนทร (2557) พบว่า ในผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าสูงถึงร้อยละ 50.70 มีการศึกษาอัตราความชุกของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ณ โรงพยาบาลราชวิถี ยังคงสูงถึงร้อยละ 3.4 (Veerasak Sarinnapakron, 2016) เฉพาะในเขตกรุงเทพมหานครพบผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 796 ราย (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) ซึ่งสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิต คือการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลที่เท้า (สารัช สุนทรโยธิน และภิญโญ บวรณะทรัพย์ขจร, 2555) พบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าถูกตัดอวัยวะส่วนปลายคิดเป็นร้อยละ 45 (ชนิดา อนุกุล, 2558) ต่อมาการศึกษาของ อัสนิ วันชัย และคณะ (2560) พบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าถูกตัดขาเพิ่ม

สูงขึ้นเป็นร้อยละ 54 มีการศึกษาระบาดวิทยา ณ โรงพยาบาลศิริราช พบผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวานถูกตัดนิ้วเท้าคิดเป็น ร้อยละ 59.8 มีระยะเวลาในการพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลเฉลี่ย 32.5 วัน มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 80,490 บาท (วิลาวัณย์ ธีรภัทรพงศ์ และ กุลภา ศรีสวัสดิ์, 2551)

ปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ อายุ (สายฝน ม่วงคุ้ม, 2560) เพศ (อัจฉรา สุวรรณนาคินทร์, 2559) มีประวัติถูกตัดขาหรือมีแผลมาก่อน (Malgrange, Richard, Leymarie, & Foot, 2003; อัมภาพร นามวงศ์พรหม, 2553) ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน > 10 ปี (ชลวิภา สุลักษณะานุกรักษ์ วโรดม ใจสนุก และเบญจมา มุกตพันธุ์, 2559) ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง (อัจฉรา สุวรรณนาคินทร์, 2559) ภาวะประสาทส่วนปลายเสื่อม ภาวะหลอดเลือดส่วนปลายตีบ (พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, 2549; สารัช สุนทรโยธิน และภิญโญ บุรณะทรัพย์ขจร, 2555) ลักษณะของเท้าผิดปกติ (อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ, 2560) ภาวะไตเสื่อม (จุฬาทพร ประสงค์, 2559) การมองเห็นที่ลดลง และมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ (อัจฉรา สุวรรณนาคินทร์, 2559) พฤติกรรมการสวมรองเท้าไม่เหมาะสมหรือพฤติกรรมการดูแลเท้าไม่เหมาะสม (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

จากปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลที่เท้าที่กล่าวข้างต้น ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าในโรงพยาบาลตติยภูมิ ต้องได้รับการดูแลรักษาจากบุคลากรทางแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ (พงษ์กาญจนสุทธิรักษ์ บุรพา กาญจนบัตร ไวกุณธ์ สถาปนาวัตร และยุทธพงศ์ แสงพ่ายพ, 2555) และทีมสหสาขาวิชาชีพ (Lavery et al., 2016) ในการประเมินระดับความรุนแรงของแผล การควบคุม การติดเชื้อ การตัดเนื้อตายหรือการตัดเท้า นิ้วเท้าหรือขา การลดแรงกดบริเวณแผล (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) การเพิ่มการไหลเวียน การประเมินภาวะหลอดเลือดที่อาจพบว่าการอุดตันการไหลเวียน (พงษ์ กาญจนสุทธิรักษ์ บุรพา กาญจนบัตร ไวกุณธ์ สถาปนาวัตร และยุทธพงศ์ แสงพ่ายพ, 2555) การเลือกใช้วิธีการทำแผลเพื่อกระตุ้นการหาย เช่น การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ใส่แผล การใช้ออกซิเจนบำบัด การใช้แรงดันลบ รวมถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติ (Estelle & Nestoras, 2016) มีระบบการดูแลต่อเนื่อง ครอบคลุมถึงการป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ และส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ (ทัศนีย์ สงกา และยุพิน อังสุโรจน์, 2550; สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่าแผลที่เท้าและการรักษาดังกล่าวมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Alrub et al., 2019)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health Related quality of life: HRQOL) หมายถึง การประเมินผลของโรคและการรักษาที่มีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยซึ่งประเมินจากการรับรู้ตามมุมมองของผู้ป่วย (พรรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554) จากคำนิยามดังกล่าว นำมาใช้ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า จึงหมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าถึงกระทบของโรคและการรักษา ทั้งด้านร่างกาย ในด้านการใช้เวลาว่าง การพึ่งพา/ชีวิตประจำวัน อารมณ์ด้านลบ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผล/เท้า ด้านการดูแลแผล (Bann, Fehnel, & Gagnon, 2003; Macioch, 2017) อย่างไรก็ตาม

ก็ตามผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ารับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองเกี่ยวกับด้านอารมณ์ทำให้เกิดความวิตกกังวล ภาวะวิตกกังวล กลัวการถูกตัดขา เป้าหมายในการรักษา ต้องมาทำแผลที่โรงพยาบาลเป็นประจำ ในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ และอาจมีการส่งต่อมายังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหากแผลที่รักษาไม่หาย ภายใน 7 วัน หรือลักษณะความรุนแรงของแผลอยู่ในระดับที่ประเมินพบว่า แผลมีระดับลึกถึงกล้ามเนื้อ กระดูก หรือแผลมีลักษณะ ผิวหนังดำคล้ำ แสดงถึงมีการอุดตันของหลอดเลือด และแผลดังกล่าวมีระยะเวลาเกินกว่า 14 วัน ผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองเปลี่ยนแปลง (Khunkaew, Tungpunkom, Sim, & Fernandez, 2018) ด้านการใช้เวลาร่วมกัน ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมกลางแจ้งได้ (Alrub et al., 2019) ด้านสุขภาพกาย (Alrub et al., 2019) ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตลดลง ไม่พึงพอใจที่มีแผลที่เท้า (Salome, 2011) ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนแรง และมีข้อจำกัดการเดินทาง การเคลื่อนไหวร่างกาย (Almeida, 2013; Alrub et al., 2019; Brod, 1998; Meijer, 2001) ด้านการพึ่งพาใช้ชีวิตประจำวัน (Alrub et al., 2019) ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตตนเองต้องพึ่งพาครอบครัว เช่น การพาไปโรงพยาบาล หรือการทำกิจกรรมนอกบ้านหรือในบ้าน เนื่องจากข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ไม่สามารถแสดงบทบาทในครอบครัวได้ (Brod, 1998) ด้านอารมณ์ด้านลบ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าจะมีภาวะซึมเศร้า (Alrub et al., 2019) ด้านการใส่ใจแผล และด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผล ผู้ป่วยจะกังวลกลัวแผลไม่หาย หรือกลัวการถูกตัดขา (Alrub et al., 2019)

การทบทวนระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานและมีแผลที่เท้า มีความแตกต่างกัน สำหรับในต่างประเทศมีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ได้แก่ ประเทศอินเดีย (Sekhar et al., 2015) ประเทศจอร์แดน (Alrub et al., 2019) และประเทศอิหร่าน (Sanjari et al., 2011) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแต่ละอยู่ในระดับต่ำ จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่า เมื่อประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีแผลที่เท้ามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับอยู่ในระดับดี (จตุพร ประกายสกุล วราภรณ์ ศิริสว่าง และวันทนี ชวพงศ์, 2561; ศิริทิพย์ โคนสันเทียะ, 2554) และระดับปานกลาง (สุวรรณี สร้อยสงค์ อังคณา เรือนก้อน ภัณฑิรา เฟื่องทอง จุฑากานต์ กิ่งเนตร และคุณญา แก้วทันคำ, 2562) แต่ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีแผลที่เท้า และผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่อวัยวะอื่นๆ (Sothornwit, 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sekhar (2015) พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าอยู่ในระดับต่ำในทุกด้าน แต่การศึกษาของ วรณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล (2554) พบว่า อยู่ในระดับ ปานกลาง ส่วนกิ่งกาญจน์ เพียรไพรงาม (2554) พบอยู่ในระดับดี จากผลการวิจัยในประเทศไทย มีความแตกต่างกันถึงแม้จะมีการใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้วยเครื่องมือประเมินแบบทั่วไป ขององค์การอนามัยโลกที่เหมือนกัน จึงจำเป็นต้องประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ด้วยการใช้เครื่องมือที่มีความ

เฉพาะเจาะจง นอกจากนี้การใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าในประเทศไทย ยังไม่พบการใช้เครื่องมือที่เฉพาะเจาะจง

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ($r=-0.52$) ความวิตกกังวล ($r=-0.267$) การทำหน้าที่ ($r=0.498$) (Pedras, 2016) ขนาดของแผล ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (Ribu, 2007; Sekhar, 2015) ตำแหน่งการเกิดแผล การสูญเสียความรู้สึกส่วนปลาย ความผิดปกติของหลอดเลือดส่วนปลาย (ankle-brachial index : ABI) และระดับซีรัมเคตินิน (Ribu, et al., , 2007) ($p < 0.05$) ระยะเวลาการเป็นแผล ($p=0.001$) (Sari, 2018) ระดับความรุนแรงของแผล ($r = -0.47$) (Sekhar, 2015; Yao et al., 2012) ความลึก การติดเชื้อ ระยะเวลาการหายของแผล ($r=0.683$, $r=0.612$ และ $r=0.505$) ตามลำดับ (Yao et al., 2012) เพศ อายุ ชนิดของโรคเบาหวาน การรักษาและระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน (Sekhar, 2015) ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (Garcia-Morales et al., 2011; Kossioris & Karousi, 2015) ดัชนีมวลกาย และภาวะหลอดเลือดแดงอุดตัน (Peripheral vascular disease : PVD) (Alrub et al., 2019) สำหรับในประเทศไทยพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า พฤติกรรมการจัดการตนเอง (Navicharern, 2012) ระดับความรุนแรงของแผล ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้า (วรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล, 2554) ($r= -0.30$, $r= 0.369$, $r= -0.389$, $r= -0.220$, $r= 0.510$ และ $r= -0.733$ ตามลำดับ)

จากที่กล่าวมาข้างต้นพบว่า ในงานวิจัยในอดีตสำหรับประเทศไทย ยังพบผลการวิจัยระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน และยังไม่มีการใช้เครื่องมือที่ประเมินระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี นอกจากนี้ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ระดับความรุนแรงของแผล ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า แต่ยังไม่พบประสบการณ์การมีอาการ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และประสบการณ์การมีอาการ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ซึ่งปัจจัยดังกล่าว ถือเป็นปัจจัยที่พยาบาลสามารถแสดงบทบาทได้อย่างอิสระในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

จากที่กล่าวมาข้างต้น พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยที่กล่าวมาเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยประเมิน เพศ ลักษณะ และระดับความรุนแรงของแผล ปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ทำให้เกิดแผล รวมถึงแหล่งสนับสนุนต่างๆ เพื่อ

นำไปสู่การกำหนดปัญหาวินิจฉัยที่ซับซ้อนและให้การพยาบาลครอบคลุมกับปัญหา มีทักษะ ความรู้ ความสามารถวินิจฉัยปัญหา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2000) การจัดการกับแผลเกี่ยวกับการล้างทำความสะอาด วิธีการกำจัดเนื้อตาย และการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมกับลักษณะของแผล การป้องกัน การกลับเป็นซ้ำ ในด้านการให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติในการดูแล รักษาความสะอาดเท้า การกระตุ้นการไหลเวียน การเลือกรองเท้าที่เหมาะสม (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558; สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) รวมถึงการสอน ชี้แนะทักษะที่จำเป็นในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมหรือลดระดับน้ำตาล การส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองในเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม การรับประทานยาสม่ำเสมอ (ภาวนา กิรติยวงศ์ และสมจิต หนูเจริญกุล, 2010) การจัดการความเครียด (American Diabetes Association, 2009) และการประสานงานในทีมให้มีระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องและประเมินผล ติดตามอย่างมีประสิทธิภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2000)

ดังนั้น จากที่กล่าวมาข้างต้นพยาบาลซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า จึงจำเป็นต้องทราบปัจจัยสาเหตุต่างๆ บริบทของโรคและการรักษา รวมถึงต้องมียังมีความรู้เกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้ครอบคลุมในทุกมิติ เพื่อให้สามารถตอบสนองในการดูแลปัญหาที่ซับซ้อน สามารถนำมาประยุกต์ในการวางแผนการพยาบาล พัฒนารูปแบบการดูแล เพิ่มคุณภาพทางการพยาบาล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดี ยิ่งขึ้น อีกทั้งผู้เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลระดับนี้ในกรุงเทพมหานคร มีความหลากหลายของกลุ่ม ประชากร (กองวิชาการ สำนักการแพทย์, 2560) ถือเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรที่ดี (อนวัติ คุณแก้ว, 2560)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร เป็นอย่างไร
2. ประสิทธิภาพการมีอาการ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานครอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ ประสิทธิภาพการมีอาการ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โดยรวม ที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรต้น จากการทบทวนวรรณกรรม และคัดสรรปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ซึ่งพยาบาลสามารถแสดงบทบาทได้อย่างอิสระและเป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลในอนาคต ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรต้นทั้งสิ้น 5 ตัวแปร ได้แก่ ประสิทธิภาพการมีอาการ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียด ดังนี้

ประสิทธิภาพการมีอาการ คือ การรับรู้อาการที่เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นการตอบสนองด้านร่างกายของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ทำให้รู้สึกทุกข์ทรมาน และมีผลต่อการรบกวนการดำเนินชีวิต ซึ่งเป็นอาการที่เกิดจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง อาการที่เกิดจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และอาการทางระบบประสาท การศึกษาของ Alvarez-Guisasola, Yin, Nocea, Qiu, and Mavros (2010) พบอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน (<0.0001) และมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดการสูญเสียความรู้สึกประสาทส่วนปลาย (Diabetic neuropathy) (Ribu, et, al., 2007) และความผิดปกติของหลอดเลือดส่วนปลายทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย (Tennvall & Apelqvist, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ Shahi et al. (2012) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าจะได้รับความทุกข์ทรมานจากการเป็นแผล กล่าวคือ ประสิทธิภาพการมีอาการน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด คือ การวัดระดับน้ำตาลซึ่งเกาะบนเม็ดเลือดแดงหรือฮีโมโกลบินเอวันซี (Hemoglobin A1c : HbA1c) ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับปริมาณน้ำตาลในกระแสเลือดย้อนหลังเท่ากับอายุของเม็ดเลือดแดง คือ 120 วัน (ประสาร เปรมาสกุล, 2554) จึงมีค่าเฉลี่ยที่บ่งบอกระดับน้ำตาลในเลือดช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมา (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2555)

นับเป็นพยาธิสภาพที่เกิดการเปลี่ยนแปลงและมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ การศึกษาพบว่า เมื่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลง ร้อยละ 5 มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจร้อยละ 1 (Lau, Qureshi, & Scott, 2004) และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า พบว่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c: HbA1c) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ($p < 0.001$) (Kossioris and Karousi, 2015) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Ribu (2007) พบว่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ($p < 0.05$) กล่าวคือ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน คือ ผลกระทบของอวัยวะที่เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ส่งผลให้การทำงานของอวัยวะเสื่อมลง ทำให้เกิดความพิการหรือการเสียชีวิต (สารัช สุนทรโยธิน และภิญญัฐ บุรณะทรัพย์ขจร, 2555) เกิดจากกระบวนการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกาย การทำหน้าที่ของเซลล์ โมเลกุล พยาธิสภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ($p < 0.0001$) (Quah, Luo, Ng, How, & Tay, 2011) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Kossioris and Karousi (2015) สอดคล้องกับการศึกษาของ Garcia-Morales et al., (2011) พบว่าภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ($p < 0.001$) กล่าวคือ จำนวนภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า น่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

พฤติกรรมการดูแลตนเอง คือ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคล เป็นความสามารถและทักษะของแต่ละบุคคลในการจัดการอาการทางกายและทางอารมณ์ที่ส่งผลกระทบต่อภาวะการเจ็บป่วย เพื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ถูกต้องสอดคล้องกับการดูแลรักษาพยาบาล ถือเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อผลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมการดูแลการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ($\beta = 0.11$) (Jannoo, Wah, Lazim, & Hassali, 2017) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกาย และด้านอารมณ์ ($p < 0.001$) (Polikandrioti et al., 2020) กล่าวคือ พฤติกรรมการดูแลตนเองน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์หรือสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ในด้านอารมณ์ การยอมรับและเห็นคุณค่า บริการสุขภาพ และด้านการให้ข้อมูลข่าวสารกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกัปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง สิ่งที่มีผลต่อคุณภาพ

ชีวิตด้านสุขภาพ ได้แก่ อิทธิพลของครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางด้านสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ส่งผลลัพธ์ระยะยาวต่อผู้ป่วย (อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ, 2010) การศึกษาของ Bowen et al. (2015) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ($r = 0.371$, $p < 0.0001$) การศึกษาของ วรณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล (2554) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = 0.510$) สรุปการสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่กล่าวมาจึงนำไปสู่การกำหนดสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า
2. ประสบการณ์การมีอาการ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด และภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบความสัมพันธ์ (Correlational research) ระหว่างปัจจัย ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ที่เข้ารับบริการ ณ หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ประชากรในงานวิจัย คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าอายุ 18-59 ปี ที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าอายุ 18-59 ปี ที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 หรือ 2 ร่วมกับมีแผลที่เท้าตั้งแต่ระดับความรุนแรง (Wagner grade) 1 คือมีการฉีกขาดของผิวหนังชั้นบน (superficial) ถึงระดับ 5 คือ การมองเห็นเนื้อตายทั้งเท้า

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ถึงผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาร่างกายและจิตใจ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าของ Bann et al. (2003) ประกอบด้วย 6 ด้านดังนี้

1) ด้านการใช้ว่าง เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าที่เกิดจากการเจ็บป่วย ถึงผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในช่วงวันหยุดพักผ่อน หรือการเปลี่ยนรูปแบบ ประเภทกิจกรรม

2) ด้านสุขภาวะทางกาย เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าที่เกิดจากการเจ็บป่วย ถึงผลกระทบต่อสุขภาวะทางกาย ทำให้ไม่มีกำลัง หมดเร็วแรง นอนหลับไม่สนิท ปวดขณะยืน/เดิน หรือปวดขณะพัก

3) ด้านการพึ่งพา/การทำกิจวัตรประจำวัน เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าที่เกิดจากการเจ็บป่วย ถึงผลกระทบที่จะต้องพึ่งพาคนอื่นในการดูแลตนเองขณะการออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน หรือการต้องพึ่งพาคนอื่นเมื่อทำกิจวัตรประจำวัน การเพิ่มระยะเวลาในการทำกิจวัตรประจำวัน

4) ด้านอารมณ์ทางลบ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าที่เกิดจากการเจ็บป่วย เนื่องจากไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามที่ต้องการ ทำให้รู้สึกโกรธ หรือหงุดหงิด

5) ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผล/เท้า เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าที่เกิดจากการเจ็บป่วยเกี่ยวกับแผลและเท้า กังวลการถูกตัดขา กังวลแผลจะไม่หาย และความยุ่งยากในการเดินทาง

6) ด้านการถูกรบกวน/ความรำคาญจากการดูแลแผล เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าที่เกิดจากการเจ็บป่วย ในการลงน้ำหนัก กลิ่นหรือสารคัดหลั่งจากแผล การเป็นภาระผู้อื่น หรือการใช้เวลาในการดูแลแผล

ประการณ์การมีอาการของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการสภาพการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่ผิดปกติ ซึ่งทำให้การรบกวนการดำเนินชีวิต ซึ่งเกิดมาจากพยาธิสภาพของโรคเบาหวานและการได้รับการรักษา แบ่งเป็น อาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง อาการจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และ ภาวะระบบประสาทส่วนปลายเสื่อม ประกอบด้วยทั้งหมด 20 อาการ คืออาการ ปัสสาวะมากกว่า 2 ครั้งตอนกลางคืน กระจายน้ำบ่อย รับประทานอาหารมากกว่าที่เคย สับสน/มึนงง คลื่นไส้/อาเจียน รู้สึกอ่อนเพลีย น้ำหนักลด คันตามผิวหนัง ปัสสาวะแสบขัด ใจสั่น เวียนศีรษะ รู้สึกมือ-เท้าสั่น เหงื่อออกมาก ง่วงนอนตลอดเวลา ขาปลายมือปลายเท้า รู้สึกเจ็บแปลบๆ เหมือนถูกเข็มทิ่มหรือไฟช็อต รู้สึกเหมือนมีมดหรือแมลงไต่ เดิน

เซ/การทรงตัวไม่ดี รองเท้าหลุดจากเท้าเวลาเดิน และความรู้สึกทางเพศลดลง ประเมินได้จากการรับรู้ รัชอาการ ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน ผู้วิจัยประยุกต์ แบบประเมินประสิทธิภาพ การมีอาการกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินอาการ Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ตามแนวคิดของ Portenoy et al. (1994) ประเมินอาการ มี หรือไม่มี และแต่ละอาการ ประเมินในมิติด้านความถี่ ความรุนแรง และ ด้านความทุกข์ทรมาน

ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า หมายถึง ผลการตรวจ เลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าที่แสดงถึงปริมาณน้ำตาลสะสมในกระแสเลือดเฉลี่ยช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา นับจากวันที่ทำการตรวจมีหน่วยเป็นเปอร์เซ็นต์ ประเมินจากเกณฑ์การแบ่งการ ควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของสมาคมโรคเบาหวานสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association, 2017) ซึ่งเป็นส่วนที่ผู้วิจัยเก็บบันทึกข้อมูลจากการซักประวัติ และข้อมูล การตรวจรักษาหรือวินิจฉัยโรคจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่เกิดจาก ระดับน้ำตาลในเลือดสูงส่งผลต่อหลอดเลือดขนาดใหญ่ (Macrovascular complications) และ หลอดเลือดขนาดเล็ก (Microvascular complications) ที่ทำให้การทำงานของอวัยวะนั้นๆเสื่อมลง โดยประเมินเป็นจำนวน ภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรังที่เกิดกับหลอดเลือดใหญ่ ได้แก่ โรคหลอดเลือด โคโรนารี โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดส่วนปลาย และเกิดกับหลอดเลือดเล็ก ได้แก่ โรคจอ ประสาทตา และโรคไต (Quah, Luo, Ng, How, & Tay, 2011) ซึ่งเป็นส่วนที่ผู้วิจัยเก็บบันทึกข้อมูล จากการซักประวัติ และข้อมูลการตรวจรักษาหรือวินิจฉัยโรคจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า หมายถึง การกระทำหรือการ ปฏิบัติของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้าน การออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการประเมินตนเอง และด้านการดูแลเท้าและ สุขอนามัย เพื่อให้สอดคล้องกับโรคและการรักษา และเกิดผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผล ที่เท้า ผู้วิจัยประยุกต์แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแล ตนเอง The summary of diabetes self-care activities measure (SDSCA) สร้างขึ้นโดย Toobert and Glasgow (2000) นำมาพัฒนาโดย ภาวนา กิริติยตวงค์ (2548) และผู้วิจัยได้นำข้อ คำถามมาดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับคนไข้เบาหวานที่มีแผลที่เท้า

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าเกี่ยวกับการได้รับ การช่วยเหลือสนับสนุน อารมณ์ การให้ความรัก ความห่วงใย ให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าใน ตนเอง เป็นที่ยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ รวมทั้งข้อมูลข่าวสารที่ เป็นประโยชน์จากสมาชิกในครอบครัว ประยุกต์แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ที่สร้างมาจาก

แนวคิดของ Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) ร่วมกับแนวคิดของ Cobb (1976) ถูกนำมาพัฒนาโดย สมนรักษ์ สุวรรณทรัพย์ ยุวดี ลีลัคนาวีระ และวรรณรัตน์ ลาวัง (2559) และผู้วิจัยได้นำข้อคำถามมาดัดแปลงให้มีความเหมาะสมกับคนไข้เบาหวานที่มีแผลที่เท้า ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์ การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า การได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ และบริการ การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ มีมาตราวัดแบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ โดยคะแนนเฉลี่ยน้อยแปลว่า มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนนเฉลี่ยมาก แปลว่า มีการสนับสนุนทางสังคมมาก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับพยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระดับคุณภาพด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า
2. มีองค์ความรู้เกี่ยวกับตัวแปร ประสิทธิภาพการมีอาหาร ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าโดยรวมและรายด้าน เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพในการวางแผนดูแลให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้
3. เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนดูแล และเป็นแนวทางให้บุคลากรทางสุขภาพใช้ในการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ต่อไป

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสารวรรณกรรม ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยให้มีความครอบคลุมวัตถุประสงค์ ซึ่งนำเสนอสรุปสาระสำคัญตามลำดับ ดังนี้

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
 - 1.1 อุบัติการณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
 - 1.2 ความหมายของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า
 - 1.3 พยาธิสรีระของระดับน้ำตาลในเลือดกับการเกิดแผล
 - 1.4 ปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
 - 1.5 อาการและอาการแสดงที่พบได้ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า
 - 1.6 การตรวจวินิจฉัยสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า
 - 1.7 การแบ่งระดับความรุนแรงของแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน
 - 1.8 การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า
 - 2.1 ความหมายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า
 - 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า
 - 2.3 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า
 - 2.4 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า
ผู้วิจัยคัดสรรตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ระหว่าง ประสิทธิภาพการมีอาการ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม ในเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า
 - 3.1 ประสิทธิภาพการมีอาการ
 - 3.1.1 ความหมายของประสิทธิภาพการมีอาการ
 - 3.1.2 องค์ประกอบของประสิทธิภาพการมีอาการ
 - 3.1.3 แบบประเมินประสิทธิภาพการมีอาการ
 - 3.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพการมีอาการกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

3.2 ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

3.2.1 ความหมายของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

3.2.2 เกณฑ์การแปลผลระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

3.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดกับคุณภาพชีวิตด้าน

สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

3.3 ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

3.3.1 ความหมายภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

3.3.2 องค์ประกอบของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

3.3.3 แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

3.3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานกับคุณภาพชีวิตด้าน

สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

3.4 พฤติกรรมการดูแลตนเอง

3.4.1 ความหมายพฤติกรรมการดูแลตนเอง

3.4.2 องค์ประกอบพฤติกรรมการดูแลตนเอง

3.4.3 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง

3.4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

3.5 การสนับสนุนทางสังคม

3.5.1 ความหมายการสนับสนุนทางสังคม

3.5.2 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

3.5.3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

3.5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

4. การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

1.1 อุบัติการณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าเป็นภาวะแทรกซ้อนหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 19-34 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ (Estelle & Nestoras, 2016) ทั่วโลกพบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า 26.1 ล้านคน (International Diabetes Federation, 2015) ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 15-20 จะมีประสบการณ์การเป็นแผลที่เท้า (Amjad, Shams, & Zahra, 2016) และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้น 2.5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีแผลที่เท้า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีโอกาสเสียชีวิตภายใน 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 42 (Walsh, 2016) ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยที่ถูกตัดขาเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า (Armstrong et al., 2001) ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น (Apelqvist, Bakker, Van Houtum, & Schaper, 2008) และเป็นภาระต่อระบบการดูแล (Skrepnek, Mills, Lavery, & Armstrong, 2017)

ประเทศไทยพบจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานจำนวน 14,322 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) มีการศึกษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานพบจำนวนผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าสูงสุดอยู่ที่ ร้อยละ 50.70 รองมาคือภาวะแทรกซ้อนที่ตาอยู่ที่ ร้อยละ 46.70 และที่ไตอยู่ที่ ร้อยละ 45.20 ตามลำดับ (ยุพิน ภูวงษ์ และ สมเดช พินิจสุนทร, 2557a) และสาเหตุหลักของการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานคือ การติดเชื้อจากแผลที่เท้า (สารัช สุนทรโยธิน และ ภูณัฐ บูรณะทรัพย์ขจร, 2555) ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 3.5 เท่าในช่วงระยะเวลา 5 ปี (ณัฐพงศ์ โฆษคุณหนันท์, 2556) การศึกษาของ วิลาวณิชย์ ธิรภัทรพงศ์ และ กุลภา ศรีสวัสดิ์ (2551) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ถูกตัดนิ้วเท้า ร้อยละ 59.8 การศึกษาของ ชนิดา อนุกุล (2558) กล่าวถึงสถิติผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าถูกตัดอวัยวะส่วนปลายคิดเป็นร้อยละ 45 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ อัครณี วันชัย และคณะ (2560) พบผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าถูกตัดขาคิดเป็นร้อยละ 54

เฉพาะในเขตกรุงเทพมหานครพบผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 796 ราย (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) และสถิติเวรทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานที่มีช่วงอายุ 18-59 ปี เข้ารับบริการทำแผลโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ปี 2558-2560 มีจำนวน 60,282 61,072 และ 69,695 คน เพิ่มขึ้นตามลำดับ (สำนักงานการแพทย์, 2561) ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานคร อาทิเช่น โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าเข้ารับบริการตั้งแต่ปี 2555-2560 จำนวน 2,400 คน (กลุ่มงานสถิติและวิจัย โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 2561) ในขณะที่ อัตราความชุกของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ณ โรงพยาบาลราชวิถี พบจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 3.4

(Veerasak Sarinnapakron, 2016) ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 11 แห่ง พบจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนเป็นแผลที่เท้า (foot ulcer) ร้อยละ 5.9 (Rawdaree, 2006) การศึกษาระบาดวิทยา ณ โรงพยาบาลศิริราช พบผู้ป่วยที่ถูกตัดเท้าหรือขา เนื่องจากโรคเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยผู้ป่วยเบาหวานถูกตัดนิ้วเท้าคิดเป็น ร้อยละ 59.8 และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมีระยะเวลาในการพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลเฉลี่ย 32.5 วัน มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 80,490 บาท (วิลาวัลย์ ธิรภัทรพงศ์ และ กุลภา ศรีสวัสดิ์, 2551) และข้อมูลจากศูนย์ดูแลสุขภาพเท้าโรงพยาบาลตากสิน(หนึ่งฤทัย จันทร์อินทร์ อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ และพรทิพย์ มาลาธรรม, 2015) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีอัตราการเกิดแผลที่เท้าซ้ำคิดเป็นร้อยละ 2.64 ร้อยละ 1.2 ผู้ป่วยได้รับการตัดนิ้ว ตัดเท้า หรือตัดขา และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลคิดเฉลี่ยเป็น 32,125 บาท/คน

1.2 ความหมายของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

มีนักวิชาการระบุความหมายของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ดังนี้

Alexiadou and Doupis (2012) แผลเท้าเบาหวาน คือ แผลที่เกิดในผู้ป่วยเบาหวานมีความเกี่ยวข้องกับภาวะระบบประสาทส่วนปลายและหลอดเลือดส่วนปลาย

Sajel and Saranya (2017) แผลเท้าเบาหวาน คือ ภาวะแทรกซ้อนที่มีความสัมพันธ์กับโรคเบาหวาน มีการฉีกขาดของผิวหนังสามารถมองเห็นเนื้อเยื่อ เกิดเฉพาะที่บริเวณปลายขาส่วนล่างหรือเท้า

Thewjitcharoen (2014) แผลเท้าเท้าเบาหวาน คือ แผลที่เกิดในผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความถี่ระดับหนึ่งกำพำและหนึ่งแท้บริเวณต่ำกว่าข้อเท้า โดยแผลเบาหวานเรื้อรังมีระยะเวลาการเป็นแผลมากกว่าหรือเท่ากับ 14 วัน

Van Netten et al. (2020) แผลเท้าเบาหวาน คือ แผลที่เกิดในบุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน มีการฉีกขาดของผิวหนังชั้นกำพำ และมีภาวะระบบประสาทส่วนปลายหรือโรคหลอดเลือดแดงอุดตันร่วมด้วย

ประมุข มุทิรางกูร (2548) แผลเท้าเบาหวาน คือ การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากการตายของเซลล์ผิวหนังชั้นนอก หรือเซลล์ผิวหนังชั้นใน เมื่อเซลล์สลายทำให้เกิดแอ่งในชั้นต้นของผิวหนัง หากไม่ได้รับการแก้ไขจะเกิดการลุกลาม

กิงกาญจน์ เพียรไพรงาม (2554) ให้ความหมาย ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า หมายถึงผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และ ชนิดที่ 2 ที่มีแผลบริเวณเท้าถึงข้อเท้า มีสาเหตุมาจากความผิดปกติของเส้นประสาทส่วนปลาย ภาวะการฉีกขาดเลือดไปเลี้ยงที่เท้า มีการติดเชื้อที่เท้า

รัฐระวี นาวีเจริญ (2554) ให้ความหมาย ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หรือเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มีแผลบริเวณเท้าจนถึงข้อเท้า

วรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล (2554) ให้ความหมาย ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ มีแผลที่เท้าตั้งแต่ 14 วันขึ้นไป มีตำแหน่งการเกิดแผลที่บริเวณเท้าจนถึงข้อเท้า สาเหตุมาจากภาวะขาดเลือดไปเลี้ยง ความผิดปกติของเส้นประสาทส่วนปลายและมีการติดเชื้อ

ดังนั้น สรุปได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และ ชนิดที่ 2 ร่วมกับมีภาวะเป็นแผลที่เท้าบริเวณต่ำกว่าข้อเท้า

1.3 พยาธิสรีระของระดับน้ำตาลในเลือดกับการเกิดแผล

พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงจำเป็นต้องทราบถึงพยาธิสรีระวิทยาและปัจจัยของการเกิดแผล เพื่อใช้ในการแนะนำและให้การพยาบาลให้กับผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีปัจจัยและพยาธิสรีระวิทยาการเกิดแผลที่เท้า มีรายละเอียดดังนี้

ผู้ป่วยเบาหวานเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูง ทำให้ขาดสาร myoinositol ซึ่งจำเป็นต่อการเจริญเติบโตของเซลล์ประสาท ทำให้การสังเคราะห์ vasodilator nitric oxide เกิด oxidative stress ในเซลล์ประสาท หลอดเลือดหดตัวขาดเลือดไปเลี้ยง เส้นประสาทส่วนปลายทำงานผิดปกติ และขาดเลือดไปเลี้ยง (พัฒน์พงศ์ นาวีเจริญ, 2549; สารัช สุนทรโยธิน และภิญญ์ บุรณะทรัพย์ขจร, 2555) อีกทั้งระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะกระตุ้นให้มีการสร้างอนุมูลอิสระของออกซิเจน (reactive oxygen species) ทำให้เซลล์ประสาทได้รับบาดเจ็บ เกิดการสะสมของสารประกอบน้ำตาล (advanced glycation endproducts หรือ AGEs) ซึ่งเป็นสารที่ทำให้หลอดเลือดยืดหยุ่นลดลง และภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ทำให้ endothelial cell และเซลล์กล้ามเนื้อเรียบในหลอดเลือดทำงานผิดปกติ หลอดเลือดเกิด atherosclerosis ระดับ thromboxane A สูง เกิดการเกาะกลุ่มกันของเกล็ดเลือด ขัดขวางการหายของแผล อาหารและยาเข้าไม่ถึงแผล เลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ และนำไปสู่การตัดขา (พัฒน์พงศ์ นาวีเจริญ, 2549; สารัช สุนทรโยธิน และภิญญ์ บุรณะทรัพย์ขจร, 2555)

ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่ได้รับการควบคุมเป็นระยะเวลานาน จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังได้ ส่วนใหญ่เป็นผลจากหลอดเลือดตีบ โดยแบ่งออกเป็นภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก และหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ ดังนี้ (พัทนิล วัชรพันธ์ และเกวลิน ธรรมสิทธิบุรณ์, 2557)

โรคแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก

1) โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา เกิดจากหลอดเลือดที่ตาตีบ จอประสาทตาขาดเลือด เส้นเลือดเปราะบางแตกง่าย

2) โรคไต เกิดจากเส้นเลือดฝอยที่ไตหนาตัวขึ้น ทำให้การทำงานของไตเสื่อมลง

3) โรคปลายประสาทเสื่อม เนื่องจากการตีบลงของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงเส้นประสาท ทำให้เกิดอาการชาปลายมือ ปลายเท้า บางครั้งรู้สึกเหมือนเข็มทิ่ม จึงทำให้ผู้ป่วยอาจเกิดแผลได้ง่ายโดยไม่รู้สึกตัว อาการมากทำให้กล้ามเนื้อลีบเล็ก ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง ในระบบประสาทอัตโนมัติ อาจทำให้ปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะออกไม่หมด เป็นต้น

โรคแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่

1) โรคเส้นเลือดหัวใจ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงระดับไขมันในพลาสมา ภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้หลอดเลือดหัวใจตีบแคบ หรืออุดตันการไหลเวียน เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

2) โรคเส้นเลือดสมอง เกิดการตีบตันและแคบทำให้มีความต้านทานการไหลเวียน เส้นเลือดขาดความยืดหยุ่นเปราะบางมากขึ้น เมื่อเกิดบริเวณเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้น้อย เกิดโรคสมองขาดเลือดหรืออัมพฤกษ์อัมพาต

3) โรคเส้นเลือดส่วนปลาย โดยเฉพาะหลอดเลือดที่มาเลี้ยงขาและเท้า หากมีการตีบแข็งของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงเท้า ทำให้มีอาการ ปวดน่องเวลาเดินไกลๆ เท้าเย็น ขนที่ขาร่วง เหงื่อออกน้อย

1.4 ปัจจัยส่งเสริมการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวาน

1) อายุ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่เสื่อมตามวัย เกิดการหนาตัวของผนังหลอดเลือด ทำให้เสียความยืดหยุ่น หลอดเลือดแคบลง จึงเกิดภาวะหลอดเลือดส่วนปลายตีบ (สายฝน ม่วงคุ่ม, 2560)

2) เพศ พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานแยกว่าเพศหญิง จึงมีโอกาสเป็นแผลที่เท้าและถูกตัดขามากกว่าเพศหญิง (อัจฉรา สุวรรณาคินทร์, 2559)

3) ประวัติถูกตัดขาหรือเคยมีแผลที่เท้ามาก่อนมีโอกาสสูงที่จะเกิดแผลซ้ำ (Malgrange, Richard, Leymarie, & Foot, 2003; อัมภาพร นามวงศ์พรหม, 2553)

4) ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวาน มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีการเจ็บป่วยเป็นเวลานานมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี เสี่ยงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสะสมไม่ได้มากกว่าผู้ที่เป็เบาหวานน้อยกว่า 10 ปี 2.6 เท่า (ชลวิภา สุลักษณ์นารักษ์ วโรตม ใจสนุก และเบญจมา มุกตพันธ์, 2559)

5) การติดเชื้อ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงยังทำให้เลือดไหลเวียนสู่เนื้อเยื่อลดลง ความเข้มข้นของยาต้านปฏิชีวนะไหลเวียนไปสู่เนื้อเยื่อที่แผลลดลง (พัฒนพงศ์ นาวิเจริญ, 2549; สารัชสุนทรโยธิน และภิญโญ บวรณะทรัพย์ขจร, 2555)

6) ภาวะไตเสื่อม ทำให้การหายของแผลล้มเหลว เนื่องจากการสะสมของคอลลาเจน และความแข็งแรงของผิวหนังลดลง บางครั้งอาจเกิดแผลในลักษณะ progressive necrotic wound ของผิวหนัง (จุฬาพร ประสงค์, 2559)

7) แรงกดทับและกลไกการบาดเจ็บของเท้า (Foot stress) ซึ่งฝ่าเท้าบางจุดรับน้ำหนักมากกว่าจุดอื่น จึงมีโอกาสเกิดแผลเพิ่มขึ้น รวมถึงแรงกดทับเล็กน้อยที่เกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เช่น ใส่รองเท้าที่คับนานหลายชั่วโมง โดยผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกรู้สึกเจ็บปวดทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยง

8) การมองเห็นลดลง ไม่สามารถตรวจเท้าได้ด้วยตนเอง ความสามารถในการดูแลลดลง เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ มีโอกาสการเกิดแผลได้ง่าย (อัจฉรา สุวรรณาคินทร์, 2559)

9) พฤติกรรมการดูแลตนเองหรือพฤติกรรมการจัดการตนเอง พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ไม่เหมาะสม มีผลต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้า และการเกิดแผลที่เท้า และการดำเนินการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

10) การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสริมทำให้หลอดเลือดเกิดการตีบแคบเร็วขึ้น (อัจฉรา สุวรรณาคินทร์, 2559) โดยสารนิโคตินในบุหรี่ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดแดงส่วนปลายลดลง หลอดเลือดแดงหดตัว เพิ่มความเสี่ยงการเกิดลิ้มเลือด คาร์บอนมอนอกไซด์จากการเผาผลาญบุหรี่จับตัวกับฮีโมโกลบิน จึงขัดขวางเนื้อเยื่อให้ขาดออกซิเจน (Hinkle & Cheever, 2013)

11) การสวมใส่รองเท้า (foot wear) เนื่องจากรองเท้าที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานจะช่วยในการลด/กระจายแรงกดในตำแหน่งที่เสี่ยงต่อการเกิดแผล อีกทั้งการสวมใส่รองเท้าที่ถูกต้องจะป้องกันการเกิดแผลที่เท้าได้ (รุ่งศักดิ์ ศิรินิยมชัย, 2015)

12) ระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีความเกี่ยวข้องกับเซลล์ต่างๆในร่างกาย เนื่องจากกลูโคสที่อยู่ในเลือดจับกับโปรตีนที่อยู่ในเนื้อเยื่อและกระแสเลือดเกิด Glycosylation ส่งผลต่อภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดของโรคเบาหวาน (อัจฉรา สุวรรณาคินทร์, 2559)

1.5 อาการและอาการแสดงที่พบได้ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ล้วนเกี่ยวข้องกับภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าจึงอาจพบอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้ดังนี้

1) อาการปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจาก ผู้ป่วยเบาหวานจะมีระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดมากกว่าที่ไตจะสามารถดูดกลับมาใช้ได้ทัน และน้ำตาลกลูโคสจะถูกขับออกมาในปัสสาวะ เมื่อมีน้ำตาลกลูโคสในปัสสาวะมีผลทำให้การผลิตปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากกลูโคสมีคุณสมบัติในการดูดน้ำเข้าหาตัว จึงทำให้น้ำถูกดูดเข้าสู่ท่อไตเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น ในผู้ป่วยเบาหวานจะมีการถ่ายปัสสาวะ

ระมากถึง 3,000-4,000 มิลลิลิตรต่อวัน (อนุสรณ์ ลังกาพินธ์, 2552) หรือมีภาวะปัสสาวะมากกว่า 2 ครั้งตอนกลางคืน (Surani, Brito, Surani, & Ghamande, 2015)

2) ทิวน้ำบ่อยและดื่มน้ำมาก (polydipsia) เนื่องจากร่างกายเสียน้ำทางปัสสาวะเป็นจำนวนมากจึงเกิดการขาดน้ำอย่างรุนแรง ทำให้มีอาการกระหายน้ำ ดื่มน้ำบ่อยและจำนวนมาก

3) น้ำหนักลด (weight loss) เมื่อเซลล์ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานในแก่ร่างกายได้ ร่างกายจะสลายไขมันและโปรตีนที่เก็บสะสมไว้มาเป็นพลังงานแทนจึงเกิดการสูญเสียเนื้อเยื่อร่วมกับภาวะที่ร่างกายขาดน้ำ น้ำหนักตัวจึงลดลงอย่างรวดเร็ว

4) รับประทานอาหารจุ (polyphagia) จากที่ร่างกายมีการสลายเอาเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ มาใช้ จำทำให้มีภาวะขาดสารอาหาร เกิดขึ้นเพื่อชดเชยต่อภาวะนี้ ผู้ป่วยจะมีอาการหิวบ่อยและรับประทานอาหารจุ

5) อ่อนเพลีย (fatigue) เนื่องจากเซลล์ไม่สามารถนำกลูโคส จึงทำให้เซลล์ขาดพลังงาน ผู้ป่วยจึงรู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยง่ายไม่มีเรี่ยวแรง

6) ความเปลี่ยนแปลงด้านผิวหนัง (diabetic demopathy) ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นไปจะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง จากระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูง ทำให้เกิดตุ่มนูนหรือมีแผ่นไขมันเกาะบริเวณข้อศอกด้านหลัง ต้นขา ก้น (xanthoma diabeticorum) ผู้ที่มีแผลแห้งจะส่งเสริมให้เกิดอาการคันมากขึ้น (de Macedo, Nunes, & Barreto, 2016)

7) ตามัว มองไม่ชัด (blurry vision) การที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน เกิดพยาธิสภาพที่จอร์ับภาพเลือดไปเลี้ยงจอร์ับภาพไม่เพียงพอ หรือมีการสร้างหลอดเลือดขึ้นใหม่ที่รอบๆ หัวของประสาทตา ทำให้เกิดการตึงรั้ง และมีเลือดออกในช่องตาด้านหลัง จอร์ับภาพจะหลุดออก การมองเห็นลดลง มีอาการตามัว

8) อาการและอาการแสดงทางระบบประสาทรับความรู้สึกเสื่อม แบ่งเป็น ประกอบด้วยอาการที่เกิดแบบการรับความรู้สึกลดลง เช่น มีอาการเท้าหนัก จึงทำให้เกิดความผิดปกติในการลงน้ำหนักที่เท้า เหมือนสวมถุงเท้า หยิกไม่เจ็บ (numbness) และอาการแบบการรับความรู้สึกรุนแรงหรือไวเกิน เช่น รู้สึกเจ็บแปล็บๆ เหมือนโดนเข็มทิ่ม (paraesthesia) หรือ รู้สึกปวดแสบปวดร้อนเหมือนโดนน้ำร้อนลวก ตามฝ่ามือฝ่าเท้า (burning sensation) รู้สึกเหมือนมีมดไต่ และอาการที่เกี่ยวข้องกับเส้นใยขนาดใหญ่ (large fiber) จะมีอาการเดินเซ การทรงตัวไม่ดี รู้สึกเหมือนเท้าไม่แตะพื้นเวลาเดิน (sensory ataxia) และมีการสูญเสียความรู้สึกทำให้ไม่สามารถรับรู้อันตรายจากของมีคม อุณหภูมิร้อน เย็น หรือแรงบีบจากรองเท้า

9) อาการและอาการแสดงทางระบบประสาทควบคุมการเคลื่อนไหว เช่น กำมือ ถือของไม่ได้ บิดลูกบิดประตูลำบาก รองเท้าหลุดจากเท้าเวลาเดิน กล้ามเนื้อลีบบริเวณมือและเท้า ทำให้

สูญเสียสมดุของเส้นเอ็นสำหรับงอนิ้ว (flexor tendons) และเส้นเอ็นสำหรับเหยียดนิ้ว (extensor tendons) ทำให้นิ้วตึงรั้ง เกิดนิ้วจิกงอผิดปกติอยู่ในท่า claw position

10) อาการและอาการแสดงระบบประสาทอัตโนมัติเสื่อม ขนขาร่วง ขาอ่อน หลังเห็งือ น้อย ผิวหนังแห้งเกิดรอยแยก (fissure) อาการเวียนศีรษะ หน้ามืดเวลาลุกขึ้นยืนเป็นผลมาจาก ความดันโลหิตตกในท่ายืน (orthostatic hypotention) ใจสั่น ท้องผูก และความรู้สึกทางเพศลดลง

กรณีผู้ป่วยเบาหวานได้รับการรักษาด้วยอินซูลินหรือยาชนิดรับประทาน ร่วมกับมี พฤติกรรมรับประทานไม่เป็นเวลาหรือไม่รับประทานอาหารเช้า หรือทั้งระยะรับประทานอาหารเช้า หลังฉีดอินซูลินนานเกินไป ทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายมากกว่าปกติโดยไม่รับประทานอาหารเช้า หรือไม่ได้ปรับลดปริมาณอินซูลินลง จึงเป็นอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) (บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ รัตนภรณ์ จีระวัฒน์ ญัฐพิมณท์ ภิรมย์เมือง และน้ำเพชร สายบัวทอง, 2012) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำตามเกณฑ์การแบ่งของ American Diabetes Associatio แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ (ADA,2005)

1) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเล็กน้อย (mild hypoglycemia) คือ ผู้ป่วยจะมีอาการ เหงื่อออก ใจสั่น มือสั่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ

2) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับปานกลาง (moderate Hypoglycemia) จะมีอาการ แสดงออกทางระบบประสาทอัตโนมัติ และระบบประสาทส่วนกลาง ผู้ป่วยจะมีอาการ สับสน หงุดหงิด ซึม ตาพร่ามัว วุ่นวาย มีอาการชัก หหมดสติ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง

3) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำระดับรุนแรง (severe hypoglycemia) ผู้ป่วยมีอาการ รุนแรง ได้แก่ หหมดสติ ชัก

1.6 การตรวจวินิจฉัยสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ประกอบด้วย การซักประวัติ และตรวจร่างกาย ดังนี้

1.6.1 การซักประวัติการเจ็บป่วย การรักษา และอาการได้แก่

1) ประวัติภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น ไตวายเรื้อรัง เบาหวานขึ้นตา ประวัติการมีแผลหรือถูกตัดนิ้วเท้า สาเหตุของการเกิดแผล และการถูกตัดนิ้วเท้าที่ผ่านมา (ศิริพร จันทร์ฉาย, 2005) โรคหลอดเลือดโคโรนารี โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดส่วนปลาย (Quah, Luo, Ng, How, & Tay, 2011) ประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูง และการติดเชื้อ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553)

2) ชักประวัติเกี่ยวกับการรักษา อาทิ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ผลการตรวจ หัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (echocardiography) การตรวจ Coronary computed tomography angiography (CTA) (พงษ์พันธ์ จิตต์ธรรม, 2015) การตรวจ CT scan หรือ MRI ที่ บอกถึงความผิดปกติของหลอดเลือดทั้งชนิดโรคหลอดเลือดสมอง (สุรัตน์ บุญยีน, 2559) การตรวจ

Microalbumin ในปัสสาวะ (ยุพิน ภูวงษ์ และสมเดช พินิจสุนทร, 2557) และการทำงานของ glomerular filtration rate (GFR) (วารจกณ พิชัยวงศ์, 2558; สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558) รวมถึง ประวัติการรับประทานยาที่ผู้ป่วยได้รับ

3) ซักประวัติเกี่ยวกับอาการ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงประกอบด้วยอาการ ดังนี้

3.1) อาการที่เกิดจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemia) ได้แก่อาการ ปัสสาวะบ่อยในช่วงกลางคืน กระหายน้ำบ่อย กินจุ สับสน มึนงง ไม่มีสมาธิ ตาพร่ามัว อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ค้นช่องคลอด ปัสสาวะแสบขัด ค้นตามร่างกาย เป็นต้น (Navicharearn, 1999; ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553) ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงรุนแรงระดับน้ำตาลในเลือด ≥ 14 mmol/L (250 mg/dl), pH ≤ 7.3 , serumbicarbonate < 18 mEq/L (Dhatariya, Savage, Sampson, Matfin, & Scott, 2018) อาการหายใจมีกลิ่นผลไม้ ไม่รู้สึกตัว ถ้าพบระดับน้ำตาลในเลือด > 33.3 mmol/L (blood glucose levels > 600 mg/dl) ไม่พบคีโตนในปัสสาวะ (Dhatariya et al., 2018) จะปรากฏอาการ หมดสติ และไม่รู้สึกตัว กระหายน้ำรุนแรง (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553)

3.2) อาการที่เกิดจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) เนื่องจากผู้ป่วย ได้รับการรักษาด้วยอินซูลินและการรับประทานยา เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล จึงมีโอกาสเกิดอาการ จากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ พบว่าเมื่อความเข้มข้นของระดับน้ำตาลในเลือด ≤ 70 mg/dl (3.9 mmol/L) คือ ภาวะที่แสดงออกถึงระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) (Association, 2005) ผู้ป่วยจะปรากฏอาการ เช่น ใจสั่น เหงื่อออก มือสั่น หัว ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ซา มึนงง ตา พร่ามัว ในรายที่รุนแรง อาจหมดสติ หรือชัก เป็นต้น อาการทางระบบประสาทเริ่มต้นเมื่อระดับ น้ำตาลในเลือดลดลงถึงประมาณ 3.0 mmol/L (54 mg/dl) ปรากฏอาการ ง่วงนอน ขาดสมาธิ

3.3) อาการที่เกิดจากพยาธิสภาพของปลายประสาทเสื่อม เนื่องจากผู้ป่วยมีระดับ น้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน (พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, 2549; สารัช สุนทรโยธิน และภิญญ์ บุรณะ ทรัพย์ขจร, 2555) มีอาการและอาการแสดง คือ ชาปลายเท้า เป็นตะคริวที่เท้าหรือขา รู้สึกเหมือนมี มดหรือแมลงไต่ (ธีราภรณ์ บุญล้อม อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์, 2558) และอาการที่เกิดจากภาวะหลอดเลือดส่วนปลายตีบ ได้แก่ อาการปวดที่ขาหลังเดินสักระยะ เมื่อพัก อาการจะหาย (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

4) อาการด้านจิตใจที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคเบาหวาน เป็นปัจจัยหนึ่ง ที่ กระตุ้นให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า เนื่องจาก วิตกกังวล และกลัวเกี่ยวกับโรค คิดว่าตนเองเป็น ภาระครอบครัว ทำให้เกิดอาการ เบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกมีดมน สิ้นหวัง รู้สึกไร้ค่า บางส่วนมีความคิด ทำร้ายตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะซึมเศร้ามีอัตรามากกว่ากว่า คนปกติ 2-3 เท่า ซึ่งในประเทศไทยมีการศึกษาผลการคัดกรองโรคซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดัน โดยแบบประเมิน 2Q/9Q พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ รู้สึกเบื่อ รู้สึกหดหู่ ท้อแท้ เศร้า

(พรรณพิไล วิริยะ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของ พบว่า ภาวะซีมีเศร้า มีความสัมพันธ์ระดับสูงในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า (วรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล, 2554)

1.6.2 การประเมินตรวจร่างกาย

1) การดู (Inspection) ตรวจสอบทั่วเท้าอย่างละเอียด ดูสีผิว ดูว่ามีแผล ผิวหนังแข็งหรือตาปลาหรือไม่ มีการอักเสบติดเชื้อ เชื้อราที่เล็บ มีเล็บขบหรือไม่ ดูลักษณะเล็บมีลักษณะงุ้มเข้ามากเกินไปเสี่ยงจะเกิดเล็บขบหรือไม่ ดูร่องรอยที่มีการตัดเล็บที่ถูกต้องหรือไม่ ดูลักษณะการขาดเลือด เช่น hair loss สังเกตอาการทางระบบประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อ ว่ามีขนาดลีบเล็ก สังเกตลักษณะการเดิน (gait) การลงน้ำหนัก เท้าผิดรูป นิ้วเท้าจิกคล้ายงเล็บ (รัชนก คชไกร และเวหาเกษมสุข, 2559) ดูกระดูกและข้อ อาการบวมแดง การผิดรูปของเท้าเนื่องจากการแตกและยุบของข้อ มีลักษณะเท้าบวมหรือตุกลม (สารัช สุนทรโยธิน และภิญญ์ บูรณะทรัพย์ขจร, 2555)

2) การคลำ (palpation) ตรวจสอบภาวะแผลขาดเลือด (ischemic ulcer) คลำชีพจรของเส้นเลือดแดงบริเวณแขนขา dorsalis pedis และ posterior tibial หากไม่สามารถคลำได้หรือพบว่าชีพจรที่คลำได้เบามาก ให้คลำชีพจรที่เส้นเลือดแดงขาพับหลังหัวเข่าและโคนขา (สารัช สุนทรโยธิน และภิญญ์ บูรณะทรัพย์ขจร, 2555)

3) การคัดกรองอย่างง่ายโดยใช้อุปกรณ์

3.1) การทดสอบความรู้สึกสั่น (vibratory sensation) โดยใช้ส้อมเสียง วางบนส่วนกระดูกของหลังเท้า (dorsal part) ส่วนของนิ้วหัวแม่เท้า ในลักษณะตั้งตรง ทำอย่างน้อยสองครั้ง เพื่อตรวจสอบว่าผู้ป่วยไม่เดา กรณีผู้ป่วยไม่รู้รู้สึกสั่น ให้ผู้ตรวจเปลี่ยนตำแหน่งที่ใกล้ผู้ป่วยมากขึ้น เช่น ตาตุ่ม (อิติ สนับบุญ และปนัดดา ศรีจอมขวัญ, 2560)

3.2) การตรวจ โดยใช้ Monofilament ถ้าผู้ถูกทดสอบไม่สามารถบอกตำแหน่งที่กดได้ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการสูญเสียระบบรับความรู้สึกและมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า ถ้าไม่รู้สึกลักษณะน้อย 1 จุด จะมีโอกาสเกิดแผลที่เท้าถึง 10 เท่า และมีโอกาสถูกตัดเท้าถึง 17 เท่า (Bajaj et al., 2017)

3.3) การตรวจระบบหลอดเลือด (Vascular evaluation) การวัด ankle-brachial index (ABI) (Bajaj et al., 2017) ถ้าค่า ABI > 0.9 ถือว่าปกติ หาก < 0.9 แสดงให้เห็นถึงความผิดปกติของหลอดเลือดส่วนปลาย หาก < 0.5 การหายของแผลจะยาก หาก < 0.4 ผู้ป่วยมีโอกาสจะเกิดการตายของเนื้อเยื่อจากการขาดเลือด ควรได้รับการพิจารณาผ่าตัดซ่อมแซมหลอดเลือด

1.6.3 การประเมินรองเท้า ดูขนาดและรูปแบบมีความเหมาะสม มีบริเวณที่รับน้ำหนักชนิดของรองเท้าที่เหมาะสม ไม่มีรอยตะเข็บบริเวณหลังเท้า มีเชือกหรือเทปแถบสามารถปรับขยายได้พอดี ภายในบุด้วยวัสดุที่นุ่มดูดซับระบายความชื้นได้ดี ไม่คับหรือหลวมเกินไป (Arissara Sukwatjane, 2015)

1.7 การแบ่งระดับความรุนแรงของแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน

การแบ่งระดับความรุนแรงของแผลที่เท้าเป็นพื้นฐานสำคัญในดูแลและการป้องกันการถูกตัดขา (Khanolkar, Bain, & Stephens, 2008) ทำให้ทราบขอบเขตแผลที่ชัดเจน (วรณรัตน์ ชนะศรีรัตน์ตกุล, 2554) มีนักวิชาการแบ่งระดับความรุนแรงของแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่

1) Wagner grade ประเมินแบ่งระดับแผลโดยใช้ความลึกและการติดเชื้อในชั้นกระดูกหรือขอบเขตการเกิดเนื้อตาย (Gul, Basit, Ali, Ahmadani, & Miyan, 2006; Oyibo et al., 2001)

Grade 0 ไม่มีการฉีกขาดของผิวหนัง

Grade 1 เป็นแผลบางส่วนบริเวณผิวหนังชั้นบน (superficial)

Grade 2 ลึกถึงเอ็นร้อยหวาย เยื่อพังพืด ไม่มีหนองหรือการติดเชื้อที่กระดูก

Grade 3 ลึกถึงระดับติดเชื้อในชั้นกระดูก หรือมีหนอง

Grade 4 มีเนื้อตายบางส่วนที่นิ้วเท้า

Grade 5 พบเนื้อตายทั้งเท้า

2) University of Texas grade and stage : เป็นการประเมินแผลโดยใช้ความลึก, การติดเชื้อ และอาการภาวะขาดเลือดของอวัยวะส่วนปลายวัดทั้งแนวนอนและแนวตั้ง แบ่งเป็น 4 stage แต่ละ stage แบ่งได้เป็น 3 grade (Gul, Basit, Ali, Ahmadani, & Miyan, 2006)

Grade 0 ไม่มีแผล

Stage A แผลสะอาด

Grade 1 ลึกถึงระดับผิวหนังแท้ ไม่ถึงเอ็นหรือกระดูก

Grade 2 ลึกถึงระดับเอ็น

Grade 3 ลึกถึงระดับกระดูกหรือข้อต่อ

Stage B แผลมีการติดเชื้อแต่ไม่มีภาวะขาดเลือด

Grade 1 ลึกถึงระดับผิวหนังแท้ ไม่ถึงเอ็นหรือกระดูก

Grade 2 ลึกถึงระดับเอ็น

Grade 3 ลึกถึงระดับกระดูกหรือข้อต่อ

Stage C แผลมีภาวะขาดเลือด แต่ไม่มีการติดเชื้อ

Grade 1 ลึกถึงระดับผิวหนังแท้ ไม่ถึงเอ็นหรือกระดูก

Grade 2 ลึกถึงระดับเอ็น

Grade 3 ลึกถึงระดับกระดูกหรือข้อต่อ

Stage D แผลมีภาวะขาดเลือดและมีการติดเชื้อร่วมด้วย

Grade 1 ลึกถึงระดับผิวหนังแท้ ไม่ถึงเอ็นหรือกระดูก

Grade 2 ลึกถึงระดับเอ็น

Grade 3 ลึกถึงระดับกระดูกหรือข้อต่อ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการแบ่งระดับความรุนแรงของแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานแบบ University of Texas grade มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการทำนายการถูกตัดขาของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า (Oyibo et al., 2001) และการแบ่งระดับความรุนแรงของแผลแบบ Wanger เป็นการวัดที่ง่ายต่อการประเมินติดตาม (Valensi, 2005) และมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Yekta, Pourali, & Ghasemi-rad, 2011)

1.8 การดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในประเทศไทยซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่สามารถรับผู้ป่วยได้ตั้งแต่ 500 เตียงขึ้นไป มีขีดความสามารถในการรักษาพยาบาลขั้นสูงในการดูแลรักษา ให้แก่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อน จึงต้องการแพทย์เฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญ มีการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) ครอบคลุมถึงการป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำ ฟันฟู มีระบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ (ทัศนีย์ สงกา และยุพิน อังสุโรจน์, 2550) ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าประกอบด้วย

1.8.1 การประเมินความรุนแรงของแผล ประกอบด้วย การประเมินการไหลเวียนของหลอดเลือด ขนาด ความลึก การรับความรู้สึก และการติดเชื้อ

1) ในกลุ่มที่พบการติดเชื้อ แบ่งได้ 3 ระดับดังนี้

1.1) ระดับน้อย (mild) มีขอบเขตการติดเชื้อ น้อยกว่า 2 เซนติเมตร และติดเชื้อเฉพาะบริเวณผิวหนังชั้นตื้น (subcutaneous tissue) ให้การรักษาโดยยาปฏิชีวนะ นัดตรวจซ้ำทุก 3-7 วัน

1.2) ระดับปานกลาง (moderate) มีลักษณะการอักเสบเส้นผ่าศูนย์กลาง ≥ 2 cm มีการติดเชื้อแต่ยังสามารถคลำชีพจรได้ ให้ทำการ debridement หรือ ระบายหนองตามความเหมาะสม ร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะ 7-10 วันหรือให้ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานจนครบ 2 สัปดาห์

1.3) ระดับรุนแรง (severe) มีการอักเสบกว้าง ติดเชื้อในกระแสโลหิต ผิวหนังมีเนื่อตาย มีการติดเชื้อลักษณะขาดเลือด ให้ส่งพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพิจารณาตัดขา/เท้า/นิ้วเท้า

2) ในกลุ่มที่ไม่มีการติดเชื้อ ประกอบด้วย การส่งเสริมการหายของแผล ได้แก่ ประเมินลักษณะแผล สาเหตุการเกิด ชนิดความรุนแรง ขนาดของแผล และเลือกการทำแผลในรูปแบบต่างๆ ให้เหมาะสม เช่น การใช้ออกซิเจนความดันสูง การใช้ผลิตภัณฑ์ต่างๆ การใช้เครื่องดูดสูญญากาศ เป็นต้น การควบคุมการติดเชื้อ ด้วยวิธีการตัดเนื้อตาย ที่ส่งผลต่อการหายของแผล ในการตัดเนื้อตายมีหลายวิธี ได้แก่ การใช้เอนไซม์ช่วยกระตุ้นการย่อยสลายของเนื้อตาย

1.8.2 การส่งเสริมการหายของแผล ประกอบด้วย

1) การลดแรงกดที่แผล ผู้ป่วยที่มีสาเหตุมาจากปลายประสาทเสื่อม มักมีเท้าผิดปกติ ทำให้ผิวหนังบริเวณที่มีปุ่มกระดูกกดเนื้อเยื่อมีการเสียดสีมากกว่าปกติและเกิดแผล ดังนั้นจึงควรกระจายน้ำหนักหรือลดแรงกดไปยังบริเวณอื่น ได้แก่ การใส่เฝือก การใส่รองเท้าที่เหมาะสมขณะเกิดแผล การใช้ที่ค้ำยัน (crutches) เป็นต้น (ฉิติ สนับบุญ และปนัดดา ศรีจอมขวัญ, 2560) การดูแลและการตรวจเท้า ผู้ป่วยควรตรวจสอบเท้าทุกวันหรือให้ผู้อื่นช่วยตรวจสอบหากไม่สามารถก้มองตัวเองได้ครบทุกส่วน โดยใช้นิ้วมือลูบทำความสะอาดซอกนิ้วเบาๆ ซับให้แห้งด้วยผ้าขนหนูห้ามขยี้ ห้ามกดเฉพาะที่นานๆ

2) การเพิ่มการไหลเวียนเลือดโดยการบริหารเท้า (สุมาลี เชื้อพันธ์, 2559) หรือการนวดกดจุดสะท้อนฝ่าเท้าด้วยมือ (วิชัย อิงพิณิจพงศ์, 2551) งดสูบบุหรี่ รักษาระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และการผ่าตัดหลอดเลือด (Lavery et al., 2016)

3) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ควรให้ระดับน้ำตาล น้อยกว่า 140 mg/dl (ฉิติ สนับบุญ และปนัดดา ศรีจอมขวัญ, 2560) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด HbA1c < 7 % (American Diabetes Association, 2017) โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการดูแลตนเองในด้านอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา (ภาวนา กิริติยวงศ์ และสมจิต หนูเจริญกุล, 2010) ดังนี้รายละเอียดต่อไปนี้

ด้านอาหาร การหลีกเลี่ยง/จำกัดเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ บริโภคผัก ธัญพืช ทุกมื้อหรือเกือบทุกมื้อ จำกัดอาหารที่มีปริมาณไขมันอิ่มตัว ถ้าป่วนรสด้วยน้ำตาล ให้แลกเปลี่ยนกับอาหารคาร์โบไฮเดรตอื่นๆในมื้อนั้น (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560) การบริโภคอาหารสำหรับผู้ใหญ่ในแต่ละวันที่เหมาะสมตามธงโภชนาการ ผัก 4-6 ทัพพี (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ข้าว/แป้ง 6-12 ทัพพี (รุ่งระวี นาวิเจริญ, 2553)มีการศึกษาพบว่า คาร์โบไฮเดรตและไขมัน ช่วยส่งเสริมการทำงานของ Leukocyte และ Fibroblast ซึ่งทำให้เม็ดเลือดขาวทำงานได้ดี สามารถลดการติดเชื้อได้ ทำให้แผลหายเร็วขึ้น (Tonni & Wali, 2013) อีกทั้งผู้ป่วยต้องรับประทาน เกลือแร่ วิตามินได้แก่ วิตามินเอ วิตามินซี วิตามินอี และได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยในการส่งเสริมกระบวนการหายของแผลอย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้ป่วยเบาหวาน กิจกรรมทั่วไป เช่น เดินทางราบ เดินขึ้นบันได ทำมากกว่า 30 นาที ทุกวัน แอโรบิก เช่น เดินเร็ว เต้นแอโรบิก ทำ 30-60 นาที ทำ 3-5 วัน/สัปดาห์ (รุ่งชัย ชวนไชยะกุล, 2555) ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีความลำบากด้านการทรงตัวและการเคลื่อนไหวสามารถเลือกใช้วิธีการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขน เพื่อช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด (สุภาพร คำสม แสงทอง ชีระทองคำ และกมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์, 2560) ด้วยการแกว่งแขนอย่างน้อย 30 นาที/วัน 3 วัน/สัปดาห์ (แสงทอง ชีระทองคำ, 2560)

ด้านการรับประทานยา/ฉีดยา : เป็นการบริหารยาให้เหมาะสมกับฤทธิ์ของยา โดยผู้ป่วยและครอบครัวควรมีความรู้ความเข้าใจการใช้ยา เพื่อให้เป็นตามเป้าหมายของการรักษาและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (สิริมาศ วงศ์ใหญ่ อมร ไกรดิษฐ์ และจิระภา นະແສ, 2560) พร้อมทั้งสังเกตอาการ/ตรวจระดับน้ำตาล: การสังเกตอาการหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน เช่น อาการระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรืออาการระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป็นต้น

2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

2.1 ความหมายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health related quality of life)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health related quality of life) มากจากคำว่า คุณภาพชีวิต (Quality of life) รวมกับคำว่า สุขภาพ มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายไว้ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1996) ให้ความหมาย คุณภาพชีวิต หมายถึง มุมมอง การรับรู้ ความพึงพอใจของแต่ละบุคคลต่อชีวิตของตนเอง มีความสัมพันธ์กับ เป้าหมาย ความคาดหวัง ความสนใจ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

Zhan (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นความพึงพอใจ และการรับรู้ของบุคคล ที่มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ของมนุษย์ บุคคล สภาวะทางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม

พรรณทิพา ศักดิ์ทอง (2554) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับ เป้าหมาย ความคาดหวัง ความสนใจที่แตกต่างกัน ตามความเชื่อและวัฒนธรรมของสังคม

สำหรับคำว่า สุขภาพ (Health) นั้นองค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายว่าเป็น ภาวะสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม เมื่อนำคำทั้งสองมารวมกันเป็น คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health related quality of life) ได้มีผู้ให้ความหมายไว้แตกต่างกันดังนี้

Ferrans, Zerwic, Wilbur, and Larson (2005) ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ คือ การรับรู้ของบุคคลที่เป็นผลมาจาก สุขภาพ ความเจ็บป่วยและการรักษา

Hogg, Peach, Price, Thompson, and Hinchliffe (2012) ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นการวัดการรับรู้ที่แสดงถึงการประเมินโรคและการรักษาของบุคคล เกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดีทางด้านร่างกายและจิตใจ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิต

Ware Jr and Sherbourne (1992) ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็นมุมมองที่เน้นถึงโรคหรือการรักษา ที่ส่งผลต่อด้านร่างกาย พละกำลัง ข้อจำกัดในการทำกิจกรรม หน้าที่ทางสังคม ความเจ็บปวดทางกาย สุขภาพจิตและข้อจำกัดทางอารมณ์

พรรณทิพา ศักดิ์ทอง (2554) ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เป็น มุมมองของผู้ป่วยที่ประเมินผลของโรคและการรักษาที่มีผลกระทบต่อชีวิต

จากคำนิยามที่กล่าวข้างต้น คุณภาพชีวิต (Quality of life: QOL) เป็นความหมายที่กว้าง และจากการทบทวนวรรณกรรมเป็นที่น่าสังเกต หากยึดตาม องค์การอนามัยโลก คุณภาพชีวิตถูกนำไปศึกษาในบริบทกลุ่มประชากรที่ไม่เจ็บป่วย แต่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Health Related quality of life: HRQOL) คือ การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการรักษา (Ferrans et al., 2005) ว่ามีผลกระทบต่อชีวิตอย่างไร (พรณทิพา ศักดิ์ทอง, 2554)

ดังนั้น จากคำนิยามศัพท์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เมื่อถูกนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า จึงมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

กิงกาญจน์ เพียรไพรงาม (2554) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิตความรู้สึกเป็นปกติสุข การบรรลุเป้าหมาย

รุ่งระวี นาวีเจริญ (2554) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า หมายถึง การรับรู้หรือมุมมองของแต่ละบุคคลทั้งด้านบวกและด้านลบเกี่ยวกับลักษณะการเป็นอยู่ที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เมื่อเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ คือการรับรู้หรือมุมมองเกี่ยวกับการปราศจากโรค ปราศจากการเจ็บป่วย การมีสุขภาพกายและจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้อย่างปกติสุข มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างเป็นสุข

วรรณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล (2554) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า หมายถึง การรับรู้ การบ่งบอกสภาพความพึงพอใจของชีวิตในบริบทของวัฒนธรรมและคุณค่าของระบบที่อาศัยและสัมพันธ์กับเป้าหมายของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ที่มีแผลที่เท้า

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ให้คำนิยามศัพท์ คำว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า หมายถึง การรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าที่มีผลต่อการร่างกายและจิตใจ

2.2. องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีความหมายที่หลากหลาย จึงมีนักวิชาการระบุงค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แตกต่างกันดังนี้

Ferrans, Zerwic, Wilbur, and Larson (2005) ระบุว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1) ด้านสุขภาพและหน้าที่ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยไม่พึ่งพาผู้อื่น การดูแลสุขภาพของตนเอง ความรู้สึกไม่สุขสบาย การมีเพศสัมพันธ์ งานอดิเรก ท่องเที่ยว

2) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต เป้าหมาย ความถึงพอใจ ความเป็นตัวเอง ความเชื่อทางศาสนา ความสุข

3) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง การดำรงชีวิตประจำวัน ที่อยู่อาศัย การทำงาน การเงิน ความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน เหตุการณ์บ้านเมือง

4) ด้านครอบครัว เป็นการรับรู้เกี่ยวกับ ความสุขในครอบครัว คู่สมรส บุตร ภาวะสุขภาพคนในครอบครัว การได้รับช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว

Ware and Sherbourne (1992) องค์กรประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมี 8 มิติ ดังนี้

1) การทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (physical function) เป็นการรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาที่มีต่อความสามารถ ข้อจำกัดต่างๆ ในการทำหน้าที่กิจกรรมทางร่างกาย เช่น ส่งผลกระทบต่อระยะทางการเดิน การขึ้นบันได การถือของ การคุกเข่า เป็นต้น

2) ข้อจำกัดการทำกิจกรรมเนื่องจากปัญหาทางร่างกาย (Role Functioning) เป็นการรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาที่มาจากปัญหาด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน ข้อจำกัดหรือจำนวนชนิดของงาน

3) การปวดตามร่างกาย (Bodily pain) เป็นการรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาที่มีต่อความเจ็บป่วยหรือไม่สุขสบาย ที่รบกวนต่อการทำกิจวัตรประจำวัน

4) การรับรู้ด้านสุขภาพโดยทั่วไป (General health) เป็นการรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาของแต่ละบุคคลต่อสุขภาพโดยทั่วไป

5) การมีพลังกำลัง (Vitality) เป็นการรับรู้ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาของแต่ละบุคคลที่มีต่อระดับการมีพลังกำลัง และความเหนื่อยล้า

6) การทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) เป็นการรับรู้ผลกระทบการเจ็บป่วยและการรักษาที่มีต่อการทำกิจกรรม หน้าที่ทางสังคม จำนวนการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

7) สุขภาพจิต (Menth health) เป็นการรับรู้ผลกระทบการเจ็บป่วยและการรักษาของแต่ละบุคคลที่มีต่อความรู้สึกทางจิตใจและอารมณ์

8) ข้อจำกัดการทำกิจกรรมเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์ (Role emotional) เป็นการรับรู้ผลกระทบการเจ็บป่วยและการรักษาของแต่ละบุคคลที่มาจากปัญหาทางด้านอารมณ์ต่อการทำกิจวัตรประจำวัน

Abetz (2002) ได้ศึกษาผลกระทบการเป็นแผลเบาหวานที่เท้าและการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าต่อคุณภาพชีวิตโดยมีเนื้อหาครอบคลุม 11 ด้าน ดังนี้

1) ด้านการใช้เวลาว่าง (Leisure) เป็นการรับรู้ถึงผลกระทบของแผลที่เท้าเบาหวานต่อการทำกิจกรรมในวันหยุด เช่น ต้องเปลี่ยนกิจกรรม หรืองานอดิเรกที่ชอบ ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ วันหยุดพักผ่อน ต้องใช้เวลาในการวางแผนในการจัดกิจกรรมช่วงวันหยุดมากขึ้น

2) ด้านสุขภาพ (Physical health) เป็นการรับรู้ถึงผลกระทบของแผลที่เท้าเบาหวานต่อความรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย นอนหลับลำบาก ปวดขณะยืนหรือเดิน

3) ด้านกิจวัตรประจำวัน (Daily activities) เป็นการรับรู้ถึงผลกระทบของแผลที่เท้าเบาหวานต่อการพึ่งพาคนอื่น ข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำบางอย่างใช้เวลามากกว่าเดิม

4) ด้านอารมณ์ (Emotions) เป็นการรับรู้ถึงผลกระทบของแผลที่เท้าเบาหวาน กังวลเกี่ยวกับแผลและการบาดเจ็บที่เท้า การเป็นภาระของผู้อื่น รู้สึกสิ้นหวังเพราะแผลไม่ดีขึ้น

5) ด้านการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ (Noncompliance) คุณไม่สนใจ และไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์เกี่ยวกับวิธีการดูแลแผลเบาหวานที่เท้า

6) ด้านครอบครัว (Family) เป็นการรับรู้ถึงผลกระทบของแผลที่เท้าเบาหวานส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของคุณกับคู่สมรส ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว รู้สึกทางเพศลดลง

7) ด้านเพื่อน (Friends) เป็นการรับรู้ถึงผลกระทบของแผลที่เท้าเบาหวานทำให้มีข้อจำกัด เกี่ยวกับในการทำกิจกรรมกับเพื่อน เป็นภาระของเพื่อน ทำให้มีเพื่อนลดลง

8) ด้านการรักษา (Treatment) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการแผนการรักษา เช่น ต้องลดแรงกดที่ลงกับแผล ต้องพึ่งพาคนอื่นเพื่อช่วยตนเองในการดูแลแผล

9) ด้านความพึงพอใจ (Satisfaction) เป็นความรู้สึกพึงพอใจกับแผนการรักษา

10) ด้านทัศนคติทางบวก (Positive attitude) เป็นความรู้ถึงผลกระทบของการเป็นแผลที่เท้าในด้านดี เช่น รู้สึกใกล้ชิดกับคู่สมรสมากขึ้น เนื่องจากคู่สมรสสนใจดูแลตนเอง

11) ด้านการเงิน (Financial) เป็นการรับรู้ถึงผลกระทบของแผลที่เท้าเบาหวานส่งผลทำให้ต้องใช้จ่ายเงินจำนวนมากในการดูแล เช่น การตัดแปลงบ้านเพื่อให้ใช้ชีวิตประจำวันได้สะดวก ค่าแท็กซี่ค่ารถในการเดินทางไปรักษาแผล

Bann, Fehnel, and Gagnon (2003) ได้พัฒนาองค์ประกอบจาก Abetz (2002) ซึ่งมี 11 องค์ประกอบ เนื่องจากมีข้อคำถามที่ซ้ำซ้อน และเพื่อลดภาระผู้ป่วยในการตอบแบบประเมิน แล้วจึงนำมาหาความสัมพันธ์กับ SF-36 ไปสู่การพัฒนาแบบประเมิน Diabetic Foot ulcer Scale-Short Form (DFS-SF) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบดังต่อไปนี้

1) ด้านการใช้เวลาว่าง (Leisure) เป็นการรับรู้ถึงผลกระทบต่อการทำกิจกรรมในช่วงเวลาว่างหรือการหยุดพักผ่อน เช่น ต้องเปลี่ยนแปลงรูปการณ์ทำกิจกรรม หรือหยุดทำกิจกรรม

2) ด้านสุขภาพทางกาย (physical health) เป็นการรับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อด้านร่างกาย เช่น อ่อนเพลีย ปวดขณะเดินหรือยืน ปวดในช่วงกลางคืน

3) ด้านการพึ่งพา/การทำกิจวัตรประจำวัน (dependence/daily life) เป็นการรับรู้ถึงผลกระทบที่จะต้องพึ่งพาคนอื่นในการดูแลตนเองขณะการออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน หรือการต้องพึ่งพาคนอื่นเมื่อทำกิจวัตรประจำวัน

4) ด้านอารมณ์ทางลบ (negative emotions) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อ เนื่องจากไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามที่ต้องการ ทำให้รู้สึกโกรธ รู้สึกผิดหวัง

5) ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผล/เท้า (worried about ulcers/feet) เป็นการรับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยเกี่ยวกับแผลและเท้า กังวลการถูกตัดขา กังวลแผลจะไม่หาย

6) ด้านการถูกรบกวน/ความรำคาญจากการดูแลแผล (bothered by ulcer care) เป็นการรับรู้ถึงการถูกรบกวนจากเป็นแผลหรือการต้องดูแลแผล เช่น การลดแรงกดที่กระทบต่อแผล ความรู้สึกได้รับการใส่ใจจากบุคคลรอบข้าง

2.3 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ที่กล่าวในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Hogg, Peach, Price, Thompson, and Hinchliffe (2012) ที่ศึกษาแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยเท้าเบาหวาน แบ่งได้ดังนี้

2.3.1 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไป (Generic or General Quality of life) สามารถใช้ประเมินกลุ่มผู้ป่วยที่หลากหลายมากกว่าแบบเฉพาะโรค (ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา, 2559) โดยเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า มีดังนี้

1) แบบประเมิน The Short-Form 36 (SF-36) ถูกพัฒนาโดย Ware and Sherbourne (1992) ใช้วัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั่วไป ประกอบด้วย 8 ด้าน มี 36 ข้อ ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย (physical function) ด้านร่างกาย (Role Functioning) ด้านการปวดทางกาย (Bodily pain) ด้านการรับรู้ด้านสุขภาพโดยทั่วไป (General health) ด้านการมีพลังกำลัง (Vitality) ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม (Social function) ด้านสุขภาพจิต (Menth health) และด้านข้อจำกัดการทำกิจกรรมเนื่องจากปัญหาทางด้านอารมณ์ (Role emotional) ลักษณะตัวเลือกเป็นแบบ Likert scale ช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนนสูงหมายถึง คุณภาพชีวิตที่ดี (Lurmarkul & Meetam, 2005) ในต่างประเทศมีการนำแบบประเมินชนิดนี้ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า พบว่ามีค่า Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ 0.89 (Pedras, et, al. 2016) สำหรับประเทศไทยยังไม่มีมีการนำไปใช้ศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ และผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าส่วนใหญ่จะมีภาวะ diabetic neuropathy ทำให้การรับรู้เกี่ยวกับอาการปวดทางกาย (Bodily pain) พบได้น้อย (Ahn et al., 2018)

2) แบบประเมิน The Euro Quality of Life Questionnaire with five dimensions and five-level scale (EQ-5D-5L) เป็นเครื่องมือที่มีการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไป แบบสอบถามถูกแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการดูแลตนเอง ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านอาการปวดหรือไม่สบาย ด้านภาวะซึมเศร้าหรือวิตกกังวล แต่ละคำตอบมีให้เลือก 5 ระดับ เรียงตามระดับความรุนแรง ตั้งแต่ไม่มีปัญหาจนถึงมีปัญหามากที่สุด และส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินสภาวะสุขภาพทางตรง หรือ Vasual Analog Scale (Shrivastava, Shrivastava, & Ramasamy) ลักษณะเป็น Scale ตั้งแต่ 0-100 (จันทนา พัฒนเกสัช และมนตรีรัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์, 2558) จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่าการศึกษาของ Solli, Stavem, and Kristiansen (2010) มีการนำแบบประเมินชนิดนี้ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน มีค่า Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ 0.83 สำหรับใน

ประเทศไทยยังไม่พบการนำไปใช้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า แต่พบว่าแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบทั่วไปไม่ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะโรคของผู้ป่วย (สิรินาถ เรืองเผ่าพันธุ์ และคณะ, 2011)

2.3.2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแบบเฉพาะโรค (Disease-Specific Quality of Life) ใช้สำหรับเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาด้านสุขภาพเหมือนกันและเป็นแบบเฉพาะโรค หรือได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเดียวกัน การใช้แบบประเมินในกลุ่มนี้ใช้เฉพาะกลุ่มโรค ดังนั้น ข้อมูลที่ได้อาจไม่ครอบคลุมมิติอื่นบางมิติ (ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา, 2559) ตัวอย่างเครื่องมือที่มีดังนี้

1) แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า Diabetic Foot Ulcer Scale (DFS) เป็นแบบสอบถามที่ถูกพัฒนา โดย (Abetz, Sutton, Brady, McNulty, & Gagnon, 2002) ซึ่งพัฒนาโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ร่วมกับอาการชาที่เท้า (Neuropathic ulcers of lower extremity) 14 รายและผู้ดูแล 11 ราย ใช้วิธีดำเนินการวิจัยแบบเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์ และนำไปสู่การวิเคราะห์จนได้ประเด็น (Theme) และข้อคำถาม จนได้เป็นเครื่องมือเฉพาะที่มีความเฉพาะเจาะจง ต่อมาถูกนำไปพัฒนาและหาความสัมพันธ์กับองค์ประกอบในแบบประเมินของ SF-36 โดย Bann (2003) พบว่า มีความสอดคล้องกัน จึงได้แบบประเมิน Diabetic Foot ulcer Scale-Short Form (DFS-SF) ที่มีเนื้อหาครอบคลุม 6 ด้าน ดังนี้ ด้านการใช้เวลาว่าง (Leisure) ด้านการพึ่งพา/ชีวิตประจำวัน (Dependence/daily life) ด้านอารมณ์ด้านลบ (Negative emotions) ด้านสุขภาพทางกาย (Physical health) ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผล/เท้า (Worried about ulcers/feet) ด้านการถูกรบกวน/ความรำคาญจากการดูแลแผล (Bothered by ulcer care) มีค่า Cronbach's coefficient alpha เท่ากับ 0.74

จากที่กล่าวข้างต้น เห็นได้ว่า แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีหลากหลายมิติ ล้วนมุ่งเน้นถึงผลกระทบของโรคและการรักษา ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ Diabetic Foot ulcer Scale-Short Form (DFS-SF) ของ Bann et al. (2003) ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมินของ Abetz (2002) เนื่องจากมีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า และสามารถแสดงให้เห็นคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ชัดเจน แต่เนื่องจากการเครื่องมือดังกล่าวที่ถูกนำมาแปลใช้กับคนไทย โดย S. Khunkaew, Fernandez, and Sim (2019) ยังไม่มีการหาค่าความตรงตามเนื้อหา ดังนั้นก่อนนำเครื่องมือชนิดนี้มาใช้ผู้วิจัยได้ทำการแปลเครื่องมือแบบ การแปลย้อนกลับ (Back-translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา แปลภาษาต้นฉบับ (ภาษาอังกฤษ) เป็นภาษาเป้าหมาย (ภาษาไทย) 1 รอบ และแปลจากภาษาเป้าหมาย (ภาษาไทย) เป็นภาษาต้นฉบับ (ภาษาอังกฤษ) 1 รอบและหาค่าความตรงตามเนื้อหาตาม

2.4 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

จากการทบทวนวรรณกรรมมีหลักฐานพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้ามีคุณภาพชีวิตต่ำกว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีแผล และผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่อวัยวะอื่นๆ (Sothornwit, 2018) โดยมีรายละเอียดและค่าเฉลี่ยในแต่ละด้านดังนี้

1) ด้านใช้เวลาว่าง (Leisure) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.7 บางรายผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมกลางแจ้งได้ (Alrub et al., 2019) เนื่องจากผู้ป่วยบางรายเมื่อเกิดแผลที่เท้าทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนกิจกรรมยามว่างที่เคยทำ (Abetz et al., 2002)

2) ด้านการพึ่งพา/การทำกิจวัตรประจำวัน (Dependence/daily life) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 48.2 (Alrub et al., 2019) เนื่องจากรู้สึกว่าคุณต้องพึ่งพาครอบครัว เช่น การพาไปโรงพยาบาล หรือการทำกิจกรรมนอกบ้านหรือในบ้าน และไม่สามารถแสดงบทบาทในครอบครัวได้ (Brod, 1998) ทำให้รู้สึกว่าคุณเองไร้ความสามารถ (De, 2014)

3) ด้านอารมณ์ทางลบ (Negative emotions) ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 43.5 เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าจะมีภาวะซึมเศร้า (Alrub et al., 2019) และมีความรู้สึกเครียด (Brod, 1998)

4) ด้านสุขภาพร่างกาย (Physical health) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 44.2 เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองสูญเสียภาพลักษณ์ ไม่พึงพอใจที่มีแผลที่เท้า (Salome, 2011) และมีข้อจำกัดการเดินทาง การทรงตัว การเคลื่อนไหวร่างกาย (Almeida, 2013; Alrub et al., 2019; Brod, 1998; Meijer, 2001)

5) ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผล/เท้า (Worried about ulcers/feet) เนื่องจากผู้ป่วยกังวลกลัวแผลไม่หาย หรือกลัวการถูกตัดขา (Alrub et al., 2019) หากแผลลุกลาม อาจต้องนำไปสู่การถูกตัดอวัยวะ (อิสรา สุขวัจณี, 2015)

6) ด้านการถูกรบกวน/ความรำคาญจากการดูแลแผล (Bothered by ulcer care) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 46.1 เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลเพิ่มสูงขึ้น (Apelqvist, Bakker, Van Houtum, & Schaper, 2008)

จากการที่กล่าวข้างต้น จึงเห็นได้ว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแต่ละด้านน้อยกว่า 50 (Alrub et al., 2019) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sekhar (2015) พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าอยู่ในระดับต่ำในทุกด้าน

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดสรรตัวแปรต้น จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยคัดสรรปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า และเป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาลในอนาคต ที่พยาบาลสามารถแสดงบทบาทอิสระในการจัดกระทำได้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรต้นทั้งสิ้น 5 ตัวแปร ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีรายละเอียดแต่ละปัจจัยดังนี้

3.1 ประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

อาการเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่ผู้ป่วยรับรู้ซึ่งเกิดจากการดำเนินของโรคและการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ซึ่งอาจคงอยู่หรือหายไปเป็นประสบการณ์ที่บุคคลจะประเมินว่ามีความรุนแรงหรือทุกข์ทรมาน ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้ มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายประสบการณ์การมีอาการ ดังนี้

3.1.1 ความหมายของประสบการณ์การมีอาการ

Armstrong (2003) ให้ความหมาย ประสบการณ์การมีอาการ เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อความถี่ ความรุนแรง การถูกรบกวน โดยมีสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนมีอาการ คือ ลักษณะทางกายภาพ โรค และผลที่ตามมาของประสบการณ์การมีอาการ คือ ผลกระทบที่มีต่อสภาวะอารมณ์จิตใจ ความก้าวหน้าของโรค คุณภาพชีวิต และการรอดชีวิต

Dodd et al. (2001) ให้ความหมาย ประสบการณ์การมีอาการ เป็นการรับรู้อาการหรือการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายซึ่งบุคคลมี การประเมินด้านความคิด ความเข้าใจ และเป็นการตอบสนองของบุคคลกับอาการใดอาการหนึ่ง

Meraviglia, Sutter, Gaskamp, Adams, and Titler (2008) ให้ความหมายของ ประสบการณ์การมีอาการ เป็นการรับรู้ของบุคคลที่ให้ความหมายของอาการ ประเมินจากความถี่ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมาน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้นำประสบการณ์มาใช้กับผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย จึงได้มีการให้ความหมายประสบการณ์มีอาการของผู้ป่วย ดังนี้

Navicharern (1999) ให้ความหมาย ประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เป็นการรับรู้อาการที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการเนื่องจากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในได้เลือดได้

ธีรารักษ์ บุญล้อม (2558) ให้ความหมาย ประสบการณ์การมีอาการระบบประสาทส่วนปลายส่วนล่างเสื่อม เป็นการรับรู้อาการของผู้ป่วยโรคเบาหวานถึงอาการระบบประสาทส่วน

ปลายส่วนล่างเสื่อมที่เท้า หรือขา ประเมินจากในเรื่องความรุนแรง ความถี่ และความทุกข์ทรมาน หรือผลรบกวนต่อการทำกิจวัตรประจำวัน

จากความหมายที่กล่าวข้างต้น พบว่า ยังไม่มีการศึกษาประสบการณ์การมีอาการในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้เมื่อนำมาใช้ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า จึงหมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการที่ผลต่อการรบกวนการดำเนินชีวิต ซึ่งเกิดมาจากพยาธิสภาพของโรคเบาหวานและการได้รับการรักษา เนื่องจากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ประเมินได้จากการรับรู้ อาการ ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน

3.1.2 องค์ประกอบของประสบการณ์การมีอาการ

Armstrong (2003) กล่าวถึง ประสบการณ์การมีอาการ ประกอบด้วย องค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่

- 1) ความถี่ (frequency) คือ ความบ่อย/ถี่ ของจำนวนครั้งที่เกิดอาการ
- 2) ความรุนแรง (intensity) คือ การรับรู้ของผู้ป่วยถึงระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้น
- 3) ความทุกข์ทรมาน (distress) คือ การรับรู้ของบุคคลถึงความทุกข์ทรมาน ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย
- 4) การให้ความหมายกับอาการที่เกิดขึ้น (meaning) คือ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งในแต่ละบุคคลจะให้ความหมายที่แตกต่างกัน

Dodd et al. (2001) กล่าวถึงประสบการณ์การมีอาการ เป็นกระบวนการที่ต้องผ่านการเรียนรู้ของบุคคล มีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่

- 1) การรับรู้อาการ (perception of symptom) เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงการเปลี่ยนแปลง โดยผ่านกระบวนการวิเคราะห์ แปลความหมาย แล้วรายงานอาการนั้นๆ ผ่านการตอบสนองในด้านต่างๆ

2) การประเมินอาการ (evaluation of symptom) เป็นการแสดงออกถึงลักษณะของบุคคลต่ออาการเจ็บป่วย ประกอบด้วย ความรุนแรง(intensity) ตำแหน่งที่เกิดอาการ (location) รูปแบบของการเกิดอาการ (temporal nature) ความถี่ (frequency) ผลกระทบจากอาการ (affective impact) การประเมินภาวะคุกคาม

3) การตอบสนองอาการ (response to symptoms) เป็นความรู้สึกหรือพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นหลังการรับรู้และประเมินอาการ การตอบสนองประกอบด้วย การตอบสนองด้านร่างกาย การตอบสนองด้านจิตใจ และการตอบสนองด้านพฤติกรรม ซึ่งอาจมีการตอบสนองด้านเดียวหรือหลายด้าน

Meraviglia et al. (2008) แบ่งองค์ประกอบของประสบการณ์การมีอาการ ดังนี้

1) การให้ความหมายตามสถานการณ์ เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นมีผลต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง

2) การให้ความหมายกับการมีชีวิตอยู่ คือ บุคคลให้ความหมายกับอาการนั้นว่าเป็นอาการที่ส่งผลทางบวก หรือทางลบกับการมีชีวิต

Portenoy et al. (1994) องค์กรประกอบในการประเมินอาการไว้ 3 ด้าน ได้แก่

1) ด้านความถี่ (frequency) เป็นการรับรู้ถึงประสบการณ์การอาการที่ผ่านมามีความชุก ของอาการว่าเกิดขึ้นบ่อย/ถี่ มากน้อยเพียงใด

2) ความรุนแรง (Severity) เป็นการรับรู้ถึงประสบการณ์การอาการที่ผ่านมามีผลกระทบต่อบุคคลมากน้อยเพียงใด

3) ความทุกข์ทรมาน (distress) เป็นการรับรู้ประสบการณ์อาการที่ผ่านมามีผลกระทบต่อความไม่สุขสบาย

Navichareern (1999) กล่าวถึง ประสบการณ์การรับรู้อาการของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ประกอบด้วย 2 กลุ่มอาการคือ

1) ประสบการณ์อาการจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 70 mg/dl ได้แก่ อาการ หิว อ่อนเพลีย เหงื่อออก มือสั่น ใจสั่น นอนไม่หลับ เป็นลมหมดสติ

2) ประสบการณ์อาการจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยไม่มีกรด (Hyperglycemic hyperosmolar nonketotic coma: HHNC) โดยจะพบระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 600 mg/dl ได้แก่ อาการ อารมณ์ขาดน้ำ ผิวหนังแห้ง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง สับสน คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้องหรือเจ็บแน่นหน้าอก

ธีราภรณ์ บุญล้อม (2558) กล่าวว่า ประสบการณ์การมีอาการของระบบประสาทส่วนปลายประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1) ด้านประสาทการรับรู้รู้สึก ได้แก่ ตะคริวที่เท้าหรือขา ปวดเมื่อยเท้าหรือขา ปวดแสบปวดร้อน รู้สึกหนักเท้า/ขา รู้สึกเจ็บแปลบๆเหมือนถูกเข็มทิ่ม/เหมือนถูกไฟช็อต คันเหมือนมีมดหรือแมลงไต่ เดินเซ ทรงตัวไม่ดี รู้สึกเท้าไม่แตะพื้นเวลาเดินหรือยืน ขาหยิกไม่เจ็บ ไม่รู้สึกเมื่อเหยียบของมีคม ไม่รู้สึกแม้เท้ามีแผล ไม่รู้สึกเมื่อโดนความเย็น ไม่รู้สึกเมื่อมีแรงบีบกดที่เท้า

2) ด้านประสาทการเคลื่อนไหว ได้แก่ เท้าหรือขาอ่อนแรง

3) ด้านระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ ผิวหนังที่เท้าหรือขาแห้ง เหงื่อออกที่เท้า น้อยผิดปกติ และ รู้สึกเท้าอุ่นๆ

3.1.3 แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการ

1) แบบประเมินอาการ The Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) สร้างโดย Portenoy et al. (1994) เป็นเครื่องมือ ประเมินอาการ ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ ความถี่

ความรุนแรง ความทุกข์ทรมานของอาการ ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อ เป็นการประเมินอาการ 32 ข้อ และอีก 1 ข้อ เป็นข้อคำถามปลายเปิด ลักษณะการประเมินความถี่และความรุนแรงจะแบ่งเป็น 4 ระดับความถี่ 1 หมายถึง เกิดน้อย ความถี่ 4 หมายถึง เกิดตลอดเวลา สำหรับความทุกข์ทรมานจะแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 0-4 ระดับ 0 คือ อาการนั้นไม่รบกวนผู้ป่วยเลย และระดับ 4 หมายถึงอาการนั้น มีการรบกวนผู้ป่วยมากที่สุด แบบประเมิน Memorial Symptom Assessment Scale มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค 0.84

1) แบบประเมินประสบการณ์การมีอาการระบบประสาทส่วนปลายส่วนล่างเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ของ อีราภรณ์ บุญล้อม (2558) พัฒนามาจากแนวคิดของ Dodd (2001) มีทั้งหมด 25 ข้อ มี 3 ด้าน คือ ด้านประสาทการรับรู้ความรู้สึก จำนวน 21 ข้อ ด้านประสาทควบคุมการเคลื่อนไหว จำนวน 1 ข้อ ด้านระบบประสาทอัตโนมัติ จำนวน 3 ข้อ โดยสอบถามเกี่ยวกับความถี่ระดับความรุนแรง และความทุกข์ทรมานรบกวนต่อการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ใช้มาตราส่วนประเมิน 5 ระดับ ดังนี้ คะแนน 5 หมายถึง มีอาการตลอดเวลา มีความรุนแรงมากที่สุด มีความทุกข์ทรมาน รบกวนการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน คะแนน 1 หมายถึง ไม่มีอาการ ไม่รุนแรง และไม่มี ความทุกข์ทรมาน ไม่รบกวนการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค 0.80

2) แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์การมีอาการและการจัดการกับอาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่ถึงอินซูลินของ Navicharern (1999) มีทั้งหมด 18 อาการ แบ่งเป็นอาการจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงและอาการจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ใช้มาตราส่วนประเมินแบบ Likert scale มี 10 ระดับดังนี้ คะแนน 0 หมายถึง ไม่รู้สึกทุกข์ทรมานจากอาการ คะแนน 10 หมายถึง มีความทุกข์ทรมานจากอาการมากที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค 0.77

จากที่กล่าวมาเกี่ยวกับเครื่องมือประเมินประสบการณ์การมีอาการ ข้างต้นยังไม่ครอบคลุมในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สร้างแบบประเมินอาการขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมินอาการ Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ตามแนวคิดของ Portenoy et al. (1994) ที่มีการประเมินของแต่ละอาการได้แก่ มิติด้านความถี่ ความรุนแรง และด้านความทุกข์ทรมาน โดยลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ส่วนอาการที่ใช้ประเมินได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมและการประเมินประสบการณ์การมีอาการจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง อาการจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และอาการจากภาวะระบบประสาทส่วนปลายเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน ของ Navicharern (1999) และ อีราภรณ์ บุญล้อม (2558) ประกอบด้วยทั้งหมด 20 อาการ คืออาการ ปัสสาวะมากกว่า 2 ครั้งตอนกลางคืน กระหายน้ำบ่อย รับประทานอาหารมากกว่าที่เคย สับสน/มึนงง คลื่นไส้/อาเจียน รู้สึกอ่อนเพลีย น้ำหนักลด คันตามผิวหนัง ปัสสาวะแสบขัด ใจสั่น เวียนศีรษะ รู้สึกมือ-เท้าสั่น เหงื่อออกมาก ง่วงนอนตลอดเวลา ชาปลายมือปลายเท้า รู้สึกเจ็บแปลบๆ เหมือนถูกเข็ม

ทิมหรือไฟช็อต รู้สึกเหมือนมึนตหรือแมลงไต่ เดินเซ/การทรงตัวไม่ดี รองเท้าหลุดจากเท้าเวลาเดิน และความรู้สึกทางเพศลดลง โดยประเมินการรับรู้ว่าการว่ามีอาการ หรือไม่มีอาการ หากมีอาการจะประเมินเป็นระดับความถี่ของอาการ ระดับความรุนแรงของอาการ และระดับความทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน

3.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า การศึกษาของ Alvarez-Guisasa, Yin, Nocea, Qiu, and Mavros (2010) พบอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน (<0.0001) และในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ความรุนแรงและความถี่ของอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย (Currie et al., 2006) มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าพบว่า ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียความรู้สึกประสาทส่วนปลาย (Diabetic neuropathy) (Ribu, 2007) และความผิดปกติของหลอดเลือดส่วนปลายทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย (Tennvall & Apelqvist, 2000) มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า จะได้รับความทุกข์ทรมานจากการเป็นแผลที่เท้า (Shahi et al., 2012) อีกทั้งมีการศึกษาเชิงคุณภาพในประเทศไทย พบว่าแผลที่เท้าส่งผลต่อการเกิดข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวเนื่องจากมีอาการรู้สึกเหนียว (Saneh Khunkaew, Tungpunkom, Sim, & Fernandez, 2018) จึงสรุปได้ว่า ประสบการณ์การมีอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

3.2 ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดสูงกว่าปกติ ถือเป็นการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาในร่างกายที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hemoglobin A1c: HbA1c) ไว้ดังนี้

3.2.1 ความหมายระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

American Diabetes Association (2017) กล่าวว่า ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด เป็นการตรวจที่บ่งบอกถึงค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในช่วง 3 เดือน เนื่องจากเม็ดเลือดแดงมีอายุเพียง 120 วัน

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (2555) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด หมายถึง ระดับน้ำตาลเฉลี่ยในระยะเวลา ประมาณ 2-3 เดือน โดยปกติมีค่า ประมาณ 4-6 %

สำนักงานชั้นสูตรสาธารณสุข (2015) กล่าวว่า ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด หมายถึง ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ที่เกิดจากน้ำตาลในเลือดไปจับกับฮีโมโกลบินซึ่งเป็นโปรตีนในเม็ดเลือดแดง เป็นตัวบ่งบอกถึงระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

จากความหมายที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ให้คำนิยามศัพท์ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด คือ ผลการตรวจเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท่าที่แสดงถึงปริมาณน้ำตาลสะสมในกระแสเลือดเฉลี่ยช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา นับจากวันที่ทำการตรวจมีหน่วยเป็นเปอร์เซ็นต์

3.2.2 เกณฑ์การแปลผลระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

1) ใช้เพื่อการวินิจฉัยโรคเบาหวาน (American Diabetes Association 2018)

ระดับFPG <100 mg/dl : HbA1c < 5.7 % (ค่าปกติ)

ระดับ FPG 100-125 mg/dl : HbA1c 5.7-6.4 % (ภาวะก่อนเบาหวาน)

ระดับ FPG \geq 126 mg/dl : HbA1c \geq 6.5 % (เบาหวาน)

2) สำหรับใช้ประเมินติดตาม ค่าความสัมพันธ์และเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า (FPG) กับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ของสมาคมโรคเบาหวานสหรัฐอเมริกา(American Diabetes Association 2015) ได้ดังนี้

ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า FPG 126 mg/dl (HbA1c 6 %)

ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า FPG 154 mg/dl (HbA1c 7 %)

ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า FPG 183 mg/dl (HbA1c 8 %)

ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า FPG 212 mg/dl (HbA1c 9 %)

ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า FPG 240 mg/dl (HbA1c 10 %)

ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า FPG 269 mg/dl (HbA1c 11 %)

ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า FPG 298 mg/dl (HbA1c 12 %)

3) เป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด(HbA1c) สำหรับผู้ใหญ่ โดยสมาคมโรคเบาหวานสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association, 2017) ได้กำหนดไว้ดังนี้

ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด HbA1c < 7 % ตั้งเป้าหมาย

ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด HbA1c 7-8 % ถือว่าผู้ป่วยควบคุมได้พอใช้

ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด HbA1c >8 % ถือว่าผู้ป่วยควบคุมไม่ได้ตามเกณฑ์

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท่าควรควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนมื้ออาหารเช้า ให้น้อยกว่า 140 mg/dl (ฉิติ สนับบุญ และปนัดดา ศรีจอมขวัญ, 2560) และในการประเมินระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด(HbA1c) ครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้ตามแนวทางของสมาคมโรคเบาหวานสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association, 2017) ซึ่งบ่งบอกถึงการควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดในช่วง 3 เดือน

3.2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท่า มีการศึกษาพบว่า เมื่อระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลง ร้อยละ 5 มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจร้อยละ 1 (Lau, Qureshi,

& Scott, 2004) และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Kossioris and Karousi (2015) พบว่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) > 58 mmol/mol มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lau et al. (2004) พบว่า ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน ($p < 0.005$) และการศึกษาของ Ribu (2007) พบว่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ($p < 0.05$) กล่าวคือ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

3.3 ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า นับเป็นกระบวนการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกาย การทำหน้าที่ของเซลล์ โมเลกุล พยาธิสภาพที่ผิดปกติและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ดังนั้นภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงไว้ดังนี้

3.3.1 ความหมายภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

Orasanu and Plutzky (2009) ให้ความหมาย ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เป็นลักษณะทางกายภาพที่มีความเกี่ยวข้องของระหว่างภาวะน้ำตาลในเลือดสูงกับหลอดเลือด ซึ่งนำไปสู่ความเสียหายระยะยาวต่ออวัยวะต่างๆ เช่น ตา ไต และหัวใจ

กิงกาญจน์ เพียรไพรงาม (2554) ให้ความหมาย ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ว่าเป็นโรคที่เกิดจากการเสื่อมสภาพด้านร่างกายในผู้ป่วยเบาหวานที่มาจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานาน ประกอบด้วย การเสื่อมของเส้นประสาท เบาหวานขึ้นจอประสาทตา ไตเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ

ณัฐพงศ์ โฆษขุนพันธ์ (2556) ให้ความหมาย ภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานเป็นผลจากการควบคุมภาวะระดับน้ำตาลได้ไม่ดี

วรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล (2554) ให้ความหมาย ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน หมายถึง โรคเรื้อรังที่เป็นภายหลังจากการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และ ชนิดที่ 2 แบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดเล็ก ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่ตา ภาวะแทรกซ้อนที่ไต และภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดขนาดใหญ่ ได้แก่ ภาวะหลอดเลือดหัวใจ ภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

สารัช สุนทรโยธิน และภิญญัฐ บุรณะทรัพย์ขจร (2555) ให้ความหมาย ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงส่งผลกระทบต่อหลอดเลือดขนาดใหญ่และขนาดเล็ก ที่ทำให้การทำงานของอวัยวะนั้นๆเสื่อมลง เป็นสาเหตุการเจ็บป่วย พิการ และตาย

ดังนั้น ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่พบในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า จึงหมายถึง จำนวนโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงส่งผลต่อหลอดเลือดขนาดใหญ่ (Macrovascular complications) และหลอดเลือดขนาดเล็ก (Microvascular complications) ที่ทำให้การทำงานของอวัยวะนั้นๆเสื่อมลง

3.3.2 องค์ประกอบของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

การที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานซึ่งแบ่งได้เป็นชนิดเฉียบพลัน และชนิดเรื้อรัง (ปัญญาวีชร ปรากฏผล และคณะ, 2558; ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553; อรพินท์ สีขาว, 2559)

1) ภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลันโรคเบาหวาน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะความเป็นกรดจากคีโตน (Hyperglycemia and Diabetes Ketoacidosis) และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)

2) ภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรังแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดใหญ่ ได้แก่ โรคหลอดเลือดโคโรนารี โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดส่วนปลาย และการติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดเล็ก ได้แก่ โรคจอประสาทตา เนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยง โรคหลอดเลือดไต และภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ได้แก่ การมีพยาธิสภาพระบบประสาทที่รับรู้ความรู้สึก มีพยาธิสภาพของระบบประสาทอัตโนมัติอวัยวะดังนี้ รูมาตดา เส้นเลือดหัวใจ ระบบทางเดินอาหาร และ ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นแผลที่เท้า จัดอยู่ในกลุ่มภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังของโรคเบาหวานที่ผสมผสานระหว่างหลอดเลือดและโรคของระบบประสาท (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2553)

ดังนั้น การศึกษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่พบในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ผู้วิจัยศึกษาจากภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง ที่เกิดกับหลอดเลือดใหญ่ ได้แก่ โรคหลอดเลือดโคโรนารี โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดส่วนปลาย และการติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดเล็ก ได้แก่ โรคจอประสาทตา เนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยง โรคหลอดเลือดไต และภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท

3.3.3 แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

1) Quah et al. (2011) ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเบาหวานกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วยโรค หลอดเลือดสมอง(Stroke) เลือดหลอดเลือดหัวใจ(Ischaemic Heart Disease) โรคไต(Kidney Disease) โรคหลอดเลือดส่วนปลาย(Perippheral Vascular Disease) และโรคตา(Eye Disease)

1) โรคหลอดเลือดโคโรนารี: ประเมินได้จากการซักประวัติ การวินิจฉัยโรค และการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) บันทึกในเวชระเบียนพบ ST segment elevation >0.5 mm or >0.1,

new case bundle branch block ST segment depression >1mm, dynamic T wave Inversion, Q wave (สุรัตน์ บุญยี่น, 2559) ผลการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (echocardiography) ผลการตรวจ Coronary computed tomography angiography (CTA) และ coronary calcium ผลการตรวจ Cardiac magnetic resonance (CMR) ผลการตรวจ exercise stress test (EST) (พงษ์พันธ์ จิตต์ธรรม, 2015) และประวัติการรับประทานยา

2) โรคหลอดเลือดสมอง: ประเมินได้จากการซักประวัติ การวินิจฉัยโรค และได้รับการตรวจด้วย CT scan หรือ MRI ที่บอกถึงความผิดปกติของหลอดเลือดทั้งชนิดโรคหลอดเลือดสมองแตก และโรคหลอดเลือดสมองตีบ (สุรัตน์ บุญยี่น, 2559) และประวัติการรับประทานยา

3) โรคหลอดเลือดส่วนปลาย : ประเมินได้จากการซักประวัติ ลักษณะทางคลินิก แรกเริ่ม อาการปวดจะค่อยเริ่มภายหลังจากเดินได้ระยะหนึ่ง เมื่อเดินเพิ่มต่อไปอาการปวดขาจะรุนแรงเพิ่มขึ้น การตรวจความผิดปกติของชีพจร การตรวจความดันหลอดเลือดขา (Ankle-Brachial Index:ABI) ค่า ABI ที่ได้จะแสดงถึงระดับความรุนแรง (สุพักตรา เจษฎาภัทรกุล และนวพร ชัชวาล พาณิชย์, 2559) การตรวจภาพถ่ายรังสี เช่น CT angiogram, MRA รวมกับการฉีดสี สามารถบอกลักษณะหลอดเลือดตีบตันได้(กิตติพันธ์ ฤกษ์เกษม, 2559 #628)

4) โรคจอประสาทตา : ประเมินได้จากการซักประวัติ การวินิจฉัยโรคซึ่งมีการระบุเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ตา (ยุพิน ภูวงษ์ และสมเดช พิณจุสนทร, 2557b) การตรวจวัดสายตา (Visual Acuity: VA) (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์, 2555)

5) โรคไต : ประเมินได้จากการซักประวัติ การวินิจฉัยโรค และการวินิจฉัยเป็นโรคไต ดูได้จากค่า Microalbumin ในปัสสาวะ และการทำงานของ glomerular filtration rate (GFR) ซึ่งมีการแบ่งโรคไตออกเป็น 5 ระยะ (วรารคณา พิชัยวงศ์, 2558; สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558) ดังนี้ ระยะที่ 1 ค่า GFR ≥ 90 (ml/min/1.73 m²) ตรวจพบโปรตีนไข่ขาวรั่วในปัสสาวะเป็นครั้งคราว ระยะที่ 2 ค่า GFR 60-89 (ml/min/1.73 m²) ระยะที่ 3a ค่า GFR 45-59 (ml/min/1.73 m²) ค่าscr อยู่ในช่วง 1.2-2 มิลลิกรัม/เดซิลิตร พบโปรตีนไข่ขาวรั่วในปัสสาวะ 30-300 มิลลิกรัม/วัน ระยะที่ 3b ค่า GFR 45-59 (ml/min/1.73 m²) ระยะที่ 4 ค่า GFR 15-29 (ml/min/1.73 m²) ค่า scr อยู่ในช่วง 3-5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ตรวจพบโปรตีนไข่ขาวในปัสสาวะ > 300 มิลลิกรัม/วัน ระยะที่ 5 ค่า GFR < 15 (ml/min/1.73 m²)

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ การประเมินภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่พบได้ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท้า ผู้วิจัยประเมินภาวะแทรกซ้อนตามการประเมินของ Quah et al. (2011) โดยผู้วิจัยทำการสาประเมินจากการศึกษาข้อมูลจากการซักประวัติ และข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยประกอบด้วย ประวัติการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ผลการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (echocardiography) ผลการตรวจ Coronary computed tomography angiography

(CTA) ผลการตรวจ Cardiac magnetic resonance (CMR) การตรวจด้วย CT scan หรือ MRI ผลการตรวจ exercise stress test (EST) การตรวจวัดสายตา (Visual Acuity: VA) ผลการตรวจค่า Microalbumin ในปัสสาวะ และ glomerular filtration rate (GFR) ตั้งแต่ระยะที่ 3a ค่า ถึงระยะที่ 5 และประวัติการรับประทานยา

3.3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า การทบทวนวรรณกรรม ของ Garcia-Morales et al., (2011) พบว่า ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ($p < 0.001$) การศึกษาของ Yekta et al. (2011) พบว่า ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ($p < 0.01$) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Kossioris and Karousi (2015) พบว่า ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ($p < 0.001$) โดยภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ($p = 0.007$), โรคหลอดเลือดหัวใจ ($p = 0.002$) และโรคไต ($p = 0.006$) (Quah, Luo, Ng, How, & Tay, 2011)) จึงสรุปได้ว่า จำนวนภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

3.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล (Characteristics of the Individual) สามารถมองได้หลายด้านโดยขึ้นอยู่กับบริบทที่มองพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีทฤษฎีหลัก คือ การควบคุมตนเอง (Self-regulation) ที่ระบุว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-care behavior) (Skinner, Craddock, Arundel, & Graham, 2003) นักวิชาการหลายท่านได้กล่าว ดังนี้

3.4.1 ความหมายพฤติกรรมการดูแลตนเอง

Ferrans et al. (2005) กล่าวถึง พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยส่วนบุคคลด้านจิตใจที่เป็นแรงจูงใจในการขับเคลื่อน หรือการปฏิบัติพฤติกรรมที่ทำให้เกิดการควบคุมปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพ

Orem (2001) (as cited in Hartweg (1991) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นความสามารถของบุคคล บุคคลดำเนินการด้วยตนเองในการประเมิน หรือตรวจสอบสิ่งที่สามารถทำได้และควรทำ ในการรู้ ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับ ตัดสินใจว่าจะทำอะไรได้บ้าง

ภาวนา กิริติยวงศ์ และสมจิต หนูเจริญกุล (2010) ได้กล่าวถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรมีการจัดการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ

หรือใกล้เคียงปกติได้ยาวนานที่สุด โดยจัดการดูแลตนเองในเรื่อง การควบคุมอาหาร การรับประทาน อาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้า สังเกตอาการ

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (2557) กล่าวถึงพฤติกรรมจัดการดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำที่มีการปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การมีพฤติกรรมดี อังคินันท์ อินทรกำแหง และอนันต์ มลารัตน์ (2556)ได้กล่าวถึงพฤติกรรมจัดการดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำที่ทำให้ตนเองมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพร่างกาย จิตใจ ที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมจัดการตนเอง (Self-management) สามารถมองได้หลายหลายด้านโดยขึ้นอยู่กับบริบท ที่จะมอง ซึ่งการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีทฤษฎีหลัก คือ ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation) ที่ระบุว่า พฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง พฤติกรรมจัดการดูแลตนเอง (Self-care behavior) (Skinner et al., 2003)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิด พฤติกรรมจัดการดูแลตนเองของ Orem (2001) มาเป็นแนวคิดพื้นฐาน ให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ดังนั้น พฤติกรรมจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า จึงหมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคล ในการควบคุมตนเองแต่ละด้าน เพื่อให้สอดคล้องกับโรคและแผนการรักษา และเกิดผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

3.4.2 องค์ประกอบพฤติกรรมจัดการดูแลตนเอง

Toobert, Hampson, and Glasgow (2000) กล่าวว่า พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานประกอบด้วย 5 ด้าน คือ

- 1) การควบคุมอาหาร ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม เป็นอาหารที่แลกเปลี่ยนกันได้ การรับประทานอาหารตรงเวลา การจำกัดแป้ง หรือน้ำตาล
- 2) การรับประทานยา บริหารยาให้เหมาะสมกับการออกฤทธิ์ของยา
- 3) การออกกำลังกาย ได้แก่ การเลือกชนิดการออกกำลังกายและความหนัก (Intensity) ของการออกกำลังกาย
- 4) การดูแลเท้า ได้แก่ การทำความสะอาด ตรวจสอบสภาพผิวหนังที่เท้า
- 5) การสังเกตอาการ ได้แก่ การสังเกตอาการหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน เช่น อาการระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือสูง เป็นต้น

American Diabetes Association (2009) กล่าวถึง องค์ประกอบในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

1) ทักษะการจัดการเมื่อเกิดปัญหา ได้แก่ การจัดการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ/สูงเกินไป การแก้ปัญหาเมื่อมีภาวะการเจ็บป่วย ทักษะการบริหารจัดการเรื่องยาและอินซูลิน การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการดูแลเท้า

2) ทักษะในการบริหารจัดการในแต่ละวัน ได้แก่ ความรู้กระบวนการของการจัดการเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การช้ยา การควบคุมระดับน้ำตาล การตั้งเป้าหมาย การลดพฤติกรรมเสี่ยง การมีความรู้เรื่องภาวะแทรกซ้อน การจัดการอารมณ์และความเครียด

American Association of Diabetes Educators (2019) กล่าวถึง 7 พฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ผู้ให้ความรู้ควรให้ความสำคัญ ดังนี้

1) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (Healthy eating) คือ การเลือกรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจในสัดส่วน ขนาดอาหารที่รับประทานได้ ผลกระทบของอาหารที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด รวมถึงการมีทักษะในการอ่านฉลากอาหาร เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

2) การออกกำลังกาย (Being active) คือการออกกำลังกายที่เหมาะสม ช่วยควบคุมระดับน้ำตาล ควบคุมน้ำหนักตัว และเป็นการออกกำลังกายที่มีความ เพราะการออกกำลังกายกล้ามเนื้อและไขมันจะใช้น้ำตาลเพิ่มขึ้น เนื้อเยื่อในร่างกายตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินได้ดี

3) การแก้ปัญหา (Problem solving) เป็นทักษะในการแก้ปัญหา ที่ผู้ป่วยเบาหวานอาจพบเจอในแต่ละวัน เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ผู้ป่วยต้องมีความรู้ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับ อาหาร การออกกำลังกาย และยา

4) การลดความเสี่ยง (Reducing risk) เป็นพฤติกรรมดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพ เช่น การตรวจเท้า ตรวจตา ตรวจฟัน การเลิกบุหรี่ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยต้องเข้าใจเป้าหมายการรักษา วิธีการป้องกันตนเองในการลดความเสี่ยงต่างๆ เช่น การตรวจสอบตนเองเกี่ยวกับระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น

5) การเผชิญปัญหาสุขภาพ (Healthy coping) ปัจจัยทางด้านจิตใจและสังคมส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต ความเครียดทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมน มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น ภาวะทางจิตใจมีผลโดยตรงต่อสุขภาพ และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อแรงจูงใจของบุคคลในการควบคุมโรค ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยพบเจอปัญหา หรือเกิดภาวะเครียดควรจัดการกับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ ที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง

6) การช้ยา (Taking medication) การช้ยารักษาโรคเบาหวานขึ้นอยู่กับชนิดของโรคเบาหวาน ผู้ป่วยจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับยาแต่ละตัว วิธีการออกฤทธิ์ของยา ผลข้างเคียงของยา กำหนดเวลาที่เหมาะสม เป็นต้น

7) การตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือด (Monitoring) การตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองทุกวัน เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยมีข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการควบคุมโรคเบาหวาน ช่วยให้ผู้ป่วยรู้ว่าสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้หรือไม่ นอกจากตรวจระดับน้ำตาลในเลือดแล้วผู้ป่วยยังต้องตรวจวัดระดับความดันโลหิต ตรวจคีโตนในปัสสาวะ ควบคุมระดับน้ำตาลหนักตัว ตรวจตา และเท้าร่วมด้วย

โดยสรุป องค์ประกอบพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่แท้จริงประกอบไปด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การประเมินตนเอง และการดูแลเท้า ซึ่งองค์ประกอบที่กล่าวข้างต้น นับเป็นองค์ประกอบที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการหายของแผล หากผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท้ามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสม จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Vedhara et al., 2014)

3.4.3 แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

1) แบบประเมิน The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure (SDSCA) พัฒนาโดย Toobert, Hampson, and Glasgow (2000) ประกอบด้วยการประเมิน 5 ด้าน คือ การควบคุมอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การดูแลเท้า และการสังเกตอาการ ถูกนำไปใช้ในการศึกษา คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โดย Jannoo, Wah, Lazim, & Hassali (2017) มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค 0.59-0.74 และในประเทศไทยได้ถูกนำมาพัฒนาโดย ภาวนา กิรติยตวงศ์ (2548) ถูกนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท้าโดย วรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล (2554) มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค 0.78

2) แบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ของ สุปรียา เสียงดัง (2560) ประกอบด้วยการประเมิน 5 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการดูแลรักษาต่อเนื่อง มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค 0.70

3) แบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อภิรักษ์ แสนใจ และปัทมา สุพรรณกุล (2561) แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร เพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การแก้ปัญหา การลดความเสี่ยง การเผชิญปัญหาสุขภาพ การใส่ใจ และการตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 24 ข้อ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค 0.75

4) แบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานของ Olson et al. (2009) ถูกนำมาแปลและดัดแปลงศึกษาในประเทศไทยโดย Khunkaew, Fernandez, and Sim (2019) เพื่อศึกษาการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท้า ประกอบด้วย การดูแลเท้า การทำ

ความสะอาดเท้า การแช่เท้า การทดสอบอุณหภูมิ การดูแลความชุ่มชื้น การกำจัดเนื้อแข็ง การตรวจดูร่องเท้า การสวมใส่รองเท้าที่เหมาะสม และการเดินเท้าเปล่า

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure (SDSCA) ของ Toobert, Hampson, and Glasgow (2000) เพื่อให้ครอบคลุม พฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า อีกทั้งในต่างประเทศแบบประเมินนี้ถูกนำไปศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานโดย Jannoo, Wah, Lazim, & Hassali (2017) สำหรับในประเทศไทยมีการนำมาปรับใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โดย วรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล (2554) มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค 0.78

3.4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาของ Sutin (1998) พบว่า พฤติกรรมดูแลเท้าและแผลที่เท้าด้วยตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่พึ่งอินซูลินที่มีคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ที่ 14.50 นับว่าเป็นระดับต่ำ ในต่างประเทศมีการศึกษาของ Jannoo, Wah, Lazim, & Hassali (2017) พบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน ($\beta = 0.11$, $p = 0.040$) และในประเทศไทยมีการศึกษาของ วรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล (2554) และ พบว่า การจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ($r = 0.36$) ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าพฤติกรรมดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

3.5 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า เป็นสิ่งที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ รวมถึง อิทธิพลของครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางด้านสุขภาพ ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า นับเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคม ไว้ดังนี้

3.5.1 ความหมายการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการติดต่อสื่อสาร การได้รับข้อมูลและทำให้บุคคลนั้นเชื่อว่า ยังมีผู้ให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ เห็นคุณค่า และได้รับการยกย่องซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

House et al. (1981) (as cited in House, Umberson, and Landis (1988) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คู่สมรส สมาชิกองค์กร ด้านการช่วยเหลือข้อมูลข่าวสารวัตถุประสงค์ของ การสนับสนุนด้านจิตใจ ผลให้แสดงออกทางพฤติกรรมที่มีสุขภาพที่ดี

Schaefer et al. (1981) กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคลให้เผชิญกับความปัญหาและความเครียด

Thoits (1995) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มบุคคลในระบบสังคม ด้านจิตใจ อารมณ์ ข่าวสาร คำแนะนำที่ทำให้บุคคลนั้นสามารถอยู่ในสังคมได้เหมาะสม

ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือ เอาใจใส่ในด้านต่างๆ อาทิ การให้ข้อมูลข่าวสาร การบริการ ร่วมทั้งใส่ใจด้านอารมณ์ เพื่อให้บุคคลนั้นรู้สึกมีคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข จากสมาชิกในครอบครัว

3.5.2 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) แบ่งองค์ประกอบการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน ดังนี้

- 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกมีค่า ได้รับความรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่
- 2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นการแสดงที่บุคคลนั้นมีความหมายต่อบุคคลอื่น การได้รับการยอมรับในสังคม
- 3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social support or network) เป็นการแสดงให้บุคคลนั้นมีส่วนร่วมในสังคม เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม

House et al. (1981) (as cited in House et al., 1988) กล่าวถึง องค์ประกอบการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน คือ

- 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ ได้แก่ การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง ผลกระทบจากการเจ็บป่วย ความไว้วางใจ ความห่วงใย การรับฟังสิ่งต่าง
- 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้คำแนะนำ ข้อเท็จจริง แนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับโรค หรือทางเลือกที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหา
- 3) การสนับสนุนทางวัตถุ สิ่งของ การเงิน หรือแรงงาน ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือด้วยการแบ่งภาระงาน ให้เวลา เงินหรือสิ่งของ
- 4) การสนับสนุนทางสังคมโดยการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal support) ได้แก่ การให้ข้อมูลย้อนกลับ การยอมรับในสิ่งที่คนอื่นแสดงออกมา

Schaefer et al. (1981) แบ่งองค์ประกอบการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน

- 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) ได้แก่ ความผูกพัน ความเชื่อถือ ไว้วางใจ ความใกล้ชิด สิ่งเหล่านี้ส่งเสริมให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าตนเองได้รับความรักความเอาใจใส่

2) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรง ด้วยการให้สิ่งของ เงินทอง และบริการ

3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำการแก้ไขปัญหา การให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล

Thoits (1995) แบ่งองค์ประกอบการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ด้าน คือ

1) การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ เป็นความห่วงใย เอาใจใส่ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ที่ได้มาจากบุคคลใกล้ชิด

2) การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า เป็นการทำให้บุคคลรู้สึกเป็นที่ยอมรับ และเห็นคุณค่าในตนเอง

3) การสนับสนุนทางสังคมด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นการทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้เกิดความผูกพัน

4) การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร คือ การให้คำแนะนำ ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมของบุคคล

5) การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ เป็นการให้การช่วยเหลือบุคคลในด้านสิ่งของ บริการต่างๆ เงินทอง แรงงาน เป็นต้น

3.5.3 เครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคม

เครื่องมือที่ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมมีหลากหลาย เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นมโนทัศน์หลายมิติ ด้านเครือข่ายทางสังคมประเภทการสนับสนุนทางสังคม

1) Social Support Questionnaire (SSQ) ได้รับการพัฒนาโดย Sarason และคณะในปี 1983 มีจำนวน 27 ข้อ แต่ละข้อคำถามจะประกอบด้วย บุคคลที่สามารถพึ่งพา ความพึงพอใจในการสนับสนุนที่ได้รับ คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่าจาก 1 คะแนน หมายถึง พึ่งพอใจมาก 6 คะแนน หมายถึง ไม่พึ่งพอใจ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค 0.94

2) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ กนกอร พูนเปี่ยม (2558) ซึ่งดัดแปลงมากจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมจากแนวคิดของ House (1981) และถูกนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่มีภาวะจอประสาทตาเสื่อม มี 14 ข้อคำถาม เป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนรวมสูงหมายถึง ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับดี ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค 0.86 และแนวคิดของ House (1981) ถูกนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โดย วรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล (2554) มี 14 ข้อคำถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค 0.90

3) แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ สมณรักษ์ สุวรรณทรัพย์ ยุวดี ลีลคณา วีระ และวรรณรัตน์ ลาวัง (2559) โดยสร้างมาจากแนวคิดของ Cobb (1976) ร่วมกับแนวคิดของ Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) ถูกนำมาใช้ในกลุ่มผู้พิการด้านการเคลื่อนไหว ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ เงิน และบริการ ด้านการได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ เนื้อหาครอบคลุมการรับรู้ว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.93

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมสร้างมาจากแนวคิดของ Cobb (1976) ร่วมกับแนวคิดของ Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) ของสมณรักษ์ สุวรรณทรัพย์ ยุวดี ลีลคณา วีระ และวรรณรัตน์ ลาวัง (2559) ได้นำมาใช้ในกลุ่มผู้พิการด้านการเคลื่อนไหว และผู้วิจัยนำมาดัดแปลงให้เข้ากับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับงานวิจัยเชิงคุณภาพในประเทศไทยของ Khunkaew et al. (2018) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า มีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว และภาพลักษณ์ที่เกิดจากการเป็นแผล ซึ่งประเด็นดังกล่าวมีความแตกต่างกับผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีแผลที่เท้า แต่มีความใกล้เคียงกับปัญหาของผู้ป่วยที่มีความพิการด้านการเคลื่อนไหว

3.5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ส่งผลลัพธ์ระยะยาวที่ดีต่อผู้ป่วย (อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ, 2010) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นกระบวนการรับรู้ของบุคคล ที่ช่วยประคับประคองจิตใจ เมื่อต้องเผชิญกับความเครียดในชีวิต (Schaefer et al., 1981) การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยที่มีความพิการด้านการเคลื่อนไหว ส่งผลต่อความสุข ความพึงพอใจในชีวิต จึงสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ ($b=.006$) (สมณรักษ์ สุวรรณทรัพย์ ยุวดี ลีลคณา วีระ และวรรณรัตน์ ลาวัง, 2559) การศึกษาของ Bowen et al. (2015) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ($r = 0.371, p < 0.0001$) และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าที่มีระดับความรุนแรงของแผลมากกว่า มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีกว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของแผลน้อยกว่า เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าที่มีระดับความรุนแรงของแผลมากกว่าจะได้รับการดูแลแผลที่ดี ในด้านการเลือกใช้อุปกรณ์ เช่น รองเท้าที่เหมาะสม จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น (Kossioris & Karousi, 2015) สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

4. การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าในระดับตติยภูมิ

ตามมาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ในระดับตติยภูมิ บุคลากรทางสุขภาพจะต้องมีความรู้ ความสามารถ ทักษะทางการพยาบาล การสื่อสาร ถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้มาใช้บริการเข้าใจภาวะสุขภาพและสามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ดังนั้นพยาบาลจึงมีกิจกรรมทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าในด้านต่างๆ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2560; สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ได้แก่

4.1 การประเมินภาวะสุขภาพ

4.1.1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป เช่น อายุ รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ แหล่งสนับสนุนทางสังคม ชักประวัติ/ตรวจคัดกรอง อาการในปัจจุบัน อาการปวดที่ขาหลังเดินสักระยะ อาการขาบริเวณปลายมือ ปลายเท้า ประวัติการรักษาแผลหรือการถูกตัดนิ้วเท้า/เท้า/ขา การผ่าตัดเส้นเลือด ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน รวมถึงชั่งประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง

4.1.2 การประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อจำแนกตามสาเหตุการเกิดแผลที่เท้า ดังนี้

1) ประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือด สังเกตลักษณะ พบผิวหนังมัน ไม่มีขน ลักษณะบาดแผลที่เกิดจากการขาดเลือด (Ischemic ulcer) มักเกิดบริเวณปลายนิ้ว รวมทั้งสันเท้า และเมื่อสัมผัสผิวหนังจะรู้สึกเย็น คลำชีพจรบริเวณหลังเท้าไม่พบหรือเบาอาจส่งตรวจ ankle-brachial index เพื่อประเมินการไหลเวียนและสภาพของหลอดเลือด

2) ประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบประสาท สังเกตลักษณะ พบเท้างอจิกพื้น (claw toes) การอ่อนแรง ฝ่ามือของกล้ามเนื้อ บริเวณฝ่าเท้ามี callus ผิวแห้ง มีการขยายของ dorsal vein เป็นต้น และทำการตรวจอาการขาบริเวณปลายเท้าด้วย Monofilament

4.2 การประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง และการดูแลเท้า ได้แก่ ประวัติการสูบบุหรี่ กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ การออกกำลังกาย การควบคุมระดับน้ำตาล ระดับไขมัน และความดันโลหิต การมาตรวจตามนัด การดูแลความสะอาดเท้า รวมถึงการเลือกรองเท้าที่เหมาะสม

4.3 การพยาบาลในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

4.3.1 จำแนกระดับของแผล ระบุความกว้าง ยาว ลึก ลักษณะพื้นแผล ขอบแผล และปริมาณสิ่งคัดหลั่ง (Exudate) และลักษณะการติดเชื้อ/ไม่ติดเชื้อของแผล กรณีแผลมีการติดเชื้อ โดยพบอาการอย่างน้อย 2 ข้อต่อไป บวมเฉพาะที่ แดง กดเจ็บหรือมีอาการปวด สัมผัสอุ่น มีหนอง ควรส่งปรึกษาแพทย์เพื่อให้ยาปฏิชีวนะร่วมด้วย

4.3.2 การจัดการกับแผล ได้แก่ การล้างทำความสะอาดแผล การกำจัดเนื้อตายที่เหมาะสม และการเลือกวัสดุปิดแผล โดยประเมินจากลักษณะพื้นแผล ขอบแผล ปริมาณสิ่งคัดหลั่ง

ประวัติการแพ้ยา แผลที่มี granulation และ no exudate เลือกผลิตภัณฑ์ในกลุ่ม Hydrogel/Hydrocolloid แผลที่มี granulation และ exudate เลือกใช้ผลิตภัณฑ์ในกลุ่ม Hydrofiber/alginate/foam หากมีการติดเชื้อร่วมด้วย เลือกใช้ผลิตภัณฑ์กลุ่มที่มีส่วนผสมของ silver แผลที่มี เนื้อตาย (Necrotic) และ no exudate เลือกผลิตภัณฑ์ในกลุ่ม Hydrogel/Hydrocolloid ร่วมกับการทำการกำจัดเนื้อตาย แผลที่มี เนื้อตาย (Necrotic) และ exudate เลือกใช้ผลิตภัณฑ์ในกลุ่ม Hydrofiber/alginate/foam หากมีการติดเชื้อร่วมด้วย เลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของ silver ร่วมกับการกำจัดเนื้อตายร่วมด้วย

4.3.3 การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและการดูแลเท้า ที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผล อาทิ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย การบริหารเท้า การดูแลเท้า และการเลือกใส่รองเท้าที่เหมาะสมเพื่อลดแรงกด เป็นต้น

4.4 การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลใหม่ (care after cure) ได้แก่ การสอนวิธีดูแลเท้าด้วยตนเอง การสำรวจเท้า ตรวจสอบด้วยจุดแดง บวม ร้อน ตุ่มพอง รong ข้ำ และเล็บ การทำความสะอาดเท้า การสวมรองเท้าที่เหมาะสม การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ไขมัน และความดัน แนะนำให้งดสูบบุหรี่ พร้อมทั้งสภาวะจิตใจของผู้ป่วย เป็นต้น

4.5 การประสานงาน ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีแผลที่เท้า หรือมีประวัติการถูกตัดขา/นิ้วเท้า/เท้า จัดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง พยาบาลควรมีการส่งพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ พิจารณาตัดรองเท้าพิเศษ

4.6 การนัดตรวจติดตามพฤติกรรมกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วย นัดตรวจเท้าทุก 3 เดือน

จากที่กล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า การพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าใน โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ พยาบาลจำเป็นต้องทราบเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ เพื่อนำไปสู่การประเมินถึงสาเหตุ การกำหนดปัญหาและการปฏิบัติการพยาบาล ในการป้องกันการสูญเสียขา เท้า หรือนิ้วเท้าจากการลุกลาม และป้องกันการเกิดแผลใหม่ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) อีกทั้งเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าอย่างหลากหลาย ซึ่งพบว่าการศึกษาบางงานมีการใช้ชื่อเรื่องกล่าวถึงคุณภาพชีวิตแต่เนื้อหาภายในงานเป็นการใช้แบบประเมินเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงแบ่งการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

5.1.1 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

Kossioris and Karousi (2015) ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า จากงานทั้งหมด 49 เรื่อง คัดเหลือ 8 เรื่อง ที่ตรงกับคุณสมบัติการคัดเข้า ผลการศึกษาพบว่า การรักษาโรคเบาหวานโดยไม่ใช้ยา ขนาดแผลมากกว่า 5 เซนติเมตร ตำแหน่งการเกิดแผล ดัชนีมวลกายช่วง 25-29.9 ค่าซีรัมเคตินินมี มีความสัมพันธ์ด้านบวกต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ด้านระยะเวลาการเป็นเบาหวานมากกว่า 10 ปี, ระยะเวลาการเป็นแผล > 1 สัปดาห์ ถึง 3 เดือน, ภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคหัวใจ ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม > 58 mmol/mol มีความสัมพันธ์ด้านลบต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า และงานวิจัยทั้งหมดใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้แก่ SF-36, DFS, Euro-QOL-5D

Macioch (2017) ศึกษา คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ในกลุ่มประชากรผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าที่ได้รับการรักษาที่วิทยาลัยแพทย์ ประเทศโปแลนด์ จำนวน 212 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ DFS-SF ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าชาวโปแลนด์อยู่ในระดับต่ำ และพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ระดับสูงในด้านภาวะพึ่งพา/การใช้ชีวิตประจำวัน หน้าที่ทางกายภาพ $\rho=0.60$ และทางหน้าที่ทางสังคม $\rho=0.58$ โดยผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ที่ 62.5 ปี ร้อยละ 72 เป็นเพศชาย ระยะเวลาการเป็นเบาหวานเฉลี่ย 17.8 ปี ส่วนใหญ่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 79 อาศัยอยู่ในเมือง ระยะเวลาการเป็นแผลเท้าเบาหวานเฉลี่ย 4.4 ปี ร้อยละ 40 มีเป็นแผลระดับ superficial full-thickness และมีขนาดแผลเฉลี่ย 5.5 cm. มักเป็นแผลข้างเดียว ร้อยละ 89

Ribu (2007) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า จำนวน 127 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ SF-36 พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1C) และภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์ด้านลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เพศหญิงมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีกว่าเพศชายในด้านจิตใจ และด้านพลังกำลัง และผู้ที่ประกอบอาชีพจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่ประกอบอาชีพ

Sanjari et al. (2011) ศึกษา ผลกระทบของแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานต่อ คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ณ หอผู้ป่วยนอกประเทศอิหร่าน มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 132 คน เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า 54 คน และ 78 คน เป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีแผล ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ SF-36 พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าอยู่ในระดับต่ำสุดคือด้านหน้าที่ทางกายภาพ ซึ่งแผลที่เท้ามีผลกระทบด้านลบต่อคุณภาพชีวิตด้านหน้าที่ทางกายภาพ ($\beta = -11.3$; $p = 0.025$)

Sekhar (2015) ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระหว่างผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า(กลุ่มศึกษา) และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีแผลที่เท้า(กลุ่มควบคุม) ณ แผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมโรงพยาบาล Kasturba ประเทศอินเดีย โดยแบ่งกลุ่มละ 200 คน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งสองกลุ่ม โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ DFS-SF ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 23-27.5 kg/m² รักษาโรคเบาหวานด้วยการรับประทานยา ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า มีอายุเฉลี่ย 63.2 ปี ร้อยละ 86.5 เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 68.5 มีระดับ HbA1C >7.5 % ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน 17.6 ปี ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 14.3 วัน ร้อยละ 57.7 มีขนาดแผล ≥ 1 cm² ร้อยละ 46.5 เป็นแผลตำแหน่ง plantar digit และร้อยละ 52 ระดับความรุนแรง (Wagner grade) เป็น superficial

Yao et al. (2012) ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า จำนวน 131 คน ณ ชางไฮ โดยที่ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ SF-36 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับต่ำ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 67.5 ปี ระยะเวลาการเป็นเบาหวาน 13.78 ปี ผู้ป่วยร้อยละ 19.1 ไม่ได้รับการประเมิน sensation ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าส่วนใหญ่เป็นแผลระดับ 3 (แบ่งแบบWagner) พบว่าความรุนแรงของแผลเท้าเบาหวานมีความสัมพันธ์ด้านลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 8 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P < 0.01$) ($r = -0.47$) และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับ ความลึก การติดเชื้อ และระยะเวลาการหายของแผล ($r = 0.683$, $r = 0.612$ และ $r = 0.505$) ตามลำดับ

5.1.2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าที่ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

Nasiriziba, Rasouli, Safaei, Rokhafrooz, and Rahmani (2015) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ DFS-SF พบว่า ผู้ป่วยมีมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ ตำแหน่งการเกิดแผล จำนวนแผล เนื่องจาก แผลเท้าเบาหวานส่งผลกระทบต่ออาชีพ และปัญหาค่าใช้จ่าย ตำแหน่งการเกิดแผลที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต คือบริเวณสันเท้าและฝ่า

เท้า จำนวนการเป็นแผลจะส่งผลต่อความยุ่งยากในการดูแลแผล การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลเท้า นำไปสู่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น

Pedras (2016) ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า : ด้านความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และการทำหน้าที่ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 202 คน ในโรงพยาบาล 6 แห่งประเทศโปรตุเกส โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ SF-36 พบว่า มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายเฉลี่ยอยู่ที่ 45.1 และด้านจิตใจอยู่ที่ 43.05 ถือว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และร้อยละ 59.9 มีความวิตกกังวล และร้อยละ 37.6 มีภาวะซึมเศร้า โดยภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ด้านลบกับด้านจิตใจ ($r=-0.72$) ด้านร่างกาย ($r=-0.52$) ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ด้านลบกับด้านจิตใจ ($r=-0.498$) ด้านร่างกาย ($r=-0.267$) การทำหน้าที่ มีความสัมพันธ์ด้านบวกกับด้านจิตใจ ($r=0.498$) ด้านร่างกาย ($r=0.606$)

Sajel and Saranya (2017) ศึกษา คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีประสบการณ์เป็นแผลเท้าเบาหวาน จำนวน 160 คน ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ RAND SF-36 พบว่าเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าเพศชายในทุกมิติ และผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีอายุเฉลี่ย 45 ปี ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานอยู่ที่ 8-10 ปี ร้อยละ 57 มีโรคความดันโลหิตสูง และการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<0.0001) โดยอายุและหน้าที่ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ($r^2 = -0.570, p < 0.0001$)

Sari (2018) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าในประเทศอินโดนีเซีย โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ DFS มีกลุ่มตัวอย่าง 55 คน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระดับต่ำ ในด้านการทำกิจวัตรประจำวันและด้านอารมณ์ และร้อยละ 63.6 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยยาเกิน ร้อยละ 60 มีแผลอยู่ระดับ 2 ร้อยละ 72.7 มีแผลจำนวน 1 แผล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า คือ รายได้ ($p=0.004$) ระดับความรุนแรงของแผล ($p=0.047$) จำนวนแผล ($p=0.029$) และระดับน้ำตาลในเลือด ($p=0.013$)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นทั้งในต่างประเทศทั้งหมด 10 เรื่อง พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าในต่างประเทศ เห็นได้ว่าการใช้ชื่อเรื่องที่มีความสอดคล้องกับเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้งหมด 6 เรื่อง (Kossioris & Karousi, 2015; Macioch, 2017; Ribu, 2007; Sanjari et al., 2011; Sekhar, 2015; Yao et al., 2012) ส่วนวรรณกรรม 4 เรื่อง (Nasiriziba et al., 2015; Pedras, 2016; Sajel & Saranya, 2017; Sari, 2018; Spanos, 2017) พบว่า การใช้ชื่อเรื่องไม่มีความสอดคล้องกับเครื่องมือที่ใช้ประเมิน จึงแสดงให้เห็นว่า การศึกษาในต่างประเทศมีการใช้คำว่าคุณภาพชีวิต และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพแทนกัน (Milad & John, 2016) ซึ่งผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีคุณภาพชีวิตด้าน

