คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น
Quality of life in Diabetic outpatients at Pueainoi Hospital, Khon Kean

กานต์ ชัยทอง[1], สุนันท์ชนก น้ำใจดี[1], วิระพล ภิมาลย์[2]
Karn Chaithong[1], Sunanchanok Namjaidee[1], Wiraphol Phimarn[2]
Received: 30 November 2016 ; Accepted: 7 March 2017

บทคัดย่อ
การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนและการสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน 2559 โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวาน D-39 ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาโดยกรรณิการ์ สงรักษาและสงวน ลือเกียรติบัณฑิต ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์จำนวน 81 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.9) อายุเฉลี่ย 61.35±20.25 ปี มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 179±61.03 มก./ดล. HbA1C 6.77± 2.84% ผลการศึกษาพบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตในภาพรวม (OV1) เท่ากับ 21.45±8.55 คะแนน และคะแนนในภาพรวมที่เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่เป็น (OV2) เท่ากับ 18.85±8.85 คะแนน คุณภาพชีวิตในภาพรวมที่เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่เป็น (OV2) มีระดับต่ำในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยามากกว่า 3 รายการ ($p<0.05$) และผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน ($p<0.05$) นอกจากนี้ผู้มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีระดับคุณภาพชีวิตด้านมิติความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่า (EM) ด้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอย่างมีนัยทางสถิติ ($p<0.05$) เมื่อวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพบว่าผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาล FBS ได้ตามเป้าหมายมีระดับคุณภาพชีวิตมิติเพศสัมพันธ์ (SF) สูง (adjusted OR=1.15, 95%CI 1.03-1.73) ผู้ที่ได้รับยาน้อยกว่า 3 รายการมีระดับคุณภาพชีวิตภาพรวมที่เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่เป็น (OV2) สูง (adjusted OR=1.59, 95%CI 1.19-2.27) การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพชีวิตน้อยกว่าร้อยละ 50 และมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิต ดังนั้นเภสัชกรควรให้การดูแลเป็นพิเศษโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี และได้รับยามากกว่า 3 รายการ

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเบาหวาน คุณภาพชีวิต ภาวะแทรกซ้อน

Abstract
An investigate into the quality of life (QOL) of outpatients with diabetes mellitus was conducted. A survey study was used to collect data from patients' medical records and interviews of was made abast the quality of life (QOL) of diabetic patients. The study was under taken at the DM clinic in Pueainoi Hospital, Khon Kean from May to June 2016. QOL was measured using the Diabetes 39 questionnaire in Thai version originally developed by Songraksa K and Lerkiatbundit S. A total of 81 diabetic patients participated. Most of them were female (67.9%), the average age was 61.35±20.25 years, average FBS was 179±61.03 mg/dL and HbA1C level was 6.77± 2.84%. It was shown that the overall QOL (OV1) was 21.45±8.55, the overall QOL related to diabetes severity (OV2) was 18.85±8.85. OverallQOL related to diabetes severity (OV2) was low among patients receiving medication. Moreover, patients with complications

[1] *เภสัชกรปฏิบัติการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเปือยน้อย จังหวัดขอนแก่น 40340*
[2] *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จ.มหาสารคาม 44150*
[1] *Pharmacist, Pharmacy department, Pueainoi Hospital, Pueainoi District, Khon Kaen, Thailand 40340*
[2] *Assistant Professor, Social Pharmacy Research Unit, Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University, Maha Sarakham 44150*
** Corresponding author : Karn Chaithong, Pueainoi Hospital, Pueainoi District, Khon Kaen, Thailand 40340, Tel. +66 79530567, +66 43494002, Fax 66 43494003, E-mail : Karnclash@gmail.com*

presented a higher level of energy and mobility (EM), compared to ones without complication ($p<0.05$). The logistic regression showed the high level of sexual functioning (SF) QOL among well-FBS-controlled patients (adjusted OR=1.15, 95%CI 1.03-1.73). The high overall QOL related to diabetes severity (OV2) was found among patients receiving medication less than 3 items (adjusted OR=1.59, 95%CI 1.19-2.27). This study indicates that most diabetic patients have QOL score <50% and several factors may influence this outcome. Therefore, pharmacist should serve a special care in particular for those whom are poor-FBS-controlled and receiving medication more than 3 items.

Keywords: Diabetic patients, quality of life, complication

บทนำ

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังทางเมแทบอลิซึมที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง[1]เบาหวานเป็นโรคที่พบมากในประชากรโลกในศตวรรษที่ 21 โดยมีการคาดคะเนว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มจาก 211 ล้านคนในปี ค.ศ. 2010 เป็น 300 ล้านคนในปี ค.ศ. 2025[2] ในประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ.2555 มีประชากรที่เป็นโรคเบาหวาน 1,713,924 คน และในปี พ.ศ.2557 มีประชากรที่เป็นโรคเบาหวาน 1,032.50 ต่อประชากรแสนคนซึ่งในปี พ.ศ.2558 โรคเบาหวานจัดเป็นสาเหตุหลักอันดับหนึ่งในสามของโรคที่คนไทยเสียชีวิตมากที่สุดโดยมีอัตราการเสียชีวิต 6,114 ของประชากรช่วงอายุ 30-70ปี[3]เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ป่วย[4]

เป้าหมายหลักของการรักษาโรคนี้คือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ตามเป้าหมาย โรคเบาหวานเป็นโรคที่มีความซับซ้อน ความเคร่งครัดในการใช้ยาของผู้ป่วยและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีผลต่อเป้าหมายการรักษา ผู้ป่วยจำเป็นต้องปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการรับประทานยาเป็นระยะเวลานาน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากงานวิจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล การปรับตัวและแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง ความสัมพันธ์และหน้าที่ของครอบครัว เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ จำนวนรายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน อาการทางกายของโรคเบาหวานที่รบกวน และภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ถ้าหากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัจจัยเหล่านี้ได้ อาจทำให้เกิดความเครียดซึ่งจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตทำให้ระดับความพึงพอใจในชีวิตลดลง[5] การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการติดตามและดูแลการใช้ยาและให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย ลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ดีขึ้น[6] ส่วนการศึกษาด้านคุณภาพชีวิตในโรคเบาหวานจากการศึกษาที่ผ่านมามีความแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละพื้นที่[4-6]และการศึกษาด้านคุณภาพชีวิตที่ผ่านมาจะเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลขนาดใหญ่และศึกษาในบริบทของชุมชนเมือง[4] รวมถึงการใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตทั่วไป[7] โรงพยาบาลเปือยน้อยได้จัดให้มีบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยนอกแต่ยังไม่มีการวัดคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในโรคเบาหวานดังนั้นวัตถุประสงค์ในการศึกษาครั้งนี้คือ การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนคือโรงพยาบาลเปือยน้อย อ.เปือยน้อย จ.ขอนแก่น เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการวางแผนพัฒนาการรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (survey study) โดยใช้แบบเก็บข้อมูลและแบบวัดคุณภาพชีวิตที่จำเพาะกับผู้ป่วยเบาหวาน Diabetes-39 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาต่อเนื่อง ณ คลินิกผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเปือยน้อย อ.เปือยน้อย จ.ขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาต่อเนื่อง ณ คลินิกผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเปือยน้อย อ.เปือยน้อย จ.ขอนแก่น ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน 2559 จำนวน 81 คน

เกณฑ์การคัดเข้าคือ ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานที่ได้รับยาลดระดับน้ำตาลในเลือด มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการต่อเนื่องโดยสืบค้นจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลโดยผู้ป่วยจะต้องมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องตามนัดใน 3 ครั้งที่ผ่านมาและยินยอมเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์ในการคัดออกคือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตร่วมด้วยและผู้ที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยในเนื่องจากโรคเบาหวาน ณ เวลาที่ทำการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเป็นแบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็นสามส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ด้านข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล สถานภาพในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ด้านการเจ็บป่วยได้แก่ อายุเต็มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาในการเจ็บป่วย อาการแสดงของโรคเบาหวาน อาการและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวาน D-39 พัฒนาขึ้นโดย Boyer และคณะประกอบด้วยข้อคำถาม 39 ข้อครอบคลุม 5 มิติย่อย ได้แก่ มิติการควบคุมเบาหวาน (diabetes control) จำนวน 12 ข้อ มีค่าคะแนนดิบอยู่ระหว่าง 6-90 มิติความวิตกกังวล (anxiety and worry) จำนวน 4 ข้อ มีค่าคะแนนดิบอยู่ระหว่าง 2-30 มิติความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่า (energy and mobility) จำนวน 15 ข้อ มีค่าคะแนนดิบอยู่ระหว่าง 7.5-112.5 มิติภาระทางสังคม (social burden) จำนวน 5 ข้อ มีค่าคะแนนดิบอยู่ระหว่าง 2.5-37.5 และมิติเพศสัมพันธ์ (sexual functioning) จำนวน 3 ข้อ มีค่าคะแนนดิบอยู่ระหว่าง 1.5-22.5 ค่าคะแนนดิบที่ประเมินได้นำไปแปลงเป็นช่วง 1 - 100 คะแนน คะแนนที่สูง หมายถึงคุณภาพชีวิตไม่ดี หรือโรคเบาหวานมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตสูง แบบวัดคุณภาพชีวิตเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวาน D-39 มีฉบับภาษาไทยที่พัฒนาโดย Songraksa K และคณะ 2009[8]คำถามแต่ละข้อมีตัวเลือก 7 ระดับโดยแบบวัดคุณภาพชีวิตเป็น Likert scale ตั้งแต่ 1 (ไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเลย) และ 7 (มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก) ผู้วิจัยทดสอบความเที่ยงของแบบวัดคุณภาพชีวิต D-39 ในผู้ป่วยเบาหวาน 15 รายที่ไม่ได้เข้าร่วมงานวิจัยนี้ ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง โดยมีค่าความเที่ยงในแต่ละมิติคือ มิติการควบคุมโรคเบาหวานเท่ากับ 0.82, มิติความวิตกกังวล 0.71, มิติภาระทางสังคม 0.79, มิติเพศสัมพันธ์ 0.74 และมิติความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่า 0.77