สุขภาพอยู่ในระดับต่ำ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างต่ำสุด 55 คน สูงสุด 260 คน พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ การอาศัยอยู่ในเขตเมือง ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน ชนิดของโรคเบาหวาน การรักษาโรคเบาหวาน ดัชนีมวลกาย ค่าซีรั่มเคตินิน ตำแหน่งการเกิดแผล จำนวนแผล ระดับแผลที่เท้า ระยะเวลาการเป็นแผล ระยะเวลาการหายของแผล ระดับความรุนแรงของแผลที่เท้า ความลึก การติดเชื้อ การมีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม พฤติกรรมการไม่สวมรองเท้า การเสียความรู้สึกส่วนปลาย และความผิดปกติของหลอดเลือดส่วนปลาย อีกทั้งพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเพียง 1 เรื่อง ที่ศึกษาพบว่า ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการทำหน้าที่ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ในประเทศโปรตุเกส ซึ่งมีสภาพสังคม วัฒนธรรม ระบบสุขภาพแตกต่างจากประเทศไทย (สถานเอกอัครราชทูต ณ กรุงลิสบอน, 2555)

5.2 งานวิจัยในประเทศไทย

จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้เกิดความชัดเจน ผู้วิจัยจึงแบ่งการทบทวนวรรณกรรมที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าได้ดังนี้

5.2.1 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

กิ่งกาญจน์ เพียรไพรงาม (2554) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคเหนือตอนบน จำนวน 150 คน พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาคเหนือตอนบน อยู่ในระดับปานกลาง โดย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับความรุนแรงของแผลที่เท้า ($r=-0.282$ และ $r=-0.167$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตตามลำดับ

วรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล (2554) ศึกษา ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 160 คน พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ($r=0.369$ และ 0.510) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพตามลำดับ ระยะเวลาของแผลเท้าเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความรุนแรงของแผลเท้าเบาหวาน และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ($r=-0.316$ $r=-0.220$ $r=-0.389$ และ $r=-0.733$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตตามลำดับ

Navicharern (2012) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวาน การจัดการตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนมื้ออาหารเช้า และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประเทศไทย จำนวน 80 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น เพศชาย ระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นช่วงปฐม ระยะเวลาเป็นเบาหวาน >10 ปี ความรุนแรงส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 1 มีระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 130 mg /dl ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีคุณภาพชีวิตระดับปาน

กลาง พบการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนมื้ออาหารเช้า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ($r=0.35$ และ $r=-0.30$) ตามลำดับ

5.2.2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

Khunkaew et al. (2018) ศึกษา ประสบการณ์ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ที่อยู่ทางภาคเหนือของประเทศไทย จำนวน 13 คน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต เนื่องจากการเคลื่อนไหวถูกจำกัด และด้านอารมณ์ทำให้เกิดความวิตกกังวล ภาพลักษณ์กลัวการถูกตัดขา เพื่อหนายในการรักษา ในด้านการจัดการเกี่ยวกับการเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาเกี่ยวกับ ขาดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลที่เท้า เช่น การเลือกรองเท้า การดูแลเท้า การรับประทานอาหาร ดังนั้น พยาบาลควรแนวทางเกี่ยวกับการส่งเสริมความรู้ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

Khunkaew et al. (2019) ศึกษา คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ทางภาคเหนือของประเทศไทย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 41 คน ผลการการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 62.1 ปี ระยะเวลาการเป็นเบาหวานเฉลี่ย 12 ปี มีระดับ น้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดอยู่ที่ 8.1 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (Wagner's Grade) เป็นแผลระดับ 1 ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนสูงสุดในมิติด้าน การพึ่งพา/ใช้ชีวิตประจำวัน และมีคะแนนต่ำสุดในมิติด้าน ความกังวลเกี่ยวกับแผล และเรื่องการจัดการดูแลตนเอง พบว่าร้อยละ 51.2 ได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้กระจกในการตรวจได้ฝ่าเท้า การตัดเล็บ การดูแลความสะอาดเท้า การหลีกเลี่ยงอุณหภูมิร้อน/เย็น และการสวมรองเท้าที่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 51.2, 41.5, 34.1, 39 และ 12.2 ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบงานวิจัยเชิงคุณภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า 1 เรื่อง (Khunkaew et al., 2018) งานวิจัยเชิงปริมาณเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า 1 เรื่อง (S. Khunkaew et al., 2019) โดยใช้แบบประเมิน DFS-SF ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทำการศึกษาทางภาคเหนือ โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 41 คน และงานวิจัยเชิงปริมาณที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า 3 เรื่อง (Navicharearn, 2012; กิ่งกาญจน์ เพียรไพรงาม, 2554; วรณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล, 2554) ทำการศึกษาในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ภาคเหนือตอนบน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างต่ำสุด 80 คน และสูงสุด 160 คน ผลการศึกษ พบว่าตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนมื้ออาหารเช้า พฤติกรรมการจัดการตนเอง (Navicharearn, 2012) ระดับความรุนแรงของแผล ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้า (วรณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล, 2554) ($r= -0.30$,

$r = 0.369$, $r = -0.389$, $r = -0.220$, $r = 0.510$ และ $r = -0.733$ ตามลำดับ) ซึ่งการศึกษาทั้ง 3 เรื่องใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHO-BREF-THAI ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินสำหรับประชากรทั่วไปไม่มีความเฉพาะกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า เฉพาะในกรุงเทพมหานคร พบว่ามีศึกษาเพียง 1 โรงพยาบาล และศึกษาตัวแปรเพียงคุณภาพชีวิตและการจัดการตนเอง จึงไม่สามารถขยายผลที่เป็นตัวแทนในเขตกรุงเทพมหานคร

ดังนั้นจากที่กล่าวมา ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ที่เข้ารับบริการ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร และเลือกแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่มีความจำเพาะกับผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า คือ Diabetic Foot Ulcer Scale-short form (DFS-SF) รวมทั้งปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ได้แก่ ประสิทธิภาพการมีอาการ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ในฐานะพยาบาลซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในแผนกศัลยกรรมและมิบหยาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าจะนำผลการวิจัยครั้งนี้มาประยุกต์ในการประเมินและวางแผนการพยาบาล ตลอดจน การพัฒนารูปแบบการดูแล เพิ่มคุณภาพทางการพยาบาล ให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าอันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้น

6. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ทำให้ผู้วิจัยสรุปปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าและนำมากำหนดกรอบแนวคิดได้ดังนี้

CHULALONGKORN UNIVERSITY



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์การมีอาการ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน และมีแผลที่เท้า มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ที่เข้ารับบริการทำแผล ณ หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน และมีแผลที่เท้า มีอายุระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศหญิง และเพศชายที่เข้ารับบริการทำแผล ณ หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังต่อไปนี้

- 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคเบาหวาน และมีแผลที่เท้า ตั้งแต่ระดับความรุนแรง (Wagner grade) 1 คือมีการฉีกขาดของผิวหนังชั้นบน (superficial) ถึงระดับ 5 คือ มีการมองเห็นเนื้อตายทั้งเท้า
- 2) ผู้ป่วยสามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ ได้ตอบ พูดคุย อ่านหรือเขียนภาษาไทยได้
- 3) ผู้ป่วยมีประวัติการตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c)
- 4) ผู้ป่วยไม่มีภาวะบกพร่องทางจิต ประเมินจากการวินิจฉัยในแฟ้มประวัติของผู้ป่วย
- 5) ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตขณะเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยขอถอนตัวจากการวิจัย
- 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคเบาหวานโดยการควบคุมอาหารเพียงอย่างเดียว

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ โปรแกรม G*Power กำหนดอำนาจทดสอบ 0.90 กำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากการทบทวนตัวแปรที่ผู้วิจัยคาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (r) 0.3 (วรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล, 2554) เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha < .05$ จากที่กล่าวจึงคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 112 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Wood, White, & Thompson, 2004) เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 135 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มสถานที่การวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยมีวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละขั้นตอนดังนี้

1. จำแนกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร ได้จำนวน 6 สังกัด ได้แก่

1) สังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลกลาง, โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

2) สังกัดกระทรวงกลาโหม ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

3) สังกัดมหาวิทยาลัย ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามาธิบดี

4) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิศสิน และโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี

5) สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ

6) สังกัดสภาอากาศไทย ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภาอากาศไทย

2. ทำการสุ่มสังกัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ในอัตราส่วน 2:1 จาก 6 สังกัด ได้ 3 สังกัด ได้แก่ สังกัดกรุงเทพมหานคร สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดสภาอากาศไทย

3. ทำการสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดข้างต้น สังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้ผลการสุ่มดังนี้ สังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี และสังกัดสภาอากาศไทย ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

4 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลที่เข้ารับบริการ ณ หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภาอากาศไทย โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดยใช้สูตร Disproportionate Sampling (Fox, Hunn, & Mathers,

2009) เนื่องจากในแต่ละโรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ตามหลัก ICD 10 ที่หลากหลาย และจากการคำนวณทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 45 คน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 45 คน และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 45 คน

5. ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก ผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการทำแผล ณ. หอผู้ป่วยนอก แผนกศัลยกรรมในแต่ละโรงพยาบาล ในช่วงเวลา 8.00 – 16.00 น. ในวันจันทร์ – ศุกร์ ดังนี้

5.1 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 45 คน ตั้งแต่วันที่ 27 มกราคม 2563 ถึง 3 มิถุนายน 2563

5.2 โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 45 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 28 มกราคม 2563 ถึง 9 มิถุนายน 2563

5.3 โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 45 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 30 มกราคม 2563 ถึง 4 มิถุนายน 2563

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคล และประวัติการรักษา (n=135)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(n=135)	ร้อยละ
เพศ		
เพศชาย	91	67.4
เพศหญิง	44	32.6
รายได้		
น้อยกว่า 5,000 บาท	28	20.7
5,001 - 10,000 บาท	38	28.1
10,001 - 15,000 บาท	25	18.5
15,001 – 20,000 บาท	31	23
20,001 – 25,000 บาท	5	3.7
25,001 – 30,000 บาท	5	3.7
มากกว่า 30,000 บาท	3	2.2

(Mean = 12,950.37 , SD = 8073.05, Min = 0, Max = 50,000)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(n=135)	ร้อยละ
สถานภาพ		
โสด	27	20
คู่	83	61.5
หม้าย/หย่า/แยก	25	18.5
อาศัยอยู่กับ		
ครอบครัว	127	94.1
ตนเองลำพัง	8	5.9
จำนวนครั้งการเป็นแผลที่เท้า		
ครั้งที่ 1 (new case)	62	45.9
มากกว่า 1 ครั้ง (old case)	73	54.1
สิทธิการรักษา		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	67	49.6
ประกันสังคม	13	9.6
ผู้พิการ	10	7.4
ต้นสังกัด	20	14.8
เงินสด	20	14.8
อื่นๆ เช่น รัฐวิสาหกิจ	5	3.7
ชนิดการรักษาโรคเบาหวาน		
ยารับประทาน	84	62.2
ยาฉีด Insulin	35	25.9
ยารับประทานร่วมกับยาฉีด	16	11.9
ประวัติการสูบบุหรี่		
สูบ	5	3.7
ไม่สูบ	130	96.3
ได้รับการตรวจคัดกรองเท้า		
เคย	72	53.3
ไม่เคย	63	46.7

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(n=135)	ร้อยละ
ได้รับการอบรมการดูแลเท้า		
เคย	72	53.3
ไม่เคย	63	46.7
ระดับความรุนแรงของแผล		
1	1	0.7
2	101	74.8
3	32	23.7
4	1	0.7
ชนิดของการเป็นเบาหวาน		
เบาหวานชนิดที่ 1	4	3
เบาหวานชนิดที่ 2	131	97
จำนวนภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน		
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	57	42.2
มีภาวะแทรกซ้อน	78	57.8
มีจำนวน โรค		
1	58	43
2	15	11.1
3	5	3.7
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม		
ในเลือด(HbA1c)	35	25.9
<7 %	41	30.4
7-8 %	59	43.7
>8 %		
Mean = 8.39 , SD = 1.943		
ระดับน้ำตาลก่อนมื้ออาหารเช้า(FBS)		
Mean =188.04, SD = 6.43, Min =82, Max = 472		

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา

ตอนที่ 2 แบบสอบถามประสพการณ์การมีอาการ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพ อาศัยอยู่กับ สหิทธิการรักษา จำนวนครั้งการเป็นแผลที่เท้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ชนิดการรักษา โรคเบาหวาน ประวัติการสูบบุหรี่ การได้รับการตรวจคัดกรองเท้าเบาหวาน การอบรมการดูแลเท้า ชนิดของโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด และระดับน้ำตาลก่อนมื้ออาหารเช้า

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรค (สำหรับผู้วิจัยเก็บจากเวชระเบียน) ประกอบด้วย

1) ความดันโลหิตแรกเริ่ม ณ วันที่เข้าร่วมการวิจัย ระดับความรุนแรงของแผล ชนิดของโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลก่อนมื้ออาหารเช้า (FBS) การตรวจรักษา/ยารับประทาน

2) ประวัติการตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) แบ่งเป็น

<7 % ควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดได้ดี

7-8 % ควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดได้พอใช้

>8 % ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

3) ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ได้แก่ โรคหลอดเลือดโคโรนารี โรคหลอดเลือดสมอง เส้นเลือดขาอุดตัน โรคจอประสาทตา และโรคไต

เกณฑ์การให้คะแนน

ลักษณะการตอบ	คะแนน
มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน	1
ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน	0

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ทำได้โดย การรวมคะแนนภาวะแทรกซ้อนทุกอาการ

มีคะแนน ระหว่าง 0-5 คะแนน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

พัฒนาแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการด้วยการใช้แนวคิดพื้นฐานจากแบบจำลองการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับทบทวนเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลินของ Navicharern (1999) มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.77 และแบบประเมินประสบการณ์การมีอาการของระบบประสาทส่วนล่างเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานของ ธีรภรณ์ บุญล้อม (2558) มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.8 แบ่งออกเป็น อาการที่เกิดจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง อาการที่เกิดจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และอาการทางระบบประสาท ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ซึ่งอาการเหล่านี้สามารถประเมินจากการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง การคิดคะแนนมาจากแบบประเมินอาการ Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ของ Portenoy et al. (1994) โดยประเมินการรับรู้อาการว่ามีอาการ หรือไม่มีอาการ หากมีอาการจะประเมินเป็นระดับความถี่ของอาการ ระดับความรุนแรงของอาการ และระดับความทุกข์ทรมาน/รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า และนำคะแนนที่ได้จากการประเมินการรับรู้อาการมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างโดยมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

1) การรับรู้อาการ

ลักษณะการตอบ	คะแนน
มีอาการ	1
ไม่มีอาการ	0

2) มิติด้านความถี่ในการเกิดอาการ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

ลักษณะการตอบ	การแปลความ	คะแนน
น้อยมาก	เกิดอาการ 1-2 วัน/สัปดาห์	1
บางครั้ง	เกิดอาการ 3-4 วัน/สัปดาห์	2
บ่อยครั้ง	เกิดอาการ 5-6 วัน/สัปดาห์	3
ตลอดเวลา	เกิดอาการ ทุกวัน (7 วัน)	4

3) มิติด้านความรุนแรง

ลักษณะการตอบ	การแปลความ	คะแนน
เล็กน้อย	ท่านรับรู้ว่ามี ความรุนแรงของอาการเล็กน้อย	1
ปานกลาง	ท่านรับรู้ว่ามี ความรุนแรงของอาการปานกลาง	2
มาก	ท่านรับรู้ว่ามี ความรุนแรงของอาการมาก	3
มากที่สุด	ท่านรับรู้ว่ามี ความรุนแรงของอาการมากที่สุด	4

4) มิติด้านความทุกข์ทรมานหรือการรบกวนต่อกิจวัตรประจำวัน

ลักษณะการตอบ	การแปลความ	คะแนน
ไม่เลย	ท่านไม่รู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมานหรือ ไม่ได้รับการรบกวนต่อกิจวัตรประจำวัน	0
เล็กน้อย	ท่านรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมานหรือ ได้รับการรบกวนต่อกิจวัตรประจำวันจากอาการเล็กน้อย	1
ปานกลาง	ท่านรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมานหรือ ได้รับการรบกวนต่อกิจวัตรประจำวันจากอาการปานกลาง	2
มาก	ท่านรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมานหรือ ได้รับการรบกวนต่อกิจวัตรประจำวันจากอาการมาก	3
มากที่สุด	ท่านรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมานหรือ ได้รับการรบกวนต่อกิจวัตรประจำวันจากอาการมากที่สุด	4

เกณฑ์การแปลผล ความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมานหรือการรบกวนต่อกิจวัตรประจำวัน ระหว่าง 0-4 คะแนน นำมาแบ่งเป็น 3 ระดับ โดย

ผู้วิจัยได้กำหนดช่วงดังนี้

ค่าเฉลี่ย	ความหมาย
0.00 - 1.33	มีการรับรู้อาการ ความถี่/ความรุนแรง/ความทุกข์ทรมาน อยู่ในระดับน้อย
1.34 - 2.67	มีการรับรู้อาการ ความถี่/ความรุนแรง/ความทุกข์ทรมาน อยู่ในระดับปานกลาง
2.68 - 4.00	มีการรับรู้อาการ ความถี่/ความรุนแรง/ความทุกข์ทรมาน อยู่ในระดับมาก

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) เป็นแนวคิดพื้นฐาน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งพัฒนาจากแบบประเมิน The summary of diabetes self-care activities measure (SDSCA) สร้างขึ้นโดย Toobert and Glasgow (2000) นำมาพัฒนาโดย ภาวนา กิรติยวงศ์ (2548) ถูกนำมาใช้ประเมินในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โดย วรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล (2554) มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.78 คะแนน โดยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้านี้ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ

ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา ด้านการประเมินตนเอง และด้านการดูแลเท้าและสุขอนามัย โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ดังนี้

1) ด้านการรับประทานอาหาร ได้แก่

อาหารกลุ่มข้าว/แป้ง ข้อ 1

อาหารกลุ่มผัก ข้อ 2

อาหารกลุ่มน้ำตาล ข้อ 3 และ 9

อาหารกลุ่มไขมัน/โปรตีน/ให้พลังงานสูง ข้อ 4 และ 5

การวางแผนด้านการควบคุมการรับประทานอาหาร ได้แก่ ข้อ 6,7 และ 8

2) ด้านการออกกำลังกาย ได้แก่ การออกแรงทำกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกาย และการออกกำลังกายที่เฉพาะเจาะจงอย่างต่อเนื่อง 30 นาที ข้อ 10 และ 11

3) ด้านการรับประทานยา ได้แก่ การรับประทานยาควบคุมเบาหวาน หรือฉีดยาควบคุมเบาหวาน ครบทุกมื้อ ครบตามขนาดที่แพทย์กำหนด และตรงเวลา ข้อ 12,13 และ 14

4) ด้านการประเมินตนเอง ได้แก่ การทบทวนในเรื่องการรับประทานอาหาร การสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ข้อ 15,16 และ 17

5) ด้านการดูแลเท้าและสุขอนามัย ได้แก่ การตรวจฝ่าเท้า การเช็ดตามง่ามนิ้วเท้าหลังล้างเท้า การดูแลความชุ่มชื้นของเท้า และการตรวจรองเท้าก่อนสวมใส่ ข้อ 18,19,20 และ 21
ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 อันดับ ดังนี้

ข้อความ

ความหมาย

ทุกวัน	ท่านปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองตรงกับข้อความในประโยคทุกวัน
5-6 วัน/สัปดาห์	ท่านปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองตรงกับข้อความในประโยค 5-6 วัน/สัปดาห์
3-4 วัน/สัปดาห์	ท่านปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองตรงกับข้อความในประโยค 3-4 วัน/สัปดาห์
1-2 วัน/สัปดาห์	ท่านปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองตรงกับข้อความในประโยค 1-2 วัน/สัปดาห์
ไม่ได้ปฏิบัติ	ท่านไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองตรงกับข้อความในประโยค

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความ	คะแนน
ปฏิบัติ ทุกวัน	5
ปฏิบัติ 5-6 วัน/สัปดาห์	4
ปฏิบัติ 3-4 วัน/สัปดาห์	3
ปฏิบัติ 1-2 วัน/สัปดาห์	2
ไม่ได้ปฏิบัติ	1

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนน คะแนนรวมจะอยู่ระหว่าง 21- 105 คะแนน คำนวณค่าเฉลี่ยโดยรวมแล้วหารด้วย 21 ข้อ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยพิจารณาตามเกณฑ์ในการแบ่งระดับอัตราภาคชั้นของ บุญชม ศรีสะอาด (2554) ซึ่งแบ่งระดับเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00 – 1.80	มีพฤติกรรมดูแลตนเองน้อยที่สุด
>1.80 – 2.60	มีพฤติกรรมดูแลตนเองน้อย
>2.60 – 3.40	มีพฤติกรรมดูแลตนเองปานกลาง
>3.40 – 4.20	มีพฤติกรรมดูแลตนเองดี
>4.20 - 5.00	มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีมาก

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า พัฒนาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1976) ร่วมกับแนวคิดของ Schaefer, Coyne, and Lazarus (1981) จึงดัดแปลงเครื่องมือ ของ สมนรัช สุวรรณทรัพย์ ยวดี ลีลัคนาวีระ และวรรณรัตน์ ลาวัง (2559) ซึ่งใช้แนวคิดเดียวกับผู้วิจัย และนำมาประยุกต์ให้สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ เงิน และบริการ ด้านการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ดังนี้

1) ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ได้แก่ การพูดคุยระบายปัญหา การได้รับกำลังใจ และการได้รับความรักความห่วงใย ประกอบด้วย ข้อ 1,2 และ 3

2) ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า ได้แก่ การได้รับความเคารพนับถือ ไม่ถูกมองว่าเป็นภาระ รับรู้ว่าคุณค่ามีประโยชน์ต่อผู้อื่น และได้รับความไว้วางใจในการทำงาน ประกอบด้วย ข้อ 4,5,6 และ 7

3) ด้านการได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ เงิน และบริการ ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เครื่องใช้ที่จำเป็น การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินที่เพียงพอต่อการดำรงชีพ การได้รับความช่วยเหลือในการเดินทางเข้ารับบริการ การได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันและการทำงาน ประกอบด้วย ข้อ 8,9,10,11 และ 12

4) ด้านการได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การได้รับการกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตนที่เหมาะสม แก้ปัญหาข้อสงสัย ข้อมูลการดูแลแผล และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการใช้ชีวิตประจำวันและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ประกอบด้วย ข้อ 13,14,15 และ 16

ลักษณะข้อคำถาม ทั้งหมดเป็นด้านบวก และลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 อันดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย น้อยที่สุด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อความ	ความหมาย	คะแนน
มากที่สุด	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบทั้งหมด	5
มาก	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบส่วนใหญ่	4
ปานกลาง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบได้เพียงครึ่งหนึ่ง	3
เล็กน้อย	ข้อความประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบเล็กน้อย	2
น้อยที่สุด	ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบทั้งหมด	1

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนน คะแนนรวมจะอยู่ระหว่าง 16 - 80 คะแนน หาค่าเฉลี่ยโดยรวมหารด้วย 16 ข้อ กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคม โดยพิจารณาตามเกณฑ์ในการแบ่งระดับอัตราการขาดขั้นของ บุญชม ศรีสะอาด (2554) ซึ่งแบ่งระดับเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00 - 1.80	ได้รับการสนับสนุนจากสังคมน้อยที่สุด
>1.80 - 2.60	ได้รับการสนับสนุนจากสังคมน้อย
>2.60 - 3.40	ได้รับการสนับสนุนจากสังคมปานกลาง
>3.40 - 4.20	ได้รับการสนับสนุนจากสังคมมาก
>4.20 - 5.00	ได้รับการสนับสนุนจากสังคมมากที่สุด

ตอนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยเพื่อเลือกเครื่องมือที่มีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า Diabetic Foot Ulcer Scale-short form (DFS-SF) ของ Bann et al. (2003) มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค 0.74 ก่อนนำมาใช้ผู้วิจัยได้ทำการแปลเครื่องมือแบบ การแปลย้อนกลับ (Back-translation) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา แปลภาษาต้นฉบับ (ภาษาอังกฤษ) เป็นภาษาเป้าหมาย (ภาษาไทย) 1 รอบ และแปลจากภาษาเป้าหมาย (ภาษาไทย) เป็นภาษาต้นฉบับ (ภาษาอังกฤษ) 1 รอบ

เครื่องมือประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 29 แบ่งเป็น 6 ด้าน ด้านผลกระทบต่อกิจกรรมยามว่าง ด้านภาวะทางกายภาพ ด้านการพึ่งพา/ชีวิตประจำวัน ด้านอารมณ์เชิงลบ ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผล/เท้า ด้านการดูแลแผล ดังนี้

ด้านการใช้เวลาว่าง ได้แก่ การเปลี่ยนประเภท เปลี่ยนรูปแบบ หรือการใช้เวลาเพิ่มมากขึ้นในการทำกิจกรรมงานอดิเรกที่ชื่นชอบ หยุดหรือไม่สามารถทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ ประกอบด้วย ข้อ 1,2,3,4 และ 5

ด้านสุขภาพทางกาย ได้แก่ ความรู้สึกหมดเรี่ยวแรง นอนหลับไม่สนิท ปวดน่องขณะเดินหรือยืน และรู้สึกปวดขา หรือปลายเท้าช่วงกลางคืน ประกอบด้วย ข้อ 6,7,8,9 และ 10

ด้านการพึ่งพา/การทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรู้สึกพึ่งพาผู้อื่นในการทำงานบ้าน การพึ่งพาผู้อื่นเมื่อออกนอกบ้าน การรู้สึกใช้เวลาเพิ่มมากขึ้นในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือกิจกรรมต่างๆ ที่เคยทำ ประกอบด้วย ข้อ 11,12,13,14 และ 15

ด้านอารมณ์ทางลบ ได้แก่ ความรู้สึกโกรธ หงุดหงิด เมื่อไม่สามารถทำกิจกรรมที่ต้องการได้ หรือไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง ประกอบด้วย ข้อ 16,17 และ 18

ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผล/เท้า ได้แก่ ความกังวลกลัวแผลไม่หาย กลัวการถูกตัดขา กังวลเกี่ยวกับการบาดเจ็บ กังวลเกี่ยวกับการเกิดแผลในอนาคต ประกอบด้วย ข้อ 19,20,21,22,23,24 และ 25

ด้านการถูกรบกวน/ความรำคาญจากการดูแลแผล ได้แก่ การพยายามลงน้ำหนักขณะเคลื่อนไหว การใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลแผล ความรำคาญกลิ่นหรือการซึมของน้ำจากแผล และการรู้สึกเป็นภาระให้ผู้อื่นต้องมาดูแล ประกอบด้วย ข้อ 26,27,28 และ 29

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 อันดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	ข้อความ	ความหมาย
1	มากที่สุด	ข้อความประโยคนั้นตรงกับการรับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วย และการรักษาของผู้ตอบทั้งหมด
2	มาก	ข้อความประโยคนั้นตรงกับการรับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วย และการรักษาของผู้ตอบส่วนใหญ่
3	ปานกลาง	ข้อความประโยคนั้นตรงกับการรับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วย และการรักษาของผู้ตอบเพียงครึ่งหนึ่ง
4	เล็กน้อย	ข้อความประโยคนั้นตรงกับการรับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วย และการรักษาของผู้ตอบเล็กน้อย
5	น้อยที่สุด	ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับการรับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วย และการรักษาของผู้ตอบ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน

การแปลผลคะแนน เนื่องจากข้อคำถามเป็นเชิงลบทุกข้อ การคิดคะแนนจึงกลับคะแนนเป็นบวกทุกข้อ คือ จาก 1 เป็น 5 และจาก 5 เป็น 1 คะแนนรวมจะอยู่ระหว่าง 29- 145 คะแนน หากค่าเฉลี่ยโดยรวมแล้วหารด้วย 29 ข้อ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โดยพิจารณาตามเกณฑ์ในการแบ่งระดับอัตราภาคชั้นของ บุญชม ศรีสะอาด (2554) ซึ่งแบ่งระดับเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00 - 1.80	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำมาก
>1.80 - 2.60	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ
>2.60 - 3.40	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
>3.40 - 4.20	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี
>4.20 - 5.00	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม

ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปวิเคราะห์หาค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยปรึกษาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาทำการตรวจสอบแก้ไขความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของข้อคำถามและผ่านการตรวจสอบดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 นำแบบสอบถามของเครื่องมือทั้ง 5 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท่า แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาตรวจแก้ไขเนื้อหาและความครอบคลุมของข้อคำถาม และแก้ไขตามคำแนะนำ ก่อนนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ครั้งที่ 1 (รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก ก) ดังนี้

- | | |
|---|------------|
| 1) แพทย์เฉพาะทางศัลยศาสตร์หลอดเลือด | จำนวน 1 คน |
| 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยโรคเบาหวาน | จำนวน 1 คน |
| 3) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ | จำนวน 1 คน |
| 4) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแผลและออสโตมี | จำนวน 2 คน |

โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ (Polit & Beck, 2006) ดังนี้

- | | |
|---------|---|
| ระดับ 1 | หมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการและกรอบแนวคิดทฤษฎี |
| ระดับ 2 | หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องน้อยจำเป็นต้องได้รับการพิจารณา ทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการและกรอบแนวคิดทฤษฎี |
| ระดับ 3 | หมายถึง ข้อคำถามค่อนข้างมีความสอดคล้องจำเป็นต้องได้รับการพิจารณา ทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อย จึงจะมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการและกรอบแนวคิดทฤษฎี |
| ระดับ 4 | หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการและกรอบแนวคิดทฤษฎี |

การแปลผลคะแนน ถ้าผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนในระดับ 3 และ 4 ถือเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ในการนำแบบสอบถามมาคำนวณหาค่าความตรงตามเนื้อหาต่อไป ส่วนข้อคำถามที่ได้ ระดับ 1 และ 2 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อพิจารณาปรับปรุงแก้ไขภาษาและเนื้อหา หรือตัดข้อคำถาม ตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ได้ข้อคำถามที่มีความตรงกับเนื้อหา อ่านแล้วเข้าใจง่าย มีความสอดคล้องเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index: CVI) มีสูตรดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8 จะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit & Beck, 2006) ซึ่งพบว่าแบบสอบถามฉบับที่ 1 มีค่า CVI ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามปรับแก้ตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ และพิจารณาส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาครั้งที่ 2 และจึงนำมาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ก่อนนำแบบสอบถามไปใช้จริงในกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)

แบบสอบถาม	ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาครั้งที่ 1 (CVI)	ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาครั้งที่ 2 (CVI)
1. แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ	0.76	1.0
2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง	0.94	1.0
3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	1.0	1.0
4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	1.0	1.0

2. การหาความเที่ยง (Reliability)

2.1 นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงทั้ง 4 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ที่เข้ามาใช้บริการ ณ หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลราชวิถี 15 ราย และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช 15 รายรวม 30 ราย ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

2.1.1 แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของกัสแมน (Guttman) เนื่องจากแบบสอบถามที่ใช้ เป็นการประเมินว่า มีโรคหรือไม่มีโรค

ส่วนแบบสอบถามแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยใช้เกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ ค่าอยู่ระหว่าง 0.70 - 0.80

นำแบบสอบถามมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เข้ามาใช้บริการ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลราชวิถี และคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล จำนวนทั้งสิ้นรวม 135 คน (ตารางแสดงค่าสัมประสิทธิ์กิสแมน(Guttman) และสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (n=30) และจากกลุ่มตัวอย่างจริง (n=135)

ตารางที่ 3 ค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือจากการทดลองใช้ และจากกลุ่มตัวอย่าง

แบบสอบถาม	ทดลองใช้ (N=30)	เก็บข้อมูลจริง(N=135)
1. แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ	0.75	0.72
2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง	0.77	0.77
3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม	0.91	0.92
4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	0.89	0.77

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ 27 มกราคม 2563 57 ถึง 9 มิถุนายน 2563 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เพื่อขอให้พิจารณาจริยธรรมการวิจัย

2. ทำหนังสือขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราช ภายหลังจากได้รับการอนุมัติการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของแต่ละโรงพยาบาลที่กล่าวข้างต้น จึงทำหนังสือขอตกลงใช้เครื่องมือการวิจัยถึงโรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราชและหนังสือขอดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการแต่ละโรงพยาบาล

3. ภายหลังจากวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนในแต่ละโรงพยาบาล แล้วเข้าพบและติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก ที่ให้บริการทำแผลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. ศึกษาแนวโน้มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยนอกที่ให้บริการผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ทั้ง 3 โรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยเบื้องต้น พร้อมทั้งสอบถามการให้บริการตรวจผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าในแต่ละวัน พบว่า แต่ละ

โรงพยาบาลมีแพทย์เฉพาะทางศัลยศาสตร์หลอดเลือดออกตรวจ ดังนี้ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย วันอังคาร และวันพุธช่วงเช้า โรงพยาบาลราชวิถี วันพุธ และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช วันจันทร์ พุธสัปดาห์ ช่วงเช้า และวันอังคารช่วงบ่าย

ขั้นตอนการ

5. ติดต่อขอความอนุเคราะห์จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยนอก ที่ให้บริการผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

6. ก่อนวันเก็บรวบรวมข้อมูล 1 สัปดาห์ ศึกษาวันการตรวจของแพทย์ ศัลยกรรมหลอดเลือด และจำนวนผู้เข้ารับบริการทำแผลในแต่ละวัน ที่เข้ารับบริการทำแผลจากห้องทำแผลแผนกศัลยกรรม แต่ละโรงพยาบาล

7. เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย และเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัย พร้อมทั้งขอให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูล และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัย

8. หลังจากนั้นอธิบายให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย รับทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่าง และให้เวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้เอง ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ และเปิดโอกาสกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อสงสัยกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ทำแบบสอบถาม

9. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อคำถาม และตรวจสอบประวัติผลการตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด โดยโรงพยาบาลที่เข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 แห่ง มีการบันทึกเวชระเบียนด้วยระบบคอมพิวเตอร์ แทนการจดบันทึก โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 135 คน ถ้าตรวจสอบแล้วพบว่าข้อมูลไม่สมบูรณ์ เช่น มีการไม่ตอบคำถามในประเด็น ที่มีการติดตาม ไม่สามารถติดต่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน จะนำข้อมูลชุดนั้นออกจากการวิเคราะห์ข้อมูล และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มจนครบตามจำนวน 135 คน

10. นำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนในการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยของ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย นวมินทราชิราช เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัยและติดตามผลการพิจารณารหัสหนังสือรับรอง หมายเลข 813/62, 025/2019 และ 132/62 ตามลำดับ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและระยะเวลาการเก็บข้อมูล ประโยชน์ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์จะตอบรับหรือ ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลใดๆ ทั้งสิ้นต่อสิทธิในการรักษาและการให้การรักษาพยาบาล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ภายหลังจากเข้าร่วมวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สะดวกใจสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ ในกรณีกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และข้อมูลทุกอย่างที่ได้จะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยถูกนำเสนอเป็นภาพรวม ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลหากกลุ่มตัวอย่างมีความผิดปกติ ผู้วิจัยจะยุติการตอบแบบสอบถามทันที และประสานงานกับพยาบาลในการส่งกลุ่มตัวอย่างพบแพทย์ เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. ผู้ป่วยวิจัยวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลความเจ็บป่วย และคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย เช่น ค่าเฉลี่ย ส่วนส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ ร้อยละ
 1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยรวม ร้อยด้านและรายข้อ
 2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์การมีอาการ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product correlation) โดยรวม และ รายด้าน
 3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's correlation)
 4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท่า โดยใช้เกณฑ์การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Hinkle et al (2003) ดังนี้

ค่า r มีค่า $> 0.9-1.00$	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก
ค่า r มีค่า $> 0.7-0.9$	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
ค่า r มีค่า $> 0.5-0.7$	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ค่า r มีค่า $> 0.3-0.5$	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
ค่า r มีค่า $> 0-0.3$	หมายความว่า	ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก
ค่า $r = 0$	หมายความว่า	ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

5. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ ดังนี้ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร และศึกษาความสัมพันธ์ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท้า ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยวิเคราะห์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท้า ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 135 คน และเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบคำบรรยาย ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

ตอนที่ 2 ศึกษาความสัมพันธ์ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท้า ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร รายด้าน และโดยรวม

ตอนที่ 1 ศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ดังแสดงตารางที่ 4- 5

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า จำแนกตามองค์ประกอบ 6 องค์ประกอบ (n = 135)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	Mean	SD	Max	Min	การแสดงผล
ด้านการใช้เวลาว่าง	3.69	0.57	5.00	2.60	ดี
ด้านสุขภาวะทางกาย	3.52	0.81	5.00	1.60	ดี
ด้านการพึ่งพา/การทำกิจวัตรประจำวัน	3.11	0.73	5.00	1.40	ปานกลาง
ด้านอารมณ์ทางลบ	4.11	0.67	5.00	2.33	ดี
ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผล/เท้า	3.19	0.70	4.71	1.86	ปานกลาง
ด้านการถูกรบกวน/ความรำคาญจากการดูแลแผล	2.83	0.72	4.50	1.00	ปานกลาง
โดยรวม	3.36	0.38	4.14	2.52	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 3.36)

เมื่อจำแนกค่าเฉลี่ยตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายด้านทั้ง 6 ด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับ ดี 3 ด้าน คือ ด้านการใช้เวลาว่าง (Mean= 3.69) ด้านสุขภาวะทางกาย (Mean= 3.52) ด้านอารมณ์เชิงลบ (Mean= 4.11)

ส่วนค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระดับปานกลาง 3 ด้าน คือ ด้านการพึ่งพา/การทำกิจวัตรประจำวัน (Mean= 3.11) ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผล/เท้า (Mean= 3.19) และด้านการถูกรบกวน/ความรำคาญจากการดูแลแผล (Mean= 2.83)

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ารายข้อ (n = 135)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจำแนกตามรายข้อ	mean	SD	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
1. ต้องหยุดทำงานอดิเรก/กิจกรรมที่ชอบ	3.88	0.73	ดี
2. ต้องเปลี่ยนประเภทของงานอดิเรกและ กิจกรรมที่ชื่นชอบ	3.79	0.64	ดี
3. ไม่สามารถไปเที่ยวในช่วงวันหยุดหรือช่วง วันหยุดเทศกาล	3.79	0.62	ดี
4. ต้องเปลี่ยนรูปแบบกิจกรรมที่ทำในวันหยุด จากเดิมที่ชื่นชอบ	3.82	0.63	ดี
5. ต้องใช้เวลาเพิ่มมากขึ้นในการวางแผนและ จัดกิจกรรมยามว่าง	3.19	1.05	ปานกลาง
6. รู้สึกเหนื่อยล้า/ไม่มีกำลังวังชา	3.48	0.93	ปานกลาง
7. รู้สึกหมดเรี่ยวแรงหรือไร้เรี่ยวแรง	3.39	1.12	ปานกลาง
8. รู้สึกนอนหลับไม่สนิท	3.59	1.11	ดี
9. รู้สึกปวดบริเวณน่อง ขณะเดิน หรือยืน	3.52	1.29	ดี
10. รู้สึกปวดขา หรือปลายเท้าช่วงกลางคืน	3.63	1.33	ดี
11. รู้สึกว่าต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตร ประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว เป็นต้น	3.81	0.91	ดี
12. รู้สึกว่าต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำงานบ้าน เช่น ทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน ซักเสื้อผ้า	3.86	0.98	ดี
13. รู้สึกว่าต้องพึ่งพาผู้อื่นเมื่อออกนอกบ้าน	2.70	1.42	ปานกลาง
14. รู้สึกว่าต้องใช้เวลาเพิ่มมากขึ้นใน การวางแผนจัดการกิจวัตรประจำวัน	2.54	1.10	ปานกลาง
15. รู้สึกว่าต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นกว่าเดิมในการ ทำกิจกรรมที่เคยทำ	2.64	1.01	ปานกลาง
16. โกรธที่ไม่สามารถทำสิ่งที่ต้องการได้ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การอาบน้ำ เป็นต้น	4.07	0.94	ดี
17. หงุดหงิดที่ต้องให้ผู้อื่นทำสิ่งต่างๆ ในสิ่ง ที่ท่านอยากทำได้ด้วย เช่น ทำธุระนอกบ้าน	4.18	0.71	ดี

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจำแนกตามรายชื่อ	mean	SD	ระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ
18. หงุดหงิดเพราะไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้ เช่น ทำงานบ้าน ออกกำลังกาย	4.07	0.76	ดี
19. กังวลว่าแผลจะไม่หาย	2.59	1.46	ปานกลาง
20. กังวลว่าอาจจะต้องถูกตัดขา	2.53	1.43	ปานกลาง
21. กังวลเกี่ยวกับการบาดเจ็บ	2.43	1.42	ต่ำ
22. เศร้าเพราะไม่สามารถทำสิ่งที่ต้องการได้ เช่น การเข้าสังคม พบปะเพื่อนฝูง เป็นต้น	3.99	0.93	ดี
23. กังวลเกี่ยวกับแผลที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต	4.04	0.79	ดี
24. โกรธเมื่อเกิดแผลที่เท้า	4.14	0.78	ดี
25. ลำบากหรือยุ่งยากในการเดินทาง	2.59	1.20	ปานกลาง
26. ต้องพยายามลดการลงน้ำหนักบริเวณเท้า ข้างที่เป็นแผลในขณะที่เคลื่อนไหว	2.64	1.23	ปานกลาง
27. ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลแผล (รวมถึง การทำความสะอาดเปลี่ยนแผล คอยพยาบาล มาดูแลแผล และการรักษาความสะอาดแผล)	2.76	0.90	ปานกลาง
28. รำคาญกับลักษณะหรือกลิ่นของแผล หรือ การมีน้ำไหลซึมบริเวณแผล	2.95	0.87	ปานกลาง
29. คิดว่าท่านเป็นภาระให้ผู้อื่นต้องมาช่วยดูแลแผลที่เท้า	2.96	1.14	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 คุณภาพชีวิตคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ารายชื่อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพมากที่สุด 3 อันดับได้แก่ ท่านหงุดหงิดที่ต้องให้ผู้อื่นทำสิ่งต่างๆ ในสิ่งที่ท่านอยากทำด้วยตนเอง, ท่านโกรธเมื่อเกิดแผลที่เท้า และท่านโกรธที่ไม่สามารถทำสิ่งที่ต้องการได้ (Mean=4.18, 4.14) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำสุด 3 อันดับ ได้แก่ ท่านกังวลเกี่ยวกับการบาดเจ็บ, ท่านกังวลว่าอาจจะต้องถูกตัดขา และท่านรู้สึกว่าคุณต้องใช้เวลาเพิ่มมากขึ้นในการวางแผนจัดการกิจวัตรประจำวัน (Mean=2.43, 2.53 และ 2.54) ตามลำดับ

ตอนที่ 2 ศึกษาความสัมพันธ์ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ได้แก่ ประสบการณ์การ อาการะดับ น้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ได้แก่ ประสบการณ์การ อาการะดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ดังแสดงตารางที่ 6 -12

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ มิติของควมถี่ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร รายด้าน และโดยรวม (n=135 คน) ประสบการณ์การมีอาการ มิติควมถี่

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ควมถี่	P - value
ด้านการใช้เวลาว่าง	-0.06	0.49
ด้านสุขภาวะทางกาย	-0.10	0.23
ด้านการพึ่งพา/การทำกิจวัตรประจำวัน	0.01	0.93
ด้านอารมณ์ทางลบ	-0.04	0.67
ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผล/เท้า	0.01	0.89
ด้านการถูกรบกวน/ความรำคาญจากการดูแลแผล	0.00	0.99
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	-0.05	0.55

จากตารางที่ 6 พบว่า ประสบการณ์การมีอาการ มิติของควมถี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ทั้งโดยรวม และรายด้าน

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ ความรุนแรง กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร รายด้าน และโดยรวม (n=135 คน) ประสบการณ์การมีอาการ มิติความรุนแรง

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ความรุนแรง	P - value
ด้านการใช้เวลาว่าง	-0.02	0.85
ด้านสุขภาวะทางกาย	-0.12	0.17
ด้านการพึ่งพา/การทำกิจวัตรประจำวัน	0.00	0.99
ด้านอารมณ์ทางลบ	-0.01	0.88
ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผล/เท้า	0.04	0.65
ด้านการถูกรบกวน/ความรำคาญจากการดูแลแผล	0.02	0.82
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	-0.03	0.753

จากตารางที่ 7 พบว่า ประสบการณ์การมีอาการ ความรุนแรง ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ทั้งโดยรวม และรายด้าน

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างประสบการณ์การมีอาการ และความทุกข์ทรมาน กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร รายด้าน และโดยรวม (n=135 คน) ประสบการณ์การมีอาการ มิติความทุกข์ทรมาน

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ความทุกข์ทรมาน	P - value
ด้านการใช้เวลาว่าง	-0.01	0.88
ด้านสุขภาวะทางกาย	-0.12	0.18
ด้านการพึ่งพา/การทำกิจวัตรประจำวัน	-0.00	0.99
ด้านอารมณ์ทางลบ	-0.03	0.77
ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผล/เท้า	0.03	0.76
ด้านการถูกรบกวน/ความรำคาญจากการดูแลแผล	0.01	0.91
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	-0.04	0.67

จากตารางที่ 8 พบว่า ประสบการณ์การมีอาการ มิติความทุกข์ทรมาน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ทั้งโดยรวม และรายด้าน

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร รายด้าน และโดยรวม (n=135 คน)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ค่าความสัมพันธ์	P - value
ด้านการใช้เวลาว่าง	0.82	0.35
ด้านสุขภาวะทางกาย	-0.23	0.01
ด้านการพึ่งพา/การทำกิจวัตรประจำวัน	-0.12	0.17
ด้านอารมณ์ทางลบ	-0.06	0.51
ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผล/เท้า	0.04	0.62
ด้านการถูกรบกวน/ความรำคาญจากการดูแลแผล	-0.08	0.35
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	-0.81	0.35

จากตารางที่ 9 พบว่า ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลโดยรวม เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลรายด้านพบว่า ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านสุขภาวะทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ($r = -0.23$)

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างจำนวนภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร รายด้าน และโดยรวม (n=135 คน)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ค่าความสัมพันธ์	P - value
ด้านการใช้เวลาว่าง	0.07	0.42
ด้านสุขภาวะทางกาย	-0.01	0.10
ด้านการพึ่งพา/การทำกิจวัตรประจำวัน	-0.00	0.10
ด้านอารมณ์ทางลบ	0.08	0.39
ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผล/เท้า	-0.05	0.56
ด้านการถูกรบกวน/ความรำคาญจากการดูแลแผล	0.12	0.17
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	0.38	0.66

จากตารางที่ 10 พบว่า จำนวนภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลทั้งโดยรวม และรายด้าน

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร รายด้าน และโดยรวม (n=135 คน)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ค่าความสัมพันธ์	p-value
ด้านการใช้เวลาว่าง	0.11	0.21
ด้านสุขภาวะทางกาย	0.36	0.00
ด้านการพึ่งพา/การทำกิจวัตรประจำวัน	0.19	0.03
ด้านอารมณ์ทางลบ	0.30	0.00
ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผล/เท้า	-0.64	0.46
ด้านการถูกรบกวน/ความรำคาญจากการดูแลแผล	0.24	0.00
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	0.31	0.00

จากตารางที่ 11 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลโดยรวม

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ารายด้านพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ด้านสุขภาวะทางกาย ด้านอารมณ์ทางลบ ด้านการถูกรบกวน/ความรำคาญจากการดูแลแผล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ($r = 0.36, 0.30$ และ 0.24 ตามลำดับ) และพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ด้านสุขภาพด้านการพึ่งพา/การทำกิจวัตรประจำวันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r=0.19$)

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร รายด้าน และโดยรวม (n=135 คน)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	ค่าความสัมพันธ์	P - value
ด้านการใช้เวลาว่าง	0.02	0.87
ด้านสุขภาวะทางกาย	0.12	0.15
ด้านการพึ่งพา/การทำกิจวัตรประจำวัน	0.04	0.67
ด้านอารมณ์ทางลบ	0.20	0.02
ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผล/เท้า	0.06	0.52
ด้านการถูกรบกวน/ความรำคาญจากการดูแลแผล	0.00	0.99
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม	0.03	0.78

จากตารางที่ 12 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลโดยรวม

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ารายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผล ด้านอารมณ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r=0.20$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบสหสัมพันธ์ (Correlation research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ประสิทธิภาพการมีอาการ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ ประสิทธิภาพการมีอาการ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานครโดยรวม และรายด้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน และมีแผลที่เท้า มีอายุระหว่าง 18-59 ปี และเข้ารับบริการทำแผล ณ หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ทั้งนี้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคเบาหวาน และมีแผลที่เท้า ตั้งแต่ระดับความรุนแรง (Wagner grade) 1 คือมีการฉีกขาดของผิวหนังชั้นบน (superficial) ถึงระดับ 5 คือ มีการมองเห็นเนื้อตายทั้งเท้า

2. สามารถสื่อสารและเข้าใจ พูดคุยโต้ตอบ หรืออ่านเขียนภาษาไทยเข้าใจ

3. ไม่มีภาวะบกพร่องทางจิต ประเมินจากการวินิจฉัยในแฟ้มประวัติของผู้ป่วย

4. มีประวัติการตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

5. ผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ดำเนินการสุ่มสถานที่ศึกษาวิจัย ครั้งนี้ โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดังนี้

1. จำแนกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานคร ได้จำนวน 6 สังกัด ได้แก่

- 1) สังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลกลาง, โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
 - 2) สังกัดกระทรวงกลาโหม ได้แก่ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
 - 3) สังกัดมหาวิทยาลัย ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามาธิบดี
 - 4) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิศจิน และโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี
 - 5) สังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้แก่ โรงพยาบาลตำรวจ
 - 6) สังกัดสภาอากาศไทย ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภาอากาศไทย
2. ทำการสุ่มสังกัดโรงพยาบาลโดยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ในอัตราส่วน 2:1 จาก 6 สังกัด มาเพียง 3 สังกัด จึงได้ สังกัดกรุงเทพมหานคร สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดสภาอากาศไทย
3. ทำการสุ่มโรงพยาบาลในแต่ละสังกัดข้างต้น สังกัดละ 1 โรงพยาบาล โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ ได้ผลการสุ่มดังนี้ สังกัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี และสังกัดสภาอากาศไทย ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภาอากาศไทย
4. ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่เข้ามาใช้บริการทำแผล ณ หอผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมในแต่ละโรงพยาบาล ในช่วงเวลา 8.00 – 16.00 น ในวันจันทร์ - ศุกร์
- คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power กำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากการทบทวนตัวแปรที่ผู้วิจัยคาดว่าน่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ(r)0.3 เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ $\alpha < .05$ ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 135 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลใช้สูตร Disproportionate Sampling (Fox, Hunn, & Mathers, 2009) ได้ดังนี้ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภาอากาศไทย จำนวน 45 คน โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 45 คน และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 45 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

ภายหลังที่ผู้วิจัยได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลศิริพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช และได้รับหนังสืออนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 27 มกราคม 2563 ถึง 9 มิถุนายน 2563 ตามคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประวัติ การเจ็บป่วยและการรักษา 2) แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการ 3) แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 5) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า แบบสอบถามได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ 1.0, 1.0, 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ และมีความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย เท่ากับ 0.75, 0.77, 0.91 และ 0.89 ตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 135 ราย พบว่า มีความเที่ยงเท่ากับ 0.72, 0.77, 0.92 และ 0.77ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ รายได้ ผู้ดูแล จำนวนครั้งการเป็นแผลที่เท้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ชนิดการรักษา โรคเบาหวาน การได้รับการตรวจคัดกรองเท้าเบาหวาน การอบรมการดูแลเท้า ชนิดของโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด และการตรวจค่าระดับน้ำตาลก่อนมื้ออาหาร ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทั้งรายด้านและโดยรวม

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product correlation)
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โดยใช้สถิติสเปียร์แมน (Spearman's correlation)
5. กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า .05

สรุปผลการวิจัย

ผู้วิจัยสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร โดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง (Mean= 3.36, SD= 0.38) และเมื่อจำแนกค่าเฉลี่ยตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายด้านทั้ง 6 ด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับ ดี 3 ด้าน คือ ด้านการใช้เวลาว่าง (Mean= 3.69, SD= 0.57) ด้านสุขภาวะทางกาย (Mean= 3.52, SD=0.81) และด้านอารมณ์เชิงลบ (Mean= 4.11, SD= 0.67) ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพระดับปานกลาง 3 ด้าน คือ ด้านการพึ่งพา/การทำกิจวัตรประจำวัน (Mean= 3.11, SD= 0.73) ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผล/เท้า (Mean= 3.19, SD= 0.70) และด้านการถูกรบกวน/ความรำคาญจากการดูแลแผล (Mean= 2.83, SD= 0.72)
2. ความสัมพันธ์ระหว่าง ประสิทธิภาพการมีอากาศ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร มีรายละเอียด ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในระดับต่ำ ($r= 0.31$) ส่วนประสิทธิภาพการมีอากาศ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

จากผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า จำนวน 135 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 3.36, SD= 0.38)

เมื่อจำแนกค่าเฉลี่ยตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพพรายด้านทั้ง 6 ด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าอยู่ในระดับ ดี 3 ด้าน คือ ด้านการใช้เวลาว่าง (Mean= 3.69, SD = 0.57) สามารถอธิบายได้ว่า จากข้อมูลการเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นแผลระดับ 2 (ร้อยละ 74.8) ตามหลักการของ Wagner grade ที่ประเมินระดับความรุนแรงของแผลระดับ 2 หมายถึง มีการบาดเจ็บถึงเนื้อเยื่อผังพืด ไม่มีหนองหรือการติดเชื้อถึงกระดูก (Oyibo et al., 2001) ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจึงสามารถเคลื่อนไหวร่างกาย และสามารถทำกิจกรรมในช่วงวันหยุดหรือช่วงวันหยุดเทศกาลได้ ด้านอารมณ์เชิงลบ (Mean= 4.11, SD= 0.67) อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมที่ตนชื่นชอบได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึหงุดหงิด หรือโกรธที่ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง และด้านสุขภาวะทางกาย (Mean= 3.52, SD= 0.81) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อาการที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ อาการขาชาหรือเท้า สูงถึงร้อยละ 93 อาจมีผลต่อการรับรู้ถึงการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกลัวตนเองขณะยืน หรือเดิน

ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าระดับปานกลาง 3 ด้าน คือ ด้านการพึ่งพา/การทำกิจวัตรประจำวัน (Mean= 3.11, SD= 0.73) ด้วยตำแหน่งของการเป็นแผลคือบริเวณเท้าถึงข้อเท้า ทำให้มีผลต่อการลงน้ำหนักขณะเคลื่อนไหว สอดคล้องกับการศึกษาของ Almeida (2013) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีปัญหาเกี่ยวกับการเดินและการเคลื่อนไหวร่างกาย รวมทั้งการลงน้ำหนัก สำหรับด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผล/เท้า (Mean= 3.19, SD= 0.70), สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รู้สึกลัวว่าต้องใช้เวลามากขึ้นในการทำกิจกรรมต่างๆ และในการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษา ซึ่งการเดินทางในแต่ละครั้ง ล้วนมีค่าใช้จ่าย และการรักษาที่เรื้อรังส่งผลต่อการประกอบอาชีพ ยังคงรู้สึกกังวลกลัวโดนตัดขา กังวลกลัวแผลไม่หาย สอดคล้องการศึกษาของ Khunkaew et al. (2018) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลแผล และกังวลกลัวแผลไม่หาย หรือกลัวการถูกตัดขา (Alrub et al., 2019) และด้านการถูกรบกวน/ความรำคาญจากการดูแลแผล (Mean= 2.83, SD=0.72) กลุ่มตัวอย่าง มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่า 8 เปอร์เซ็นต์ คิดเป็นร้อยละ 43.7 ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลาการหายแผลที่เท่าานานขึ้น อีกทั้งพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.1 มีการกลับเป็นซ้ำ จึงทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงผลกระทบและการรักษาในด้านการใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลแผล และทำความสะอาดแผล

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ประสบการณ์การมีอาการ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปร ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด โดยใช้สถิติสเปียร์แมน (Spearman's correlation)

พบว่า ตัวแปรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า คือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และตัวแปรที่ไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า คือ ประสบการณ์การมีอาการ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษา และประเด็นที่ค้นพบ ดังนี้

2.1 ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าอยู่ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.31$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเพิ่มขึ้นเช่นกัน ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นความสามารถของบุคคล มีการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต (Barlow, Wright, Sheasby, Turner, & Hainsworth, 2002) หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (Vedhara et al., 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของ Navicharern (2012) และวรุณรัตน์ ชนะศรี รันตกุล (2554) พบว่า การจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ซึ่งการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานมีทฤษฎีหลัก คือ การควบคุมตนเอง (self-regulation) ที่ระบุว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานหมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-care behavior) (Skinner, Cradock, Arundel, & Graham, 2003) ในการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำคำดังกล่าวใช้แทนกันได้ (interchangeable term)

เมื่อพิจารณารายด้าน พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ด้านสุขภาพทางกาย ด้านอารมณ์ทางลบ ด้านการถูกรบกวน/ความรำคาญจากการดูแลแผล และด้านสุขภาพด้านการพึ่งพา/การทำงานวัตรประจำวัน ($r = 0.36, 0.30$ และ 0.24 และ 0.19 ตามลำดับ) เนื่องมาจาก เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น อาทิ

พฤติกรรมการออกกำลังกาย ผู้ป่วย มีเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องทำให้ระบบเผาผลาญทำงานเพิ่มขึ้น มีการใช้พลังงานกลูโคสในกล้ามเนื้อ เพิ่มจำนวน receptor insulin และเนื้อเยื่อสามารถตอบสนองต่ออินซูลินเพิ่มมากขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง (สุภาพร คำสม แสงทอง ชีระทองคำ และกมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์, 2560) ลดการขัดขวางการหายของแผล (พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, 2549; สารัชสุนทรโยธิน และภูณัฐ บูรณะทรัพย์ขจร, 2555) มีผลต่อการหายของแผลเพิ่มขึ้น ซึ่งนับเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ ถึงผลดีของการปรับพฤติกรรมดูแลตนเอง

2.2 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การมีอาการกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

จากการศึกษา พบว่า จำนวนประสบการณ์การมีอาการไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 2 ที่ระบุว่า ประสบการณ์การมีอาการมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

ผู้วิจัยอภิปรายได้ว่า ประสบการณ์การมีอาการเป็นการรับรู้ถึงอาการที่แสดงทางการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ผู้วิจัยวิเคราะห์ได้ว่า อาการที่นำมาศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากภาวะน้ำตาลสูง และน้ำตาลต่ำ นับเป็นอาการเรื้อรัง ที่ไม่ได้รับทวนหรือทำให้กลุ่มตัวอย่างมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือกระทบต่อการทำงาน จึงทำให้การรับรู้ประสบการณ์การมีอาการในมิติความถี่ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมาน ทั้งโดยรวมและรายด้านในแต่ละมิติไม่มีความสัมพันธ์ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า อีกทั้งผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้มีการรับรู้ประสบการณ์การมีอาการในมิติความถี่ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมาน อยู่ในระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Zambroski, Moser, Bhat, and Ziegler (2005) พบว่า หากผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ อาการ ความถี่และความรุนแรงที่พบมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง และการศึกษาของพรพิมล เลิศพานิช อัมภาพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภัคติวงศ์ (2560) และ Currie et al. (2006) พบว่าการรับรู้ความถี่และความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

2.3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

จากการศึกษา พบว่า ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 2 ที่ระบุว่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Kossioris and Karousi (2015) ซึ่งพบว่า ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดมี

ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และมีการศึกษาพบว่า HbA1c ระดับต่ำทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีขึ้น (Anderson et al., 2017)

ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดเป็นการบ่งบอกถึงระดับน้ำตาลในเลือดช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะเป็นภาวะเรื้อรังจึงไม่ได้ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงผลกระทบที่เป็นปัจจุบัน เมื่อพิจารณาระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดกับคุณภาพคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ารายด้าน พบว่า ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าด้านสุขภาพทางกาย ($r=-0.23$) ผู้วิจัยอภิปรายได้ว่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดอาจไม่ได้เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยทางสรีระหรือชีววิทยาที่เกิดขึ้นมีผลทำให้ร่างกายเปลี่ยนแปลงที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ (Ferrans, Zerwic, Wilbur, & Larson, 2005) ร่วมกับการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความรุนแรงและความทุกข์ทรมาน จากอาการที่เกิดจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง อยู่ในระดับน้อย จึงอาจทำให้ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

2.4 ศึกษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

จากการศึกษา พบว่า ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 2 ที่ว่า ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ด้านลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล (2554) พบว่า ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ อยู่ในช่วงอายุ 26-59 ปี ส่วนใหญ่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเพียง 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 43 และมีจำนวนภาวะแทรกซ้อนสูงสุดเพียง 3 โรค คิดเป็นร้อยละ 3.7 อาจเนื่องมาจากการประเมินจำนวนภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่เป็นการรับรู้และเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน จำนวนภาวะแทรกซ้อนมีน้อยจึงไม่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ถึงผลกระทบของโรคและการรักษา ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Rwegerera et al. (2018) พบว่า จำนวนโรคแทรกซ้อนมากกว่าหรือเท่ากับ 3 มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อีกทั้งการศึกษาครั้งนี้พบว่าภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นภาวะเส้นเลือดขาดตันคิดเป็นร้อยละ 28.1 ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเปรียบดังภัยเงียบ หากไม่แสดงอาการใดๆ ที่รุนแรง (เกศศิริ วงษ์คงคำ อรพรรณ โตสิงห์ และเกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, 2011) ผู้ป่วยยังคงรับรู้ที่จะดำเนินชีวิตประจำวัน ได้ใกล้เคียงปกติ จึงพบว่าภาวะแทรกซ้อนจึงมีไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

2.5 ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

จากการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 2 ที่ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า กล่าวคือ ถึงแม้การสนับสนุนทางสังคมเพิ่มเติมแต่ไม่ได้ทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จึงไม่สอดคล้องกับ Bowen et al. (2015) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ($r = 0.371, p < 0.0001$)

ทั้งนี้อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 67.4) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย อยู่ที่ 52.22 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยกลางคน จึงไม่แสดงออกให้เห็นถึงความต้องการ หรือความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมที่มาจากบุคคลรอบข้าง เพราะวิธีเผชิญความเครียดของเพศชายมักจะเก็บความรู้สึก ไม่แสดงความอ่อนแอ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2553) เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อความเครียดและกระบวนการเผชิญความเครียดของบุคคล อีกทั้ง จึงเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุนี้นี้ มีการพึ่งพาตนเองเป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของวิไลพร ขำวงษ์ จตุพร หนูสวัสดิ์ วรารัตน์ ประทานวรปัญญา และจิตาภา ศิริปัญญา (2011) พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา เริ่มมีการพึ่งพาคนอื่น และรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระครอบครัว

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ด้านบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ด้านอารมณ์ด้านลบ ($r = 0.20$) อภิปรายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมการวิจัย ส่วนใหญ่มีแผลระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 74.8 กลุ่มตัวอย่างจึงยังสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เกือบปกติ ร่วมกับการบริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ร้อยละ 53.3 ได้รับการตรวจคัดกรองเท้า และร้อยละ 53.3 ได้รับการอบรมการดูแลเท้า ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงได้รับความรู้เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ในการดูแลตนเอง เช่น รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน อุปกรณ์การทรงตัวขณะเดิน คำแนะนำการลงน้ำหนักเมื่อเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นต้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่รู้สึกหงุดหงิดเนื่องจากยังสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลมีแผลที่เท้า ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่มีความเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มตัวอย่างมาใช้ครั้งแรกในประเทศไทย ซึ่งข้อคำถามอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างบางรายอาจสับสนในข้อคำถาม

2. การวิเคราะห์การแจกแจงของกลุ่มตัวอย่างใน ตัวแปร ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด พบว่า มีการกระจายของกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ปกติ อาจเนื่องมาจาก จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามีน้อย จึงอาจมีผลทำให้ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวิจัยที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ดังนั้น จึงควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล จากผลการศึกษาที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ดังนั้น พยาบาลสามารถนำผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้อมาเป็นแนวทางในวางแผนจัดทำโปรแกรม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

2. ด้านการศึกษา ในการศึกษาด้านการเรียนการสอน ควรมีเนื้อหาและกิจกรรมที่ให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีแผลที่เท้า และการส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

3. ด้านการวิจัย

3.1 ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่พยาบาลสามารถแสดงบทบาทได้อย่างอิสระ และสามารถเข้าไปแก้ไขปัญญการพยาบาลได้โดยตรง เช่น กลวิธีการจัดการอาการ ความมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น เนื่องจากองค์ประกอบดังกล่าว นับเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

3.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า เพื่อให้ทราบข้อมูลรายละเอียดที่ชัดเจน และครอบคลุม เพื่อให้สามารถนำไปพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้ดีขึ้น

3.3 ควรมีการศึกษาขยายความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า เช่น ผู้ป่วยที่มีผลหลอดเลือดอุดตัน ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตัดขา ผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาเท้าผิดปกติ เป็นต้น

บรรณานุกรม

- เกศศิริ วงษ์คงคำ อรพรรณ โตสิงห์ และเกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์. (2011). ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการเป็นเบาหวานกับระดับความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตันในผู้ป่วยไทยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *Journal of Nursing Science*, 29(2), 124-132..
- กองควบคุมโรค สำนักงานโรคไม่ติดต่อ. (2019). จำนวนและอัตราผู้ป่วยในปี 2559-2661.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2561.
- กิงกาญจน์ เพียรไพรงาม. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขภาพเหนือตอนบน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทนา พัฒนเกสซ์. (2560). แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EQ-5D-5L. บทความวิชาการเพื่อการศึกษาต่อเนืองทางเภสัชศาสตร์, 2-9.
- จุฬาร ประสงค์. (2559). การดูแลแผล หลักฐานเชิงประจักษ์และประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ (Vol. 1). กรุงเทพฯ บริษัท พี.เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด.
- ชนิดา อนุกุล. (2558). การดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีแผลที่เท้าโดยใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี: ประสบการณ์ของ Entero-Stomal Therapist Nurse โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 21(Cho et al.), 78-86.
- ชลวิภา สุกข์ขณานุกรักษ์ วโรดม ใจสนุก และเบญจมา มุกตพันธ์. (2559). ความสัมพันธ์ของภาวะซีมเศร้าและความเครียดกับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 31(Cho et al.), 34-46.
- ณัฐพงศ์ โฆษุณหนันท์. (2556). ตำราการป้องกันและรักษาโรคเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน Prevention and Management of the Diabetic foot. เชียงใหม่: ภาควิชาอายุรศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนีย์ สงกา และยุพิน อังสุโรจน์. (2550). บทบาทผู้นำพยาบาลในคลินิก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีราภรณ์ บุญล้อม อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ และนิโรบล กนกสุนทรรัตน์. (2558). ประสบการณ์การมี

- อาการ กลวิธีการจัดการ และผลลัพธ์การจัดการอาการของระบบประสาทส่วนปลายส่วนล่าง
 เลื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 33(3), 16-25.
- บุญจันทร์ วงศสุนพรัตน์ รัตนาภรณ์ จีระวัฒน์ ณิชูพิมพ์ ภิรมย์เมือง และน้ำเพชร สายบัวทอง.
 (2012). แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก: การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลต่ำ
 ในเลือด. Rama Nurs Journal, 18(2), 166-177.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2554). การวิจัยเบื้องต้น (Vol. พิมพ์ครั้งที่ 9).
- ประสาร เปรมาสกุล. (2554). คู่มือแปลผลตรวจเลือดเล่ม 2. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์.
- ปรัชญาวัชร ปรากูผล และคณะ. (2558). การจัดการตนเอง การรับรู้อาการเตือน โอกาสเสี่ยงต่อการ
 เกิดภาวะแทรกซ้อน และการจัดการภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวานและความ
 ดันโลหิตสูง) จังหวัดสระบุรี. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท
- ปิยะวรรณ ขนาน. (2012). ผลของโปรแกรมการบริหารเท้าต่อการไหลเวียนโลหิตส่วนปลายและความ
 แข็งแรงของกล้ามเนื้อขาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. Thai Journal of Nursing, 61(2), 1-8.
- ปิยะวัฒน์ ตรีวิทยา. (2559). กรอบแนวคิดที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต. วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่,
 49(2), 171-184.
- พงษ์ กาญจนสุทธิรักษ์ บุรพา กาญจนบัตร ไวกุณฑ์ สถาปนาวัตร และยุทธพงศ์ แสงพยับ. (2555).
 อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงอุดตันที่มีภาวะขาขาดเลือดชนิดรุนแรงหลัง
 ได้รับการผ่าตัดบายพาสหลอดเลือดแดงส่วนปลาย. วชิรเวชสาร, 56(3), 217-226.
- พงษ์พันธ์ จิตต์ธรรม. (2015). โรคหัวใจขาดเลือดที่มีอาการคงที่ (Stable ischemic heart disease:
 SIHD). http://www.med.nu.ac.th/dpMed/fileKnowledge/5_2015-03-02.pdf
- พรพิมล เลิศพานิช อัมภาพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2560). ประสบการณ์อาการ และ
 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด. สมาคมสถาบันอุดมศึกษา
 เอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราช
 กุมารี, 6(Cho et al.), 45-55.
- พรรณทิพา ศักดิ์ทอง. (2554). คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่ง
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรรณพิไล วิริยะ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ. (2560). สถานการณ์โรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้ป่วย
 โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ใน อ. คลองหอยโข่ง จ. สงขลา. วารสารเครือข่าย
 วิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4 ฉบับพิเศษ, 1-18.
- พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ. (2549). การดูแลรักษาเบาหวานแบบองค์รวม พิมพ์ครั้งที่ 1 โรงพิมพ์แห่ง
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: หน่วยต่อมไร้ท่อ และเมตาบอลิซึม ภาควิชาอายุรศาสตร์
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พัทนิล วัชรพันธ์ และเกวลิณ ธรรมสิทธิ์บุรณ์. (2557). โรคเบาหวานกับการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อใน และเนื้อเยื่อรอบรากฟัน. วารสารทันต สงขลานครินทร์, 2(2), 20-37.
- พิชศาล พันธุ์วัฒนา. (2562). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนเมืองวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 26(2), 93-103.
- ภาวนา กิริติยุดวงศ์. (2548). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อระดับความรู้ กิจกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตและค่าน้ำตาลสะสม.
- ภาวนา กิริติยุดวงศ์ และสมจิต หนูเจริญกุล. (2010). การติดตามประสิทธิภาพในระยะยาวของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. Rama Nurs Journal, 16(2), 293-308.
- ยุพิน ภูวงษ์ และสมเดช พินิจสุนทร. (2557). ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลชุมชนคัดสรร ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2(3), 311-319.
- รัชนก คชไกร และเวหา เกษมสุข. (2559). การประเมินภาวะสุขภาพสำหรับพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 1 โครงการคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล: หจก.เอ็นพีเพรส.
- รุ่งระวี นาวิเจริญ. (2553). เบาหวาน. กรุงเทพฯ: อมรินทร์สุขภาพ.
- รุ่งระวี นาวิเจริญ. (2554). คุณภาพชีวิตและการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีแผลที่เท้าชนิดไม่ฟิงอินสุลิน. โครงการทุนสนับสนุนจากพัฒนาอาจารย์ใหม่ กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช จุฬาลงกรณ์
- รุ่งศักดิ์ ศิรินิยมชัย. (2015). รองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน: บทบาทของพยาบาล. Rama Nurs Journal, 21(3), 298-308.
- รุ่งศักดิ์ ศิรินิยมชัย. (2559). การประเมินความเสี่ยงและการจัดการแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน: บทบาทพยาบาล. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 30(3), 145-155.
- วรางคณา พิชัยวงศ์. (2558). โรคไตจากเบาหวาน. วารสารกรมการแพทย์, ฉบับประจำเดือน กันยายน-ตุลาคม, 19-24.
- วรณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิไลพร ขำวงษ์ จตุพร หนูสวัสดิ์ วรรัตน์ ประทานวโรปัญญา และจิตภา ศิริปัญญา. (2011). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 5(2), 32-40.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ. (2552). ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาต่างๆ Retrieved

from ราชกิจจานุเบกษา:

- วิชัย อึ้งพินิจพงศ์. (2551). การนวดแผนไทยเพื่อการบำบัด 1. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- วิลาวัลย์ ธีรภัทรพงศ์ และ กุลภา ศรีสวัสดิ์. (2551). การศึกษาระบาดวิทยาและค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ถูกตัดเท้าหรือขาเนื่องจากเบาหวาน ณ โรงพยาบาลศิริราช. เวชศาสตร์พื้นฟูสาร, 18(2), 65-69.
- ศมนรักษ์ สุวรรณทรัพย์ ยุวดี ลีลัคณาวิระ และวรรณรัตน์ ลาวัง. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางการเคลื่อนไหวในจังหวัดปทุมธานี. วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 9(3), 20-35.
- ศิริพร จันทร์ฉาย. (2005). การดูแลเท้า: การป้องกันการถูกตัดขา. Chula Med J, 40(3), 173-188.
- สถานเอกอัครราชทูต ณ กรุงลิสบอน. (2555). คู่มือคนไทยในโปรตุเกส. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์. (2555). แนวการตรวจคัดกรองและดูแลรักษาโรคเบาหวานเข้าจอประสาทตา (Vol. พิมพ์ครั้งที่ 1). โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สมเพียร ประภาการ. (2552). การตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2000). การปฏิรูประบบบริการการพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ. Rama Nursing Journal, 6(2), 90-93.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2555). สถิติเบาหวานทั่วโลก (online). Retrieved 12 เมษายน 2561 <https://www.dmthai.org/index.php/knowledge/the-chart/the-chart-1/549-2018-02-08-14-52-46>
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2560). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017 พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท รมเย็น มีเดีย จำกัด.
- สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2558). คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต. http://www.nephrothai.org/images/10-11-2016/Final%20cmo_CKD_2015.pdf
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). เกณฑ์การแบ่งระดับสถานบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ (Geographic Information System: GIS) <http://www.thcc.or.th/download/GIS54.pdf>

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางการตรวจคัดกรองและ
ดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่ง
ประเทศไทย จำกัด.