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาตามที่กำหนดไว้ โดยเก็บข้อมูลที่คลินิกโรคเบาหวานของโรงพยาบาลเปือยน้อย อ.เปือยน้อย จ.ขอนแก่น

2. เข้าพบผู้ป่วยเพื่อขอสัมภาษณ์ ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยผู้วิจัย 1 คน (KC) เป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วยทุกรายด้วยตนเอง

3. เมื่อผู้ป่วยยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามแล้วจะชี้แจงให้ทราบว่าผลการสัมภาษณ์ครั้งนี้ไม่มีผลต่อการให้บริการหรือการรักษาของผู้ป่วย

4. ระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจได้ตลอดเวลา และถ้าผู้ป่วยต้องการยุติการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ทันที และไม่นำมาเป็นกลุ่มเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้

5. นำข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามทั้งหมดที่ข้อมูลครบถ้วนมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การศึกษาได้ผ่านการพิจารณาโครงการวิจัยและได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเปือยน้อย (บันทึกข้อความกลุ่มงานเภสัชกรรมฯ เลขที่ 0032.39/003)

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติสำเร็จรูป SPSS for windows version 16 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการอธิบายลักษณะประชากร นำเสนอข้อมูลเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลคุณภาพชีวิตจะนำเสนอข้อมูลเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวัดการกระจายตัวของข้อมูลจะใช้สถิติ Kolmogorov Smirnov test เนื่องจากข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้มีการกระจายตัวปกติการเปรียบเทียบข้อมูลค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มจะใช้สถิติ Independent t-test โดยกำหนดค่า p-value =0.05 ส่วน Multiple Logistic Regression ใช้เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยแสดงค่า Adjusted odds ratio with 95%CI ตัวแปรในงานวิจัยมีดังนี้คือ ตัวแปรตามคือคุณภาพชีวิต ตัวแปรแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือคุณภาพชีวิตที่ตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไปและน้อยกว่าร้อยละ 50 ส่วนตัวแปรต้นคือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด FBS ได้ดีคือน้อยกว่าร้อยละ 140 mg/dL ได้รับยา ≤3 รายการและมากกว่า 3 รายการ สถานภาพสมรส แต่งงานและสภานภาพอื่นๆ และมีอายุ ≤60 ปี และมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ตัวแปรจะถูกจัดให้อยู่ในรูปของตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ส่วนตัวแปรอื่นๆ ที่ไม่นำมาวิเคราะห์เนื่องจากการทดสอบความเหมาะสมของตัวแบบ (Goodness of fit) พบว่าตัวแปรไม่เหมาะที่จะนำมาคำนวณการถดถอย โลจิสติกได้ ดังนั้นจึงนำเฉพาะตัวแปรที่กล่าวมาแล้วข้างต้นมาวิเคราะห์

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

จากการเข้าสัมภาษณ์ผู้ป่วยเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มีข้อมูลที่สามารถนำไปวิเคราะห์ได้ทั้งหมด 81 ชุด

ผลจากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.9) มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยเท่ากับ 179±61.03 มก./ดล. ระดับน้ำตาล HbA1C6.77±2.84 % และมีจำนวนรายการยาที่ได้รับเฉลี่ย 3.52±1.50 ขนาน โรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็นมากที่สุดคือ โรคไตเรื้อรัง ข้อมูลทั่วไปอื่นๆ ของผู้เข้าร่วมการศึกษา ดังแสดงใน Table 1

ผลการศึกษาด้านคุณภาพชีวิตเมื่อประเมินด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตที่จำเพาะกับโรคเบาหวานพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลเปือยน้อยมีคะแนนคุณภาพชีวิตในแต่ละมิติ ดังแสดงใน Table 2 และกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายการยาไม่เกิน 3 รายการและไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีคะแนนคุณภาพชีวิตในภาพรวม (เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่เป็น) สูงกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีรายการยามากกว่า 3 รายการและมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ($p<0.05$) แต่ในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านมิติความมีเรี่ยวแรงและความกระปรี้กระเปร่าสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วมอื่นๆ จะมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านภาพรวม (OV1) สูงกว่าผู้ที่ไม่มีโรคร่วม ($p<0.05$) ดังแสดงใน Table 3

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

จาก Multiple Logistic Regression พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่ดีในมิติเพศสัมพันธ์ (SF) ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด FBS ให้ได้ตามเป้าหมาย (OR=1.148, 95%CI:1.03-1.731) และจำนวนรายการที่ผู้ป่วยได้รับน้อยกว่าเท่ากับ 3 รายการจะมีคะแนนคุณภาพชีวิตในด้านความรุนแรงของโรคที่เป็น (OV2) (OR=1.59, 95%CI: 1.19-2.27) (Table 4)

Table 1 Baseline characteristic of participant (N=81)

Baseline characteristic	N (%) or mean±SD
Gender (Female)	55 (67.9)
Age range	
30-39 Year	1 (1.2)
40-49 Year	22 (13.6)
50-59 Year	31 (38.3)
More than 60 Year	38 (46.9)
Religion	
Buddhism	81 (100.0)
Marital status	
Single	4 (4.9)
Baseline characteristic	N (%) or mean±SD
Married	65 (80.2)
Widow/Divorce/Separate	12 (14.8)
Education level	
None	2 (2.5)
Primary school	72 (88.9)
Secondary school	6 (7.4)
Bachelor degree	1 (1.2)
Occupation	
None	12 (16.0)
Agriculturist	55 (67.9)
Employee	7 (8.6)
Student	1 (1.2)
Business owner	1 (1.2)
Government officer	4 (4.9)

Table 1 Baseline characteristic of participant (N=81) (Continue)

Baseline characteristic	N (%) or mean±SD
None	12 (16.0)
Agriculturist	55 (67.9)
Employee	7 (8.6)
Student	1 (1.2)
Business owner	1 (1.2)
Government officer	4 (4.9)
Monthly incomes	
Less than 3,000 baht	19 (23.5)
3,001-7,000 baht	39 (48.1)
7,001-10,000 baht	3 (3.7)
10,001-20,000 baht	12 (14.8)
20,001-30,000 baht	4 (4.9)
More than 30,000 baht	4 (4.9)
Other underlying disease	
Hypertension	30 (37.04)
Hyperlipidemia	30 (37.04)
Chronic kidney disease	38 (46.92)
Diabetes complication	
Retinopathy	21 (25.93)
Neuropathy	6 (7.41)
Nephropathy	38 (46.92)
Antidiabetic drug used	
Metfromin	56 (69.14)
Glibenclamide	20 (24.7)
Glipizide	29 (35.81)
Insulin	9 (11.12)
Amount of medication used (items)	3.52±1.50
FBS level (average) (mg%)	179.86±61.59
HbA1C level (average) (%)	6.77±2.84

Table 2 Quality of life score (Diabetes-39) (N=81)

Domain	Average score (mean±SD)
Diabetes control (DC)	32.71±1.27
Anxiety and worry (AW)	35.95±18.61
Energy and mobility (EM)	34.89±15.27
Social Burden (SB)	26.67±14.24
Sexual Functioning (SF)	26.78±18.87
Rating of your overall quality of life (OV1)	21.45±8.55
How severe you think your diabetes is? (OV2)	18.85±8.85

Remark : Total score was 100 in each domain

Table 3 Comparison QOL score in each domain (mean±SD) (N=81)

Domain	No. drug items		p-value	DM complication		p-value	Co-underlying disease		p-value
	≤3	>3		No	Yes		No	Yes	
Diabetes control (DC)	31.64± 11.93	33.48± 12.57	0.50	31.51± 11.84	38.00± 13.07	0.06	31.75± 11.70	33.34± 12.69	0.55
Anxiety and worry (AW)	36.61± 18.38	35.45± 18.94	0.77	36.04± 18.66	35.53± 18.97	0.92	34.59± 17.20	36.83± 19.59	0.59
Energy and mobility (EM)	33.67± 15.08	35.77± 15.51	0.54	33.07± 14.38	42.86± 17.01	0.02*	33.18± 12.94	36.00± 16.66	0.40
Social Burden (SB)	26.67± 15.66	26.65± 13.30	0.96	25.74± 14.08	30.73± 14.72	0.22	24.71± 11.47	27.94± 15.78	0.30
Sexual Functioning (SF)	27.23± 18.56	26.44± 19.30	0.86	26.16± 17.72	29.46± 23.83	0.53	24.37± 14.55	28.34± 21.23	0.35
Overall 1 (OV1)	18.85± 8.35	19.40± 8.20	0.06	20.6± 8.42	20.05± 8.49	0.83	17.70± 8.92	22.42± 6.08	0.01*
Overall 2 (OV2)	20.19± 7.72	15.55± 6.89	0.01*	21.27± 6.58	16.48± 5.79	0.02*	17.99± 7.45	17.11± 7.02	0.22

Remark; Analyzed by independent t-test; * p-value<0.05

Table 4 Factors affected quality of life (N=81)

Factors	DC		AW		EM		SB		SF		OV1		OV2	
	Adjusted OR (95%CI)	p-value	Adjusted OR (95%CI)	p-value	Adjusted OR (95%CI)	p-value	Adjusted OR (95%CI)	p-value	Adjusted OR (95%CI)	p-value	Adjusted OR (95%CI)	p-value	Adjusted OR (95%CI)	p-value
FBS control														
Good	0.97 (0.16-5.75)	0.98	0.47 (0.15-1.48)	0.19	0.66 (0.09-1.43)	0.16	0.31 (0.05-1.81)	0.19	1.15 (1.03-1.73)	0.02*	0.33 (0.09-1.12)	0.07	4.38 (0.39-49.49	0.23
Dug item														
≤ 3 items	1.38 (0.28-6.74)	0.69	1.13 (0.38-3.37)	0.83	0.65 (0.17-2.45)	0.53	0.43 (0.07-2.74)	0.37	1.43 (0.29-7.04)	0.66	1.65 (0.47-5.78)	0.43	1.59 (1.19-2.27)	0.04*
Marital status														
Married	1.84 (0.19-17.56)	0.59	0.84 (0.23-3.06)	0.79	1.12 (0.88-1.37)	0.62	0.45 (0.07-2.79)	0.39	0.77 (0.14-4.08)	0.76	1.25 (0.28-5.63)	0.46	0.15 (0.02-1.02)	0.05
Age														
≤ 60 yrs	0.42 (0.07-2.57)	0.34	0.36 (0.09-1.38)	0.14	1.84 (0.19-17.36)	0.59	0.22 (0.03-1.43)	0.11	0.43 (0.06-3.08)	0.40	2.25 (0.25-20.23)	0.47	0.22 (0.29-1.69)	0.14

Remark : DC : Diabetes control; AW : Anxiety and worry; EN : Energy and mobility; SB : Social Burden; SF : Sexual Functioning; OV1: Overall 1; OV 2 : Overall

วิจารณ์และสรุปผล

จากการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้เป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอดีตก่อนหน้านี้ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย[5] ช่วงอายุของผู้ที่เข้าร่วมการศึกษามากที่สุดคือมากกว่า 60 ปี ซึ่งโรคเบาหวานมักพบเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มคนที่มีอายุมากกว่า 40 ปี โรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็นมากที่สุด คือโรคไตเรื้อรังซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jaturapattarapong และคณะ (2013)[4] โดยผู้ป่วยที่เข้าการศึกษาครั้งนี้คุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงเฉลี่ยเท่ากับ 179.86±61.59 มก./ดล. ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมการศึกษาส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด FBS ให้ได้ตามเป้าหมายแต่เมื่อ

พิจารณาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระยะยาวแล้วพบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับ HbA1C ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระยะยาวได้ตามเป้าหมาย ตามแนวทางการรักษาของสมาคมโรคเบาหวานของประเทศสหรัฐอเมริกา[1] และสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยที่กำหนดเป้าหมายของระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารที่ 70-130 มก./ดล.

ในด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับที่แย่กว่ากับการศึกษาก่อนหน้านี้คือการศึกษาของ Jaturapattarapong และคณะ[4] ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โดยคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้านภาระทางสังคมเป็นมิติที่ผู้ป่วยมีคุณภาพดีที่สุด รองลงมาคือคุณภาพชีวิตด้านมิติเพศสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้

เมื่อวิเคราะห์คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่มีภาวะหรือโรคร่วมการศึกษานี้พบว่าจำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยผู้ที่ได้รับยาตั้งแต่ 3 รายการขึ้นไปจะมีคุณภาพชีวิตภาพรวมในแง่ของความรุนแรงของโรคเบาหวานที่เป็นสูงกว่าผู้ที่ได้รับยาน้อยกว่า 3 รายการ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษานี้ที่พบว่าการได้รับยาหลายชนิดแสดงถึงความซับซ้อนของแบบแผนการรักษา เกิดความยุ่งยากในการใช้ยาจากการศึกษาของ Grant และคณะ (2003)[9] และ Iihara และคณะ (2004)[10] พบว่าจำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยได้รับจำนวนมากและวิธีการบริหารยาหลายครั้งในหนึ่งวันจะมีผลโดยตรงต่อความร่วมมือในการรักษา การควบคุมความรุนแรงของโรคและผลลัพธ์ทางคลินิกอื่นๆ รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

การมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานการศึกษาครั้งนี้พบว่าภาวะแทรกซ้อนหลักจากโรคเบาหวานคือ Nephropathy และ Retinopathy ซึ่งภาวะแทรกซ้อนทั้งสองจะส่งผลกระทบโดยตรงกับคุณภาพชีวิตด้านความมีเรี่ยวแรงและกระปรี้กระเปร่าและภาพรวมในแง่ของความรุนแรงของโรคเบาหวาน ดังการศึกษาของ รัตนาวดี จูละยานนท์ (2545)[12] ที่พบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การศึกษานี้พบว่าภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและสังคมของกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างที่คัดเข้าในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนค่อนข้างน้อยจึงอาจทำให้ไม่ผลกระทบมากนักนอกจากนี้การศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่าการมีโรคร่วมอื่น ๆ จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในด้านภาวะรวมความรุนแรงของโรคเบาหวานที่เป็นซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับยาจำนวนมากขึ้นและในผู้ป่วยบางรายอาจต้องกลับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้งและยาวนานขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนสอดคล้องกับการศึกษาของ Gascon และคณะ (2004)[13]ที่พบว่าการที่ผู้ป่วยมีภาวะโรคร่วมหลายโรคจะส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษา รวมถึงมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรักษาตัวได้

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือเป็นการศึกษาในช่วงระยะเวลาที่สั้นและกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษามีค่อนข้างน้อย แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้อาจจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานประจำได้ ซึ่งการศึกษาในอนาคตจะทำการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลาที่นานขึ้นรวมถึงเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตในระยะยาวและหลายช่วงเวลาซึ่งอาจทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึก รวมถึงทราบผลลัพธ์ทางคลินิกอื่นๆ

นอกจากนี้แบบวัดคุณภาพชีวิตโรคเบาหวาน D-39 ยังไม่มีเกณฑ์แปลผลคะแนนอย่างชัดเจน ทำให้ไม่อาจบอกได้ว่า ระดับคุณภาพชีวิตที่พบนั้นเหมาะสมหรือไม่ อย่างไรก็ตามข้อมูลดังกล่าวยังมีประโยชน์สำหรับเป็นข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาลเพื่อที่จะพัฒนางานและผลักดันให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้นจากระดับที่พบในการศึกษานี้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด FBS ให้ได้ตามเป้าหมายและได้รับยาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 รายการกับคุณภาพชีวิตมิติ เพศสัมพันธ์ (SF) และคุณภาพชีวิตโดยรวม (OV2) ส่วนปัจจัยอื่นๆ การศึกษาครั้งนี้ไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทั้งนี้จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่ามีหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเช่น สถานภาพสมรส อายุและอาชีพเป็นต้น[14,15] ซึ่งการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่นๆ ที่คาดว่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิต

สรุปคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลเปือยน้อยอยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นๆ ก่อนหน้านี้และในผู้ที่มีรายการยาที่ได้รับตั้งแต่ 3 รายการขึ้นไป มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและมีโรคร่วมจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตต่อผู้ป่วยเบาหวานได้ในมิติความกังวล เพศสัมพันธ์และความรุนแรงของโรคที่เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด FBS ให้