สายฝน ม่วงคุ้ม. (2560). บทบาทพยาบาลในการดูแลเท้าเบาหวาน. วารสารพยาบาลทหารบก, 18
ฉบับพิเศษ, 1-10.

สารัช สุนทรโยธิน และปฏิณัฐ บูรณะทรัพย์ขจร. (2555). Diabetes Mellitus ตำราโรคเบาหวาน.

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สารัช สุนทรโยธิน และปฏิณัฐ บูรณะทรัพย์ขจร. (2555). ตำราโรคเบาหวาน พิมพ์ครั้งที่ 1.

กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แสงทอง ชีระทองคำ. (2560). การออกกำลังกายแบบแกว่งแขน เพื่อควบคุมโรคเบาหวาน. วารสาร
การปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย, 4 36-44

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางการตรวจคัดกรองและ
ดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่ง
ประเทศไทย จำกัด.

สำนักการแพทย์. (2561). ข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการทำแผลที่เท้าของโรงพยาบาลใน
สังกัดสำนักการแพทย์. Retrieved from ส่วนยุทธศาสตร์และพัฒนาระบบบริการสุขภาพ:

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). มาตรฐานการพยาบาลใน
โรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2) พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหาร
ผ่านศึก

สำนักงานชั้นสูงตรสาธารณสุข. (2015). น้ำตาลสะสม (HbA1c) คืออะไร.

[http://www.bangkok.go.th/lab/page/main/2158/title/0/info/72580/น้ำตาลสะสม-
HbA1c-คืออะไร](http://www.bangkok.go.th/lab/page/main/2158/title/0/info/72580/น้ำตาลสะสม-HbA1c-คืออะไร)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข มหาลัยมหิดล.
(2553). แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554-2563.

http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20110316100703_1_.pdf

สิรินาถ เรื่องผ่าพันธุ์ และคณะ. (2011). คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแผลไหม้.

Rama Nurse Journal, 18(Cho et al.), 134-151.

สุปรียา เสียงตั้ง. (2560). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับ
น้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 4(Cho
et al.), 191-204.

สุพักตรา เจษฎาภัทรกุล และนพพร ชัชวาลพาณิชย์. (2559). ความมชุกของภาวะหลอดเลือดแดงส่วน

- ปลายตีบตันที่ไม่มีอาการในผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลศิริราช. เวชศาสตร์
พื้นฟูสาร, 26(2), 54-60.
- สุภาพร คำสม แสงทอง อีระทองคำ และกมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์. (2560). ผลของโปรแกรมการ
ออกกำลังกายแบบแกว่งแขนต่อระดับน้ำตาลสะสมในเลือดและภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่
เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย, 4(2),
46-60.
- สุมาลี เชื้อพันธ์. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลเท้าแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมดูแลเท้า สภาวะ
เท้าและระดับ HbA1c ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลที่เท้า. วารสาร
สภาพการพยาบาล, 31(Cho et al.), 111-123.
- สุรัตน์ บุญยีน. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือด
สมอง ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน คลินิกพิเศษโรคเบาหวาน โรงพยาบาลไพศาล อำเภไพศาล
จังหวัดนครสวรรค์. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 6(3), 256-266.
- หนึ่งฤทัย จันทรอินทร์ อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2015). พฤติกรรมการ
ดูแลเท้าของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 Rama Nurs Journal, 21(2), 199-213.
- อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ในโรงพยาบาลของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ
สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพ
รัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, 6(Cho et al.), 56-67.
- อนุวัติ คุณแก้ว. (2560). สถิติเพื่อการวิจัย พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อนุสรณ์ ลังกาพันธ์. (2552). ผลกระทบของการเกิดอนุมูลอิสระจากโรคเบาหวานต่อการทำงานของ
ไต. ลำปางเวชสาร, 30(2), 75-83.
- อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ. (2010). แรงสนับสนุนทางสังคม: ปัจจัยสำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นเบาหวาน.
Rama Nurs Journal, 16(2), 309-322
- อภิรักษ์ แสนใจ และปัทมา สุพรรณกุล. (2561). ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัย
อีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 12(3), 200-212.
- อรพินท์ สีขาว. (2559). การจัดการโรคเบาหวานชนิดของโรคและบทบาทพยาบาล กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- อัจฉรา สุวรรณาคินทร์. (2559). คู่มือการพยาบาล การดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลในผู้ป่วย
เบาหวาน (Nursing Care for Foot Care to Prevent Ulcer in Diabetic Persons).

- อัศนี วันชัย พรพิมล ชัยสา และรัศมี ศรีนนท์. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตัดแขนหรือขา. *เชียงใหม่เวชสาร*, 9(2), 139-146.
- อำภพร นามวงศ์พรหม. (2553). การเกิดแผลที่เท้าและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารการพยาบาล*, 25, 51-63.
- อิสรา สุขวัจน์. (2015). แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและดูแลการเกิดแผลที่เท้าและการถูกตัดขาหรือเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 22(2), 99-107.
- Abetz, L., Sutton, M., Brady, L., McNulty, P., & Gagnon, D. D. (2002). The Diabetic Foot Ulcer Scale (DFS): a quality of life instrument for use in clinical trials. *Practical Diabetes International*, 19(6), 167-175.
- Ahn, J., Del Core, M. A., Wukich, D. K., Liu, G. T., Lalli, T., VanPelt, M. D., . Raspovic, K. M. (2018). Scoring mental health quality of life with the SF-36 in patients with and without diabetes foot complications. *The international journal of lower extremity wounds*, 17(Cho et al.), 30-35.
- Alexiadou, K., & Doupis, J. (2012). Management of diabetic foot ulcers. *Diabetes Therapy*, 3(Cho et al.), 4.
- Almeida, S., et, al., (2013). Assessment of the quality of life of patients with diabetes mellitus and foot ulcers. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 28(1), 142-146
- Alrub, A. A., Hyassat, D., Khader, Y. S., Bani-Mustafa, R., Younes, N., & Ajlouni, K. (2019). Factors Associated with Health-Related Quality of Life among Jordanian Patients with Diabetic Foot Ulcer. *Journal of Diabetes Research*, 2019.
- American Association of Diabetes Educators. (2019). AADE7 self-Care Behaviors. <https://www.diabeteseducator.org/living-with-diabetes/aade7-self-care-behaviors>
- Amjad, S. S., Shams, N., & Zahra, T. (2016). Diabetic Foot Ulcers in a Tertiary Care Hospital; Risk Factors, Associations and Grades of Presentation. *JOURNAL OF THE LIAQUAT UNIVERSITY OF MEDICAL AND HEALTH SCIENCES*, 15(Cho et al.), 5-11.
- Anderson, B. J., Laffel, L. M., Domenger, C., Danne, T., Phillip, M., Mazza, C., . Calvi-Gries, F. (2017). Factors associated with diabetes-specific health-related quality of life in youth with type 1 diabetes: the Global TEENs Study. *Diabetes care*, 40(8), 1002-1009.

- Association, A. D. (2005). Defining and reporting hypoglycemia in diabetes: a report from the American Diabetes Association Workgroup on Hypoglycemia. *Diabetes care*, 28(5), 1245-1249.
- Bann, C. M., Fehnel, S. E., & Gagnon, D. D. (2003). Development and validation of the Diabetic Foot Ulcer Scale-short form (DFS-SF). *Pharmacoeconomics*, 21(17), 1277-1290. (Bann, Fehnel, & Gagnon, 2003)
- Bajaj, S., Mahajan, A., Grover, S., Mahajan, V., Goyal, P., & Gupta, V. K. (2017). Peripheral Vascular Disease in patients with Diabetic Foot Ulcers-An emerging trend: A prospective study from North India. *J Assoc Physicians India*, 65, 14-17.
- Brod, M. (1998). Pilot study-quality of life issues in patients with diabetes and lower extremity ulcers: patients and care givers. *Quality of Life Research*, 7(4), 365-372.
- Bowen, P. G., Clay, O. J., Lee, L. T., Vice, J., Ovalle, F., & Crowe, M. (2015). Associations of social support and self-efficacy with quality of life in older adults with diabetes. *Journal of gerontological nursing*, 41(12), 21-29.
- Cho, N., Shaw, J., Karuranga, S., Huang, Y., da Rocha Fernandes, J., Ohlrogge, A., & Malanda, B. (2018). IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes research and clinical practice*, 138, 271-281.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*.
- Currie, C. J., Morgan, C. L., Poole, C. D., Sharplin, P., Lammert, M., & McEwan, P. (2006). Multivariate models of health-related utility and the fear of hypoglycaemia in people with diabetes. *Current medical research and opinion*, 22(8), 1523-1534.
- de Macedo, G. M. C., Nunes, S., & Barreto, T. (2016). Skin disorders in diabetes mellitus: an epidemiology and physiopathology review. *Diabetology & metabolic syndrome*, 8(Cho et al.), 63.
- Dhatariya, K., Savage, M., Sampson, M., Matfin, G., & Scott, A. (2018). Severe Hyperglycemia, Diabetic Ketoacidosis, and Hyperglycemic Hyperosmolar State. *Endocrine and Metabolic Medical Emergencies: A Clinician's Guide*, 531-547.
- Estelle, E., & Nestoras, M. (2016). *Evidence - Based Wound Care Interventions*

Diabetic Foot Ulcers Prevention and Management Recommendation:

Waterloo Wellington Integrated Wound Care Program.

- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342.
- Group IDF Diabetes Atlas. (2015). Update of mortality attributable to diabetes for the IDF Diabetes Atlas: Estimates for the year 2013. *Diabetes research and clinical practice*, 109(3), 461-465.
- Group, I. H. S. (2017). Glucose concentrations of less than 3.0 mmol/L (54 mg/dL) should be reported in clinical trials: a joint position statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes care*, 40(1), 155-157.
- Gul, A., Basit, A., Ali, S. M., Ahmadani, M. Y., & Miyan, Z. (2006). Role of wound classification in predicting the outcome of diabetic foot ulcer. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 56(10), 444.
- Hartweg, D. (1991). *Dorothea Orem: Self-care deficit theory (Vol. 4)*: Sage Publications.
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2013). *Study Guide for Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hogg, F., Peach, G., Price, P., Thompson, M., & Hinchliffe, R. (2012). Measures of health-related quality of life in diabetes-related foot disease: a systematic review. *Diabetologia*, 55(3), 552-565.
- House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual review of sociology*, 14(Cho et al.), 293-318.
- International Diabetes Federation. (2015). *Diabetes atlas. 7th ed.* Brussels. [http://www .diabetesatlas .org](http://www.diabetesatlas.org)
- Khanolkar, M., Bain, S., & Stephens, J. (2008). The diabetic foot. *QJM: An International Journal of Medicine*, 101(9), 685-695.
- Khunkaew, S., Fernandez, R., & Sim, J. (2019). Health-related quality of life among adults living with diabetic foot ulcers: a meta-analysis. *Quality of Life Research*, 28(6), 1413-1427. doi:10.1007/s11136-018-2082-2
- Khunkaew, S., Tungpunkom, P., Sim, J., & Fernandez, R. S. (2018). The Experiences of

- people in Northern Thailand living with Diabetic Foot Ulcers: A descriptive qualitative study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 22(4), 304-318.
- Kossioris, A., & Karousi, T. (2015). Determinants of Health-Related Quality of Life in Patients with Diabetic Foot Ulcers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Health Science Journal*, 9(6).
- Lau, C.-Y., Qureshi, A., & Scott, S. (2004). Association between glycaemic control and quality of life in diabetes mellitus. *Journal of postgraduate medicine*, 50(3), 189.
- Lavery, L. A., Davis, K. E., Berriman, S. J., Braun, L., Nichols, A., Kim, P. J., .. Attinger, C. (2016). WHS guidelines update: diabetic foot ulcer treatment guidelines. *Wound Repair and Regeneration*, 24(1), 112-126.
- Leurmarnkul, W., & Meetam, P. (2005). Properties testing of the retranslated SF-36 (Thai version). *Thai J Pharm Sci*, 29(1-2), 69-90.
- Macioch, T., et al. (2017). Health related quality of life in patients with diabetic foot ulceration - translation and Polish adaptation of Diabetic Foot Ulcer Scale short form. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(15), 1-8.
- Malgrange, D., Richard, J., Leymarie, F., & Foot, F. W. G. O. T. D. (2003). Screening diabetic patients at risk for foot ulceration. A multi-centre hospital-based study in France. *Diabetes & metabolism*, 29(3), 261-268.
- Milad, K., & John, B. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference. *PharmacoEconomics*, 34, 645-649.
- Nasiriziba, F., Rasouli, D., Safaei, Z., Rokhafrooz, D., & Rahmani, A. (2015). Factors Associated With Quality of Life in Patients With Diabetic Foot Ulcers. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 4(Cho et al.).
- Navicharearn, R. (1999). EFFECTS OF COLLABORATIVE SYMPTOM MANAGEMENT BETWEEN A PATIENT WITH NON-INSULIN DEPENDENT DIABETES MELLITUS AND NURSE. MAHIDOL UNIVERSITY, THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE (ADULT NURSING) FACULTY OF GRADUATE STUDIES.
- Navicharearn, R. (2012). Diabetes Self-Management, Fasting Blood Sugar and Quality of Life among Type 2 Diabetic Patients with Foot Ulcers. *JoURNAL Medical*

- Associated Thai, 95(2), 156-162.
- Olson, J. M., Hogan, M. T., Pogach, L. M., Rajan, M., Raugi, G. J., & Reiber, G. E. (2009). Foot care education and self management behaviors in diverse veterans with diabetes. *Patient preference and adherence*, 3, 45.
- Orasanu, G., & Plutzky, J. (2009). The pathologic continuum of diabetic vascular disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 53(5 Supplement), S35-S42.
- Oyibo, S. O., Jude, E. B., Tarawneh, I., Nguyen, H. C., Harkless, L. B., & Boulton, A. J. (2001). A comparison of two diabetic foot ulcer classification systems: the Wagner and the University of Texas wound classification systems. *Diabetes care*, 24(Cho et al.), 84-88.
- Pase, M., Gatot, D., & Lindarto, D. (2018). Association of fibrinogen with HbA1C in diabetic foot ulcer. Paper presented at the IOP Conference Series: Earth and Environmental Science.
- Pedras, S., et, al. (2016). Predictors of quality of life in patients with diabetic foot ulcer: The role of anxiety, depression, and functionality. *Journal of health psychology*, 1359105316656769.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29(5), 489-497.
- Portenoy, R., Thaler, H., Kornblith, A., Lepore, J. M., Friedlander-Klar, H., Coyle, N., Hoskins, W. (1994). Symptom prevalence, characteristics and distress in a cancer population. *Quality of Life Research*, 3(3), 183-189.
- Quah, J. H., Luo, N., Ng, W. Y., How, C. H., & Tay, E. G. (2011). Health-related quality of life is associated with diabetic complications, but not with short-term diabetic control in primary care. *Annals of the Academy of Medicine-Singapore*, 40(6), 276.
- Rawdaree, P., et, al., (2006). Thailand diabetes registry (TDR) project: clinical status and long term vascular complications in diabetic patients. *J Med Assoc Thai*, 89(Suppl 1), S1-9.
- Ribu, L., et, al., (2007). A comparison of the health-related quality of life in patients

- with diabetic foot ulcers, with a diabetes group and a nondiabetes group from the general population. *Quality of Life Research*, 16(2), 179-189.
- Sajel, S., & Saranya, P. (2017). Quality of Life in patients experiencing Diabetic Foot Ulcer: A cross sectional study in a Clinical Pharmacist's Perspective. *Research Journal of Pharmacy and Technology*, 10(Cho et al.), 219.
- Sanjari, M., Safari, S., Shokoohi, M., Safizade, H., Rashidinezhad, H., Mashrouteh, M., & Alavi, A. (2011). A cross-sectional study in Kerman, Iran, on the effect of diabetic foot ulcer on health-related quality of life. *The international journal of lower extremity wounds*, 10(4), 200-206.
- Sari, Y., et, al,. (2018). Quality of Life and Associated Factors in Indonesian Diabetic Patients with Foot Ulcers. *Nurse Media Journal of Nursing*, 8(Cho et al.), 13-24.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of behavioral medicine*, 4(4), 381-406.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of behavioral medicine*, 4(4), 381-406.
- Sekhar, S., M. (2015). Impact of diabetic foot ulcer on health-related quality of life: A cross-sectional study *Seminars in Vascular Surgery*, 28, 165-171.
- Shahi, S. K., Kumar, A., Kumar, S., Singh, S. K., Gupta, S. K., & Singh, T. (2012). Prevalence of diabetic foot ulcer and associated risk factors in diabetic patients from North India. *The Journal of Diabetic Foot Complications*, 4(3), 83-91.
- Shrivastava, S. R., Shrivastava, P. S., & Ramasamy, J. (2013). Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 12(Cho et al.), 14.
- Skinner, T. C., Cradock, S., Arundel, F., & Graham, W. (2003). Four theories and a philosophy: self-management education for individuals newly diagnosed with type 2 diabetes. *Diabetes Spectrum*, 16(2), 75-80.
- Skrepnek, G. H., Mills, J. L., Lavery, L. A., & Armstrong, D. G. (2017). Health care service and outcomes among an estimated 6.7 million ambulatory care diabetic foot cases in the US. *Diabetes care*, dc162189.
- Solli, O., Stavem, K., & Kristiansen, I. S. (2010). Health-related quality of life in

- diabetes: The associations of complications with EQ-5D scores. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(Cho et al.), 1.
- Spanos, K., et, al. (2017). Factors Associated With Ulcer Healing and Quality of Life in Patients With Diabetic Foot Ulcer *Diabetic Foot*, 68(3), 242-250.
- Spijkerman, A. M., Dekker, J. M., Nijpels, G., Adriaanse, M. C., Kostense, P. J., Ruwaard, D., . Heine, R. J. (2003). Microvascular complications at time of diagnosis of type 2 diabetes are similar among diabetic patients detected by targeted screening and patients newly diagnosed in general practice: the hoorn screening study. *Diabetes care*, 26(9), 2604-2608.
- Thewjitcharoen, Y., et, al,. (2014). Outcomes of hospitalized diabetic foot patients in a multi-disciplinary team setting: Thailand's experience. *Journal of clinical & translational endocrinology*, 1(4), 187-191.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of health and social behavior*, 53-79.
- Toobert, D. J., Hampson, S. E., & Glasgow, R. E. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes care*, 23(7), 943-950.
- Valensi, P., et, al,. (2005). Quality of life and clinical correlates in patients with diabetic foot ulcers. *Diabetes & metabolism*, 31(3), 263-271.
- Vedhara, K., Dawe, K., Wetherell, M. A., Miles, J. N., Cullum, N., Dayan, C., . Weinman, J. (2014). Illness beliefs predict self-care behaviours in patients with diabetic foot ulcers: a prospective study. *Diabetes research and clinical practice*, 106(Cho et al.), 67-72.
- Veerasak Sarinnapakron. (2016). Prevalence of Diabetic Foot Ulcers and Risk Classification in Type 2 Diabetes Mellitus Patients at Rajavithi Hospital. *JoURNAL Medical Associated Thai*, 22(2).
- Volmer-Thole, M., & Lobmann, R. (2016). Neuropathy and diabetic foot syndrome. *International journal of molecular sciences*, 17(6), 917.
- Walsh, J., et,al. (2016). Association of diabetic foot ulcer and death in a population-based cohort from the United Kingdom. *Diabetic Medicine*, 33(11), 1493-1498.


- Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 473-483.
- Wood, A. M., White, I. R., & Thompson, S. G. (2004). Are missing outcome data adequately handled? A review of published randomized controlled trials in major medical journals. *Clinical trials*, 1(4), 368-376.
- World Health Organization. (1996). WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996. Retrieved from
- Yaghmaie, F. (2003). Content validity and its estimation. *Journal of Medical Education*, 3(Cho et al.).
- Yao, H., Ting, X., Minjie, W., Yemin, C., Xiqiao, W., Yuzhi, J., . . . Shuliang, L. (2012). The investigation of demographic characteristics and the health-related quality of life in patients with diabetic foot ulcers at first presentation. *The international journal of lower extremity wounds*, 11(3), 187-193.
- Yekta, Z., Pourali, R., & Ghasemi-rad, M. (2011). Comparison of demographic and clinical characteristics influencing health-related quality of life in patients with diabetic foot ulcers and those without foot ulcers. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy*, 4, 393.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: conceptual and measurement issues. *JOURNAL OF ADVANCED NURSING*, 17(7), 795-800.
- Zhang, P., Lu, (2017). Global epidemiology of diabetic foot ulceration: a systematic review and meta-analysis. *Annals of medicine*, 49(2), 106-116.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแจ้งข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0 หน้า 2/8

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร
ผู้สนับสนุนการวิจัย ผู้วิจัยใช้ทุนส่วนตัว

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวอาทิตา เย็นท่าเรือ
ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เบอร์โทรศัพท์ทำงาน หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลกลาง 0-2220-8000 ต่อ 10930
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 09-4254-3131

ผู้วิจัยร่วม (ทุกท่าน)

ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ
ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เบอร์โทรศัพท์ทำงาน 0-2218-1128
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 08-6311-4791

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็น ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ที่เข้ารับบริการ ณ หอผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้ ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่อวัยวะอื่นๆ เนื่องจาก ผู้ป่วยต้องสูญเสียภาพลักษณ์ มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เกิดความวิตกกังวลกลัวไม่หายหรือกลัวการถูกตัดขา จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศได้มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่สำหรับในประเทศไทยยังไม่พบข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ดังนั้น พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า จึงจำเป็นต้องทราบปัจจัยสาเหตุต่างๆ บริบทของโรคและการรักษา รวมถึงต้องมั่งคั่งความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้ครอบคลุมในทุกมิติ เพื่อให้สามารถตอบสนองในการดูแลปัญหาที่ซับซ้อน และสามารถนำมาประยุกต์ในการวางแผนการพยาบาล พัฒนารูปแบบการดูแล เพิ่มคุณภาพทางการพยาบาล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกปัจจัยคัดสรรที่คาดว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โดยพยาบาลสามารถแสดงบทบาทอิสระและการดูแลแบบองค์รวม ได้แก่ ประสิทธิภาพการมีอากาศ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Version 1 Date 10 / 12 / 2562

ที่ จ.พ.ล 1243 / 2563



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
1873 ถนนพระรามที่ 4
แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน
กรุงเทพมหานคร 10330

11 มีนาคม 2563

เรื่อง ยินดีให้ นางสาว อาทิตา เย็นท่าเรือ เข้ามาเก็บข้อมูลการวิจัย
เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อ้างถึง โครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

ตามโครงการวิจัยที่อ้างถึง แจ้งว่า นางสาว อาทิตา เย็นท่าเรือ สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขออนุมัติทำวิจัยในรพ.จุฬาลงกรณ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้าน
สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ดังรายละเอียดแจ้งแล้วนั้น

รพ.จุฬาลงกรณ์ พิจารณาแล้ว ไม่ขัดข้อง ยินดีให้ดำเนินการตามที่ขอมา โดยติดต่อ
ประสานงานได้ที่ ฝ่ายผู้ป่วยนอก โทรศัพท์ 02-256-5005, 02-256-5009 ฝ่ายการพยาบาล โทรศัพท์
02-256-4360 ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติ โทรศัพท์ 02-256-4000 ต่อ 92089-90 อนึ่ง สำหรับ
บุคคลภายนอก รพ.จุฬาลงกรณ์หรือคณะแพทยศาสตร์ ก่อนเข้าเก็บข้อมูลขอให้แนบบัตรนิสิต/นักศึกษา หรือ
บัตรประชาชนพร้อมหนังสือขออนุญาตติดต่อ ขอรับบัตรประจำตัวผู้เก็บข้อมูล ณ กลุ่มธุรการประสานงาน ตึก
อำนวยการ ชั้นล่าง (ห้องหมายเลข 5) โดยให้ติดบัตรประจำตัวผู้เก็บข้อมูลตลอดเวลาที่เข้ามาทำการเก็บข้อมูล
ภายในรพ.จุฬาลงกรณ์ กรณีเป็นบุคลากรของรพ.จุฬาลงกรณ์ หรือคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
โปรดคล้องบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ตลอดทั้งทำการเก็บข้อมูล

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์จิรัฐม์ ศรีรัตนบัลล์)

รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายการแพทย์และวิจัย

ปฏิบัติการแทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้ตรวจสอบ.....

ที่ อว 64.11/0972



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรพร ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

25 กรกฎาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอาทิตา เป็นทำเรือ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลต่อที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะวรรณ ขนาน อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรากรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ที่ อว 64.11/ 0971



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

25 กรกฎาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอาทิตา เอ็นท่าเรือ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ดร.ปิยุยวีชร ปรากฎผล หัวหน้างานวิจัยและพัฒนา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

pmv sam
(รองศาสตราจารย์ ดร.วารกรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ดร.ปิยุยวีชร ปรากฎผล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156

ที่อนุมัติ

นางสาวอาทิตา เอ็นท่าเรือ โทร. 09-4254-3131

ที่ ฮว 64.11/09๙0



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

25 กรกฎาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอาทิตา เอ็นท่าเรือ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวรุจิรา อักษร หัวหน้างานวิจัยและพัฒนาวิชาการพยาบาล กลุ่มงานวิชาการพยาบาล การกิจด้านการพยาบาล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารารณ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

นิตินิสิต

นางสาวรุจิรา อักษร

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวีเจริญ โทร. 0-2218-1156

นางสาวอาทิตา เอ็นท่าเรือ โทร. 09-4254-3131

ที่ อว 64.11/0969



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

25 กรกฎาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

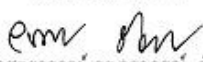
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอาทิตา เอ็นท่าเรือ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวีเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ พ.ต.หญิง จรัสพรพร วงศ์วิเศษกาญจน์ หัวหน้าห้องตรวจพิเศษ Urodynamic และ Advance Wound Care Clinic กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่ นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้อำนวยการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

พ.ต.หญิง จรัสพรพร วงศ์วิเศษกาญจน์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวีเจริญ โทร. 0-2218-1156

นางสาวอาทิตา เอ็นท่าเรือ โทร. 09-4254-3131

ที่ อว 64.11/๐๑๕๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพระฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

25 กรกฎาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอาทิตา เอ็นท่าเรือ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ แพทย์หญิง ปิ่นติดา เอี่ยมศุภนิมิตร แพทย์เฉพาะทางศัลยศาสตร์หลอดเลือด เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ที่นิสิต

แพทย์หญิง ปิ่นติดา เอี่ยมศุภนิมิตร

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156

นางสาวอาทิตา เอ็นท่าเรือ โทร. 09-4254-3131



ที่ อว 64.11/ 1703



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๓ ธันวาคม 2562

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

เนื่องด้วย นางสาวอาทิตา เอ็นท่าเรือ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบสอบถามข้อมูลปัจจัยด้านสังคม เพื่อวัดการรับรู้ด้านการสนับสนุนทางสังคมของ คนพิการด้านการเคลื่อนไหว จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตคนพิการทางเคลื่อนไหว ในจังหวัดปทุมธานี ของนางสาวศมนริกษ์ สุวรรณทรัพย์ สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (2559) โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี ลีลัคนาวีระ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัจ เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรกรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156
นางสาวอาทิตา เอ็นท่าเรือ โทร. 09-4254-3131

ที่ อว 64.11/ 1704



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

3 ธันวาคม 2562

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสาวอาทิตา เย็นท่าเรือ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบสัมภาษณ์ประสบการณ์การมีอาการของระบบประสาทส่วนปลายส่วนล่างเสื่อมจากวิทยานิพนธ์ เรื่อง ประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีการจัดการ และผลลัพธ์การจัดการอาการของระบบประสาทส่วนปลายส่วนล่างเสื่อมในผู้เป็นเบาหวาน ของนางสาวธีรารัตน์ บุญล้อม สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2557) โดยมี อาจารย์ ดร.อภิญา ศิริพิทยาคุณกิจ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้ผลิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งระวี นาวิเจริญ โทร. 0-2218-1156
นางสาวอาทิตา เย็นท่าเรือ โทร. 09-4254-3131

SPECIAL TERMS

These User License Agreement Special Terms ("Special Terms") are issued between Mapi Research Trust ("MRT") and artita yentarue ("User").

These Special Terms are in addition to any and all previous Special Terms under the User License Agreement General Terms.

These Special Terms include the terms and conditions of the User License Agreement General Terms, which are hereby incorporated by this reference as though the same was set forth in its entirety and shall be effective as of the Special Terms Effective Date set forth herein.

All capitalized terms which are not defined herein shall have the same meanings as set forth in the User License Agreement General Terms.

These Special Terms, including all attachments and the User License Agreement General Terms contain the entire understanding of the Parties with respect to the subject matter herein and supersedes all previous agreements and undertakings with respect thereto. If the terms and conditions of these Special Terms or any attachment conflict with the terms and conditions of the User License Agreement General Terms, the terms and conditions of the User License Agreement General Terms will control, unless these Special Terms specifically acknowledge the conflict and expressly states that the conflicting term or provision found in these Special Terms control for these Special Terms only. These Special Terms may be modified only by written agreement signed by the Parties.

1. User information

User name	artita yentarue
Category of User	Student
User address	pik0709 Bangkok 10100 thai Thailand
User VAT number	
User email	pikartitacool@gmail.com
User phone	0942543131
Billing Address	pik0709 Bangkok 10100 thai Thailand

2. General information

Effective Date	Date of acceptance of these Special Terms by the User
Expiration Date ("Term")	Upon completion of the Stated Purpose
Name of User's contact in charge of the request	artita yentarue

3. Identification of the COA

Name of the COA	DFS-SF - Diabetic Foot Ulcer Scale - Short Form
Author	Janssen Global Services, LLC (USA) Mapi
Copyright Holder	Mapi Research Trust
Copyright notice	DFS-SF © 1999 Mapi Research Trust, All rights reserved
Bibliographic reference	Abetz L, Sutton M, Brady L et al. The Diabetic Foot Ulcer Scale (DFS): a quality of life instrument for use in clinical trials, <i>Practical Diabetes International</i> 2002;19(6):167-175 (Full Text Article) Bann CM, Fehnel SE, Gagnon DD. Development and validation of the Diabetic Foot Ulcer Scale-short form (DFS-SF). <i>Pharmacoeconomics</i> . 2003;21(17):1277-90 (PubMed Abstract)
Modules/versions needed	DFS-SF

4. Context of use of the COA

The User undertakes to use the COA solely in the context of the Stated Purpose as defined hereafter.

4.1 Stated Purpose

Other project

Title	
Disease or condition	
Planned Term*	
Description (including format or media)	

4.2 Country and languages

MRT grants the License to use the COA on the following countries and in the languages indicated in the table below:

Version/Module	Language	For use in the following country
DFS-SF	English	the USA

5. Specific requirements for the COA

- In case the User wants to use an e-Version of the COA, the User shall send the Screenshots of the original version of the COA to MRT or ICON LS for approval.



- The Copyright Holder of the COA has granted ICON LS exclusive rights to translate the COA in the context of commercial studies or any project funded by for-profit entities. ICON LS is the only organization authorized to perform linguistic validation/translation work on the COA.



ภาคผนวก ค
จริยธรรมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



COA No. 039/2020

IRB No. 813/62

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4493

Certificate of Approval

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Study Title : FACTORS RELATED TO HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN DIABETIC PATIENT WITH FOOT ULCERS, TERTIARY HOSPITALS IN BANGKOK

Study Code : -

Principal Investigator : Miss Artita Yentarue

Affiliation of PI : Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

Review Method : Expedited

Continuing Report : At least once annually or submit the final report if finished.

Document Reviewed :


1. Research Proposal Version 1 Date 10 December 2019
2. Protocol Synopsis Version 1 Date 10 December 2019
3. Information sheet for research participant Version 1 Date 10/12/2019
4. Informed consent form Version 1 Date 10/12/2019
5. Questionnaire Version 1.0 Date 10 December 2019
6. Budget

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



7. Curriculum Vitae and GCP Training

- Miss Artita Yentarue
- Assist.Prof. Rungrawee Navichareern, PhD.

Signature 

(Emeritus Professor Tada Sueblinvong MD)

Chairperson

The Institutional Review Board

Signature 

(Assistant Professor Thananya Thongtan, PhD)

Member and Assistant Secretary, Acting Secretary

The Institutional Review Board

Date of Approval : January 8, 2020

Approval Expire Date : January 7, 2021

Approval granted is subject to the following conditions: (see back of this Certificate)



COA No. 039/2020

IRB No. 813/62

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท่า
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวอาทิตา เย็นท่าเรือ

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีบทวน : แบบเร่งด่วน

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนิน
โครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :


1. โครงร่างการวิจัย Version 1 Date 10 ธันวาคม 2562
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 1 Date 10 ธันวาคม 2562
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 1 Date 10/12/2562
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 1 Date 10/12/2562
5. แบบสอบถาม Version 1.0 วันที่ 10 ธันวาคม 2562
6. งบประมาณ

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



7. Curriculum Vitae and GCP Training

- Miss Artita Yentarue
- Assist.Prof. Rungrawee Navichareem, PhD.

ลงนาม 


(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สืบหลินวงศ์)
ประธาน
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม 

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งฤญา ทองตัน)
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการ
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 8 มกราคม 2563
วันหมดอายุ : 7 มกราคม 2564

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับ	AF 09-04/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย	หน้า 2/8

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

ผู้สนับสนุนการวิจัย ผู้วิจัยใช้ทุนส่วนตัว

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวอาทิตา เย็นท่าเรือ
ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลกลาง 0-2220-8000 ต่อ 10930
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 09-4254-3131

ผู้วิจัยร่วม (ทุกท่าน)

ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งระวี นาวิเจริญ
ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย การพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 0-2218-1128
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 08-6311-4791

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ที่เข้ารับบริการ ณ หอผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่อวัยวะอื่นๆ เนื่องจาก ผู้ป่วยต้องสูญเสียภาพลักษณ์ มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เกิดความวิตกกังวลกลัวแผลไม่หายหรือกลัวการถูกตัดขา จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศได้มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่สำหรับในประเทศไทยยังไม่พบข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้


ดังนั้น พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า จึงจำเป็นต้องทราบปัจจัยสาเหตุต่างๆ บริบทของโรคและการรักษา รวมถึงต้องมียังมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพให้ครอบคลุมในทุกมิติ เพื่อให้สามารถตอบสนองในการดูแลปัญหาที่ซับซ้อน และสามารถนำมาประยุกต์ในการวางแผนการพยาบาล พัฒนารูปแบบการดูแล เพิ่มคุณภาพทางการพยาบาล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้ามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกปัจจัยคัตสรรที่คาดว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โดยพยาบาลสามารถแสดงบทบาทอิสระและการดูแลแบบองค์รวม ได้แก่ ประสิทธิภาพการมีอาหาร ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Version 1 Date 10 /12/2562

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0 หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง บัญชีที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท่า

โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....ได้อ่านรายละเอียดจาก

เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วม

โครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วย เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก ผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือ จากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาส เพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจาก ข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อ วัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะ ให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการ ให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิใน การใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่าน กระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในระบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และ การรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคต เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลง นามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่ตอบแบบสอบถาม.....

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาทางพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาการพยาบาล ส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ซึ่งคำตอบของท่านจะไม่มีนำไปเปิดเผยที่ใดนอกจากการแสดงผลในภาพรวมสำหรับการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และไม่ส่งผลต่อการรักษาของท่าน จึงขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถาม ดังนี้

แบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ชุด ดังต่อไปนี้

- ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา 17 ข้อ
- ชุดที่ 2 แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า 20 ข้อ
- ชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเอง 21 ข้อ
- ชุดที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 16 ข้อ
- ชุดที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 29 ข้อ






EC NUMBER 025/2019

Documentary Proof of Ethics Committees on Researches Involving Human Subjects
Rajavithi Hospital, Bangkok, THAILAND

Date of Review	30 December 2019
Board Action Date	1 st /2020, Meeting date 16 January 2020
Protocol Title	Factors related to health-related quality of life in diabetic patient with foot ulcers, tertiary Hospitals in Bangkok
Protocol Number	62122
Principal Investigator	Artita Yentarue
Responsible Organization	Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
Date of Approval	12 September 2019
Date of Expiration	11 September 2020
Continuing Review	11 September 2020

	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี Research Ethics Committee Rajavithi Hospital	A12/03
	เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Participant Information Sheet)	เริ่มใช้ 1 เม.ย. 2562 หน้า หน้า 1 จาก 5

เอกสารนี้อาจมีข้อมูลที่ท่านอ่านแล้วไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทน ให้ช่วยอธิบาย จนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ฉบับ นำกลับไปอ่านที่บ้าน เพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท้า
โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอาทิศา เย็นท่าเรือ

ตำแหน่ง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เบอร์โทรศัพท์มือถือ 09-4254-3131 **E-mail** : pikartitacool@gmail.com

สถานที่วิจัย โรงพยาบาลราชวิถี

ผู้ให้ทุน/ผู้สนับสนุนการวิจัย ทุนส่วนตัว


หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการตลอด 24 ชั่วโมง 09-4254-3131

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท้า ที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ประสบการณ์การมีอาการ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย คือ ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ทางวิชาการ คือ เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับบุคลากรทางสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณภาพด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท้าในการวางแผนดูแลให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ และเป็นแนวทางให้บุคลากรทางสุขภาพใช้ในการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท้าและกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะ เป็นผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับมีผลที่เท้า และการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท้า อีกทั้งอีกทั้ง ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับบุคลากรทางสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท้าในการวางแผนดูแลให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ และเป็นแนวทางให้บุคลากรทางสุขภาพใช้ในการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท้าและกลุ่มอื่นๆ ต่อไป

โดยมีผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ประมาณ 135 คน ระยะเวลาดำเนินโครงการ 1 ปี 3 เดือน ระหว่างเดือน ธันวาคม 2561 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2563 มีระยะเสนอพิจารณาจากโรงพยาบาลราชวิถี ตั้งแต่ สิงหาคม 2562 ถึงสิ้นสุดการวิจัย กุมภาพันธ์ 2563


 Ethics Committee on Researches Involving
 Human Subjects
 Rajavithi Hospital, Bangkok, Thailand
16 JAN 2020

แบบบันทึกข้อมูล จากเวชระเบียน

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่ตอบแบบสอบถาม.....

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรค (สำหรับผู้ป่วยเจ็บจากเวชระเบียน)

1. ความดันโลหิตแรกจับ (ณ วันที่เข้าร่วมการวิจัย).....
2. ระดับความรุนแรงของผลที่เท่า.....
3. ชนิดของการเป็นเบาหวาน () ชนิดที่ 1 () ชนิดที่ 2 () อื่น ๆ.....
4. ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ได้แก่
 - () 4.1.มี ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดใหญ่ ได้แก่
 - () 4.1.1 โรคหลอดเลือดโคโรนารี () 4.1.2 โรคหลอดเลือดสมอง () 4.1.3 เส้นเลือดขาอุดตัน
 - ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดเล็ก ได้แก่
 - () 4.1.4 โรคจอประสาทตา () 4.1.5 โรคไต
 - () 4.2. ไม่มี
- รวมภาวะแทรกซ้อนที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวาน.....โรค
5. การตรวจรักษา/ยารับประทาน.....
.....
.....
.....
6. ประวัติการตรวจระดับน้ำตาล
 - การตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c)
 - () เคยได้รับการตรวจ วันที่.....สถานที่.....
 - ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c).....
 - () ไม่ได้รับการตรวจ เนื่องจาก.....
 - การตรวจค่าระดับน้ำตาลก่อนมื้ออาหารเช้า (FBS)
 - () เคยได้รับการตรวจ วันที่.....สถานที่.....
 - ค่าระดับน้ำตาลก่อนมื้ออาหารเช้า (FBS).....
 - () ไม่ได้รับการตรวจ เนื่องจาก.....



Ethics Committee on Researches Involving
Human Subjects
Rajavithi Hospital, Bangkok, Thailand

๒๘๑ ถนนสามเสน เขตดุสิต กรุงเทพฯ
๑๐๓๐๐ โทร ๐-๒๒๕๔๔-๓๘๕๓



Amendment...1../..2563...

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
หนังสือรับรองเฉพาะส่วนที่แก้ไข

เอกสารนี้เพื่อแสดงว่าคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณาและรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับ
โครงการวิจัยดังนี้

ชื่อโครงการวิจัย: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่เท่า โรงพยาบาล
ระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร
ชื่อหัวหน้าโครงการ: น.ส.อาทิตยา เย็นท่าเรือ
หน่วยงานต้นสังกัด: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รหัสโครงการ: ๑๓๒/๖๒
เอกสารที่ตอบรับ:

๑. แบบเสนอโครงการวิจัย Version ๓ ลงวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๒
๒. เอกสารชี้แจงอาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการตอบแบบสอบถาม และการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย Version ๓
ลงวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๒
๓. เครื่องมือการวิจัย : แบบเก็บบันทึกข้อมูล/การสัมภาษณ์ Version ๓ ลงวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๒

วันที่ทบทวนและรับรองโดยคณะกรรมการฯ ที่ได้รับมอบหมาย :๑๖../.....๐๑...../.....๒๕๖๓.....

วันที่แจ้งให้ทราบในที่ประชุมคณะกรรมการฯ : ...๑๒../...๐๒...../...๒๕๖๓..... การประชุมครั้งที่.....๐๒../...๒๕๖๓.....

ตอบรับโดย: คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
โครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki,
The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical
Practice หรือ ICH-GCP

ลงนาม.....
(รศ.นพ.สมชาย เอื้อรัตน์วงศ์)
ประธาน
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (กศจ.)
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๒๘๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐




บันทึกข้อความ

ส่วนงาน...สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม...คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลฯ โทร. ๐-๒๒๕๔-๓๓๘๓
 ที่...สนง.คกก.พิจารณาจริยธรรมการวิจัย...๙๒/๒๕๖๓...วันที่...๑๖ มกราคม ๒๕๖๓
 เรื่อง...ผลการพิจารณาขอปรับเปลี่ยนรายละเอียดโครงการวิจัย (Amendment ครั้งที่ ๑)

เรียน น.ส.อาทิตา เย็นท่าเรือ

ตามที่ท่านเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอพิจารณาขอปรับเปลี่ยนรายละเอียดโครงการวิจัย (Amendment ครั้งที่ ๑) ตามบันทึกลงวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๒ เรื่อง ไปถึงวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลที่หัวใจ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร (เลขที่โครงการ...๑๓๒/๖๒...) เมื่อวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๒ ทางกรรมการผู้ทบทวนการขอปรับเปลี่ยนรายละเอียดโครงการวิจัย (Amendment) โครงการวิจัยดังกล่าว **มีมติรับทราบโดยไม่มีข้อเสนอนแนะ** (แจ้งเพื่อทราบในการประชุม RM ๐๒/๖๓ วันพุธที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ วาระที่ ๖.๓)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ลงนาม..... 

(รศ.นพ.สมชาย เอื้อรัตน์วงศ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ฝ่ายส่งเสริมการวิจัย (ตึกพชชวิทยาศึกษา ชั้น ๕)
 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
 ๒๔๑ ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
 โทรศัพท์ ๐-๒๒๕๔-๓๓๘๓ โทรสาร ๐-๒๒๕๔-๓๐๕๕

เอกสารชี้แจงอาสาสมัครผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย โดยการตอบแบบสอบถาม และการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

ด้วยดิฉัน นางสาวอาทิตยา เอ็นท่าเรือ ตำแหน่ง นิสิตปริญญาโทบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์ทำวิจัยเรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร" ซึ่งเป็นประโยชน์ ที่คาดว่าจะได้รับ คือ เพื่อให้บุคลากรทางทีมสุขภาพ เกิดองค์ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่าง ประสิทธิภาพการมีอาการ ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และ การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ ท่านเป็นผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับเป็นแผลที่เท้า ที่เข้ารับบริการที่แผนก ๓ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร ในการนี้ผู้วิจัยมีความจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเรื่อง " ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร" ชนิดของแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน โดยแบบสอบถามส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ซึ่งเป็นแบบบันทึกข้อมูลจากตัวท่านเองหรือจากการสัมภาษณ์และจากการบันทึกประวัติใน เวชระเบียนโดยผู้วิจัย จำนวน 18 ข้อ แบบสอบถามส่วนที่ 2-5 จำนวน 86 ข้อ เป็นแบบสอบถามในลักษณะการเลือกตอบ ประกอบด้วย แบบสอบถามประสิทธิภาพการมีอาการของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ใช้เวลาในการตอบ 30-40 นาที ผู้วิจัยจะ ขอรับแบบสอบถามคืนจากการส่งคืนให้กับผู้วิจัยโดยตรง

เนื่องจากแบบสอบถามประกอบด้วยคำถามหลายส่วน จึงขอความกรุณาให้ท่านพิจารณาตอบตามความรู้สึของท่านให้ มากที่สุด โดยข้อมูลและคำตอบทั้งหมดจะถูกปกปิดเป็นความลับ และจะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ผลการศึกษารั้งนี้โดยออกมา เป็นภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น จึงไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบหรือหน่วยงานของผู้ตอบ เนื่องจากไม่สามารถนำมาสืบค้น เจาะจงหาผู้ตอบได้ ท่านมีสิทธิ์ที่จะ ไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่ง หากท่านไม่สบายใจหรืออึดอัดที่จะตอบคำถามนั้นหรือไม่ตอบ แบบสอบถามทั้งหมดเลยก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานใดๆของท่าน ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยก็ได้โดยไม่ ต้องแจ้งเหตุผล

หากผู้เข้าร่วมมีข้อสงสัยเกี่ยวข้องกับการวิจัยหรือแบบสอบถาม สามารถติดต่อสอบถามได้ที่ โรงพยาบาล กลาง หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงสามัญ ๒๐/๕ ในวันเวลาราชการ โทรศัพท์ติดต่อเบอร์ ๐๕-๔๒๕๕-๓๑๓๑ ตลอด ๒๔ ชั่วโมง โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย สำนักงานคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล สำนักงานฯ อยู่ที่ ๖๕๑ ดิگเวชศาสตร์ฟื้นฟู ชั้น ๕ ถนนสามเสนใน แขวงจันทริก เขตจตุจักร กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐ หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๓ หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุ ไว้ ท่านสามารถติดต่อประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทน ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ขอขอบพระคุณ ที่กรุณาสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย (ตัวบรรจง)



เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่ตอบแบบสอบถาม.....

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วย

เบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาทางพยาบาลศาสตร์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาการพยาบาล ส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้น ซึ่งคำตอบของท่านจะไม่มีนำไปเปิดเผยที่ใดนอกจากการแสดงข้อมูลในภาพรวมสำหรับการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น และไม่มีผลต่อการรักษาของท่าน จึงขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถาม ดังนี้

แบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ชุด ดังต่อไปนี้

- ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา 17 ข้อ
- ชุดที่ 2 แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า 20 ข้อ
- ชุดที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง 21 ข้อ
- ชุดที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 16 ข้อ
- ชุดที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 29 ข้อ

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (/) หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่านหรือเติมคำในช่องว่างเฉพาะส่วนที่เป็นข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี.....เดือน
3. รายได้.....บาท/เดือน
4. สถานภาพ () โสด () คู่ () หม้าย/หย่า/แยก
5. ท่านอาศัยอยู่กับ () ครอบครัว
() สามี/ภรรยา () บุตร/หลาน () พี่/น้อง () พ่อ/แม่
() ตนเองเพียงลำพัง
6. ผู้ดูแลของท่าน
7. สิทธิการรักษาตั้งต้น..... () ประกันสุขภาพถ้วนหน้า/บัตรทอง () ประกันสังคม
() ผู้พิการ () ข้าราชการ/ต้นสังกัด () เงินสด () อื่นๆ.....
8. จำนวนครั้งการเป็นแผลที่เท้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....ครั้ง
9. ชนิดการรักษาโรคเบาหวานที่ได้รับ
() 1. ยารับประทาน ได้แก่
- () 2. ยาฉีด Insulin ได้แก่
- () 3. ยารับประทาน ร่วมกับ ยาฉีด ได้แก่
10. ประวัติการสูบบุหรี่ () สูบ มวน/ซอง.....ต่อวัน () ไม่สูบ เลิกสูบบุหรี่ปี
11. ได้รับการตรวจคัดกรองเท้า () เคย () ไม่เคย สถานที่.....วันที่.....
12. ได้รับการอบรมการดูแลเท้า () เคย () ไม่เคย สถานที่.....วันที่.....

ตอนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรค (สำหรับผู้วิจัยเก็บจากเวชระเบียน)

1. ความดันโลหิตแรกจับ (ณ วันที่เข้าร่วมการวิจัย).....
2. ระดับความรุนแรงของแผลที่เท้า.....
3. ชนิดของการเป็นเบาหวาน () ชนิดที่ 1 () ชนิดที่ 2 () อื่น ๆ.....
4. ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ได้แก่

() 4.1.มี ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดใหญ่ ได้แก่

() 4.1.1 โรคหลอดเลือดโคโรนารี () 4.1.2 โรคหลอดเลือดสมอง ()

4.1.3 เส้นเลือดขาอุดตัน

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดเล็ก ได้แก่

() 4.1.4 โรคจอประสาทตา () 4.1.5 โรคไต

() 4.2. ไม่มี

รวมภาวะแทรกซ้อนที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวาน.....โรค

5. การตรวจรักษา/ยารับประทาน.....
.....
.....
.....

6. ประวัติการตรวจระดับน้ำตาล

การตรวจระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c)

() เคยได้รับการตรวจ วันที่สถานที่.....

ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c).....

() ไม่ได้รับการตรวจ เนื่องจาก.....

การตรวจค่าระดับน้ำตาลก่อนมื้ออาหารเช้า (FBS)

() เคยได้รับการตรวจ วันที่สถานที่.....

ค่าระดับน้ำตาลก่อนมื้ออาหารเช้า (FBS).....

() ไม่ได้รับการตรวจ เนื่องจาก.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสบการณ์การมีอาการของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

คำชี้แจง การตอบแบบสอบถามต่อไปนี้ ต้องการทราบว่าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังกล่าวนี้ หรือไม่ **ถ้าไม่มีอาการ** ให้ทำเครื่องหมาย (/) ในช่องไม่มีอาการ จากนั้นให้ประเมินในข้อถัดไป **ถ้ามีอาการ** ให้ท่านทำเครื่องหมาย (/) ในช่องมีอาการและประเมินความถี่ในการเกิดอาการ ระดับความรุนแรง และความทุกข์ทรมานหรือการรบกวนต่อกิจวัตรประจำวัน โดยทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยถือเกณฑ์ดังนี้

ระดับความถี่ในการเกิดอาการ

น้อยมาก	หมายถึง	เกิดอาการ 1-2 วัน/สัปดาห์
บางครั้ง	หมายถึง	เกิดอาการ 3-4 วัน/สัปดาห์
บ่อยครั้ง	หมายถึง	เกิดอาการ 5-6 วัน/สัปดาห์
ตลอดเวลา	หมายถึง	เกิดอาการ ทุกวัน (7 วัน)

ระดับความรุนแรง

เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านรับรู้ว่ามีความรุนแรงของอาการเล็กน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านรับรู้ว่ามีความรุนแรงของอาการปานกลาง
มาก	หมายถึง	ท่านรับรู้ว่ามีความรุนแรงของอาการมาก
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านรับรู้ว่ามีความรุนแรงของอาการมากที่สุด

ระดับความทุกข์ทรมานหรือการรบกวนต่อกิจวัตรประจำวัน

ไม่เลย	หมายถึง	ท่านไม่รู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมานหรือไม่ได้รับการรบกวนต่อกิจวัตรประจำวัน
เล็กน้อย	หมายถึง	ท่านรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมานหรือได้รับการรบกวนต่อกิจวัตรประจำวันจากอาการเล็กน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมานหรือได้รับการรบกวนต่อกิจวัตรประจำวันจากอาการปานกลาง
มาก	หมายถึง	ท่านรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมานหรือได้รับการรบกวนต่อกิจวัตรประจำวันจากอาการมาก
มากที่สุด	หมายถึง	ท่านรู้สึกรู้สึกทุกข์ทรมานหรือได้รับการรบกวนต่อกิจวัตรประจำวันจากอาการมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง

อาการที่เกิดขึ้นในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ความถี่ในการเกิด อาการ				ระดับความรุนแรง				ความทุกข์ทรมานหรือการ รบกวนต่อกิจวัตรประจำวัน				หมายเหตุ (สำหรับ ผู้วิจัย)	
	น้อยมาก (1)	บางครั้ง (2)	บ่อยครั้ง (3)	ตลอดเวลา (4)	เล็กน้อย (1)	ปานกลาง (2)	มาก (3)	มากที่สุด (4)	ไม่เลย (0)	เล็กน้อย (1)	ปานกลาง (2)	มาก (3)		มากที่สุด (4)
อาการระดับน้ำตาล ในเลือดสูง														
1. ปัสสาวะมากกว่า 2 ครั้ง ตอนกลางคืน () มี () ไม่มี														
2. ทรายน้ำตาลป้อย () มี () ไม่มี														
3.....														
4.....														
20. ความรู้สึกทางเพศ ลดลง () มี () ไม่มี														
รวม.....อาการ	หมายเหตุ													

คำชี้แจง การตอบแบบสอบถามต่อไปนี้ ต้องการทราบว่าในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องดังกล่าวกี่วัน โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องว่างที่ตรงกับจำนวนวันที่ท่านปฏิบัติโดยถือเกณฑ์ดังนี้

ระดับ 5 หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองตรงกับข้อความในประโยคทุกวัน

ระดับ 4 หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองตรงกับข้อความในประโยค 5-6 วัน/สัปดาห์

ระดับ 3 หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองตรงกับข้อความในประโยค 3-4 วัน/สัปดาห์

ระดับ 2 หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองตรงกับข้อความในประโยค 1-2 วัน/สัปดาห์

ระดับ 1 หมายถึง ท่านไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองตรงกับข้อความในประโยค

พฤติกรรมในช่วง 7 วันที่ผ่านมา	ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย/สัปดาห์					
	ทุก วัน (5)	5-6 วัน/ สัปดาห์ (4)	3-4 วัน / สัปดาห์ (3)	1-2 วัน/ สัปดาห์ (2)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (1)	หมายเหตุ (สำหรับ ผู้วิจัย)
1. ท่านเลือกรับประทานอาหาร จำพวก ข้าว/แป้ง 6-12 ทัพพี/ วัน						
2. ท่านรับประทานอาหาร จำพวกผัก ใบเขียวสด หรือลวก หรือต้ม (เช่น ผักกาด กวางตุ้ง แดงกวา กะหล่ำปลี ผักคะน้า ผักบุ้ง เป็น ต้น)						
3.....						
4.....						
19.ท่านเช็ดตามง่ามนิ้วเท้าให้ แห้งหลังล้างเท้า						
20. ท่านดูแลความชุ่มชื้นของ เท้า โดยทาโลชั่น บริเวณขา/ เท้า						

พฤติกรรมในช่วง 7 วันที่ผ่านมา	ความถี่ในการปฏิบัติโดยเฉลี่ย/สัปดาห์					
	ทุก วัน (5)	5-6 วัน/ สัปดาห์ (4)	3-4 วัน / สัปดาห์ (3)	1-2 วัน/ สัปดาห์ (2)	ไม่ได้ ปฏิบัติ (1)	หมายเหตุ (สำหรับ ผู้วิจัย)
หน้าแข็งและฝ่าเท้า						
21. ท่านตรวจดู เศษหิน ทราย ของมีคม แผลงหรือสัตว์มีพิษ ที่ อาจอยู่ภายในรองเท้า ก่อนสวม รองเท้า						
คะแนนรวม						

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง การตอบแบบสอบถามต่อไปนี้ ต้องการทราบว่าท่านมีการรับรู้เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากสมาชิกใน

ครอบครัว ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา โปรดอ่านข้อความและทำเครื่องหมาย (/) ในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

โดยถือเกณฑ์ดังนี้

ระดับ 5 = มากที่สุด	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกของท่านร้อยละ 81- 100
ระดับ 4 = มาก	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกของท่านร้อยละ 61-80
ระดับ 3 = ปานกลาง	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกของท่านร้อยละ 41-60
ระดับ 2 = น้อย	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกของท่านร้อยละ 21-40
ระดับ 1 = น้อยที่สุด	หมายถึง	ตรงกับความรู้สึกของท่านร้อยละ 0-20

ข้อความ	ท่านรับรู้เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม					หมายเหตุ (สำหรับ ผู้วิจัย)
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	เล็กน้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)	
1. เมื่อท่านมีปัญหาท่านสามารถ พุดคุย ระบายปัญหากับสมาชิกในครอบครัว						
2. สมาชิกในครอบครัวของท่านไม่แสดง ท่าทางทำให้ท่านรู้สึกหมดกำลังใจ หรือ เสียใจ						
3.....						
4.....						

ข้อคำถาม	ท่านรับรู้เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม					หมายเหตุ (สำหรับ ผู้วิจัย)
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	เล็กน้อย (2)	น้อย ที่สุด (1)	
16. ท่านได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต และการฟื้นฟูสภาพจากสมาชิกในครอบครัว						
คะแนนรวม						



ชุดที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้เพื่อต้องการทราบการรับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานที่

มีแผลที่เท้า ให้ทำเครื่องหมาย (/) ในช่องว่าง ตามมุมมองของท่านโดยถือเกณฑ์ดังนี้

ระดับ 1 = มากที่สุด หมายถึง ตรงกับการรับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยและการรักษาของท่านร้อยละ 81- 100

ระดับ 2 = มาก หมายถึง ตรงกับการรับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยและการรักษาของท่านร้อยละ 61-80

ระดับ 3 = ปานกลาง หมายถึง ตรงกับการรับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยและการรักษาของท่านร้อยละ 41-60

ระดับ 4 = น้อย หมายถึง ตรงกับการรับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยและการรักษาของท่านร้อยละ 21-40

ระดับ 5 = น้อยที่สุด หมายถึง ตรงกับการรับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยและการรักษาของท่านร้อยละ 0-20

ผลกระทบของการเจ็บป่วยเป็นแผลที่เท้า	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	เล็กน้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	หมายเหตุ (สำหรับผู้วิจัย)
1. ท่านต้องหยุดทำงานอดิเรกและกิจกรรมที่ท่านชื่นชอบ						
2. ท่านต้องเปลี่ยนประเภทของงานอดิเรกและกิจกรรมท่านชื่นชอบ						
3. ท่านไม่สามารถไปเที่ยวในช่วงวันหยุด หรือช่วงวันหยุดเทศกาล						
4.						

ผลกระทบของการเจ็บป่วยเป็นแผลที่เท้า	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	เล็กน้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	หมายเหตุ (สำหรับผู้วิจัย)
5.....						
6.....						
29. ท่านคิดว่าท่านเป็นภาระให้ผู้อื่น ต้องมาช่วยดูแลแผลที่เท้า						
คะแนนรวม						



ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างประสบการณ์การมีอาการในแต่ละมิติ จำแนกตามกลุ่มอาการ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร รายด้าน และโดยรวม จำนวน 135 คน (n=135 คน)

ประสบการณ์การมีอาการ	ด้านการใช้เวลาว่าง	ด้านสุขภาพกาย	ด้านการพึ่งพา/การทำกิจวัตรประจำวัน	ด้านอารมณ์เชิงลบ	ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผล/เท้า	ด้านการถูกรบกวน/ความรำคาญจากการดูแลแผล	โดยรวม
อาการน้ำตาลในเลือดสูง							
ความถี่	0.48	-0.04	0.00	0.00	-0.00	0.06	-0.03
ความรุนแรง	0.08	-0.07	-0.07	0.01	-0.02	0.00	-0.03
ทุกซ์ทรมาน	0.10	-0.07	-0.06	0.00	-0.02	-0.00	0.01
อาการน้ำตาลในเลือดต่ำ							
ความถี่	0.03	-0.07	0.14	0.03	0.18*	0.12	0.12
ความรุนแรง	0.05	-0.08	0.15	0.02	0.17*	0.13	0.15
ทุกซ์ทรมาน	0.03	-0.07	0.13	0.00	0.15	0.10	0.14
อาการทางระบบประสาท							
ความถี่	-0.24**	-0.10	-0.12	-0.12	-0.14	-0.20*	-0.28**
ความรุนแรง	-0.20*	-0.12	-0.09	-0.07	-0.08	-0.10	-0.20*
ทุกซ์ทรมาน	-0.19*	-0.12	-0.07	-0.07	-0.07	-0.09	-0.18*

**<.001 *<.05

จากตารางที่ 13 ประสบการณ์การมีอาการในแต่ละมิติ จำแนกตามกลุ่มอาการ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร รายด้าน และโดยรวม พบว่า ประสบการณ์การมีอาการในกลุ่มอาการทางระบบประสาทส่วนปลาย มิติด้านความถี่ ความรุนแรง และความทุกซ์ทรมานมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวม

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้อาการ ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า (n = 135)

การรับรู้อาการ	Mean	SD	ระดับการรับรู้อาการ
ด้านความถี่	0.60	0.02	น้อย
ด้านความรุนแรง	0.45	0.18	น้อย
ด้านความทุกข์ทรมาน	0.45	0.18	น้อย

จากตารางที่ 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การรับรู้อาการในมิติความถี่ ความรุนแรง และความทุกข์ทรมาน อยู่ในระดับน้อย



ตารางที่ 15 จำนวนประสบการณ์การมีอาการในแต่ละคน (n = 135)

จำนวนอาการ (อาการ)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	1	0.7
2	1	0.7
3	3	2.2
4	6	4.4
5	12	8.9
6	16	11.9
7	17	12.6
8	13	9.6
9	18	13.3
10	12	8.9
11	10	7.4
12	8	5.9
13	4	3.0
14	5	3.7
15	1	0.7
16	5	3.7
17	2	1.5
18	1	0.7
Mean= 8.68	SD= 0.30	Max= 18
		Min= 1

จากตารางที่ 15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการเฉลี่ย อยู่ที่ 8.68 อาการ และกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการ มากสุด 18 อาการ และน้อยสุด คือ 1 อาการ

ตารางที่ 16 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่พบภาวะแทรกซ้อนในแต่ละชนิด (n=135)

ชนิดของภาวะแทรกซ้อน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หลอดเลือดหัวใจ	10	7.2
หลอดเลือดสมอง	2	1.4
เส้นเลือดขาอุดตัน	39	28.1
จอประสาทตา	26	18.7
โรคไต	30	21.6

จากตารางที่ 16 พบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากสุดในกลุ่มตัวอย่าง คือ โรคเส้นเลือดขาอุดตัน คิดเป็นร้อยละ 28.1 รองลงมา คือ โรคไต ร้อยละ 21.6 โรคจอประสาทตา ร้อยละ 18.7 โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 7.2 และหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของพฤติกรรมการดูแลตนเอง จำแนกเป็นรายด้าน และโดยรวม

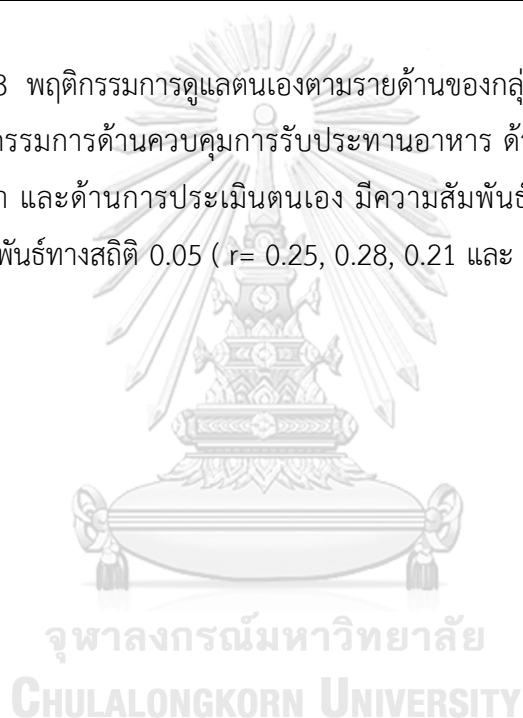
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	Mean	SD	ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ด้านการควบคุมการรับประทานอาหาร	3.07	0.57	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	2.00	0.98	น้อย
ด้านการรับประทานยา	4.30	0.82	ดี
ด้านการประเมินตนเอง	1.66	0.84	น้อย
ด้านการดูแลเท้าและสุขอนามัย	2.42	1.24	น้อย
พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม	2.82	0.56	ปานกลาง

จากตารางที่ 17 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (mean 2.82) พิจารณาตามรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับดี (mean = 4.3) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการประเมินตนเองอยู่ในระดับน้อย (mean = 1.6)

ตารางที่ 18 ค่าความสัมพันธ์ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในแต่ละด้าน กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

พฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	P - value
ด้านการควบคุมการรับประทานอาหาร	0.25	0.00
ด้านการออกกำลังกาย	0.28	0.00
ด้านการรับประทานยา/ฉีดยา	0.21	0.01
ด้านการประเมินตนเอง	0.19	0.03
ด้านการดูแลเท้าและสุขอนามัย	0.16	0.57

จากตารางที่ 18 พฤติกรรมการดูแลตนเองตามรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่า พฤติกรรมการด้านควบคุมการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา/ฉีดยา และด้านการประเมินตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติ 0.05 ($r = 0.25, 0.28, 0.21$ และ 0.19) ตามลำดับ



ตารางที่ 19 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร รายด้าน จำนวน 135 คน (n=135 คน)

ตัวแปร	Di	Ex	Med	SC	FC
Le	0.04	0.07	0.16	0.15	0.30
PH	0.26**	0.37**	0.04	0.98	0.36**
De	0.12	0.20*	0.17*	0.16	0.80
NE	0.29**	0.26**	0.01	0.07	0.29**
WU	0.03	0.00	0.13	0.04	-0.20*
BU	0.25**	0.07	0.16	0.12	0.14

* < 0.05 , ** < 0.01

Le = ด้านการใช้เวลาว่าง

PH = ด้านสุขภาวะทางกาย

De = ด้านการพึ่งพา/การทำกิจวัตรประจำวัน

NE = ด้านอารมณ์ทางลบ

WU = ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผล/เท้า

BU = ด้านการถูกรบกวน/ความรำคาญจากการดูแลแผล

Di = ด้านการรับประทานอาหาร

Ex = ด้านการออกกำลังกาย

Med = ด้านการรับประทานยา/ฉีดยา

SC = ด้านการประเมินตนเอง

FC = ด้านการดูแลเท้าและสุขอนามัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

จากตารางที่ 19 พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาวะทางกาย ด้านอารมณ์ด้านลบ และด้านการถูกรบกวน/ความรำคาญจากการดูแลแผล ($r = 0.26, 0.29$ และ 0.25) ตามลำดับ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้าน ด้านสุขภาวะทางกาย ด้านการพึ่งพา/การทำกิจวัตรประจำวัน ด้านอารมณ์ทางลบ ($r = 0.37, 0.20$ และ 0.26) ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมด้านด้านการดูแลเท้าและสุขอนามัย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาวะทางกาย ด้านอารมณ์ทางลบ และด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผล/เท้า ($r = 0.36, 0.29$ และ -0.20) ตามลำดับ

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน และโดยรวม

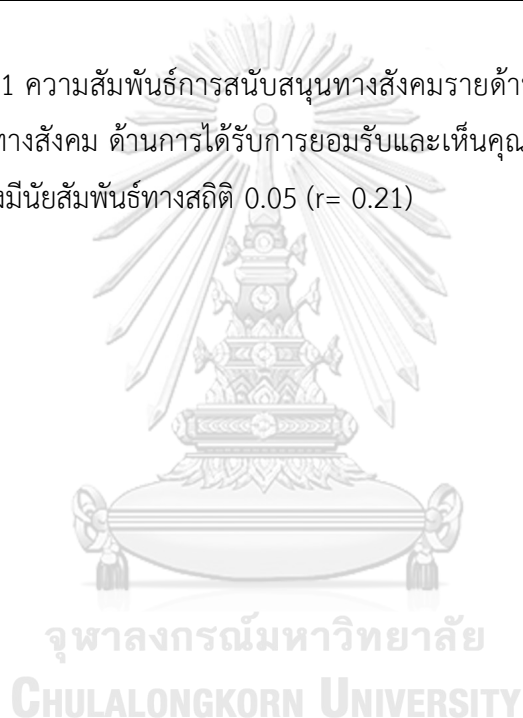
การสนับสนุนทางสังคม	Mean	SD	ระดับการสนับสนุนทางสังคม
ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์	3.58	1.04	มาก
ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า	3.81	0.84	มาก
ด้านการได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ เงิน และบริการ	3.31	0.95	ปานกลาง
ด้านการได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร	3.18	1.20	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	3.45	0.79	ปานกลาง

จากตารางที่ 20 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 3.45) พิจารณาการสนับสนุนสังคมตามรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนสังคมด้านการได้รับการยอมรับสูงสุด (mean=3.81) และมีการสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารต่ำสุด (mean = 3.18)

ตารางที่ 21 ค่าความสัมพันธ์ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้าน กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า

การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	P - value
ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์	-0.07	0.43
ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า	0.21	0.02
ด้านการได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุ	-0.04	0.65
ด้านการได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร	0.01	0.93

จากตารางที่ 21 ความสัมพันธ์การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติ 0.05 ($r = 0.21$)



ตารางที่ 22 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้าโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรุงเทพมหานคร รายด้าน

ตัวแปร	Em	Es	Tan	Inf
Le	0.02	0.00	0.01	0.04
PH	0.02	0.15	0.02	0.23**
De	0.95	0.20*	0.10	0.08
NE	0.17*	0.09	0.32**	0.17
WU	0.03	0.11	0.11	0.03
BU	0.00	0.07	0.02	0.07

* < 0.05 , ** < 0.01

Le = ด้านการใช้เวลาว่าง

PH = ด้านสุขภาวะทางกาย

De = ด้านการพึ่งพา/การทํากิจวัตรประจำวัน

NE = ด้านอารมณ์ทางลบ

WU = ด้านความวิตกกังวลเกี่ยวกับแผล/เท้า

BU = ด้านการถูกรบกวน/ความรำคาญจากการดูแลแผล

Em = การสนับสนุนด้านอารมณ์

Es = การยอมรับและเห็นคุณค่า

Tan = การสนับสนุนด้านสิ่งของ

Inf = การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

จากตารางที่ 22 พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้านอารมณ์ทางลบ ($r = 0.17$) การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านการพึ่งพา/การทํากิจวัตรประจำวัน ($r = 0.20$) การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ทางลบ ($r = 0.32$) และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาวะทางกาย ($r = 0.23$)

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวอาทิตา เย็นท่าเรือ
วัน เดือน ปี เกิด	7 กันยายน 2529
สถานที่เกิด	จังหวัดชุมพร
วุฒิการศึกษา	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก เมื่อวันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2552



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY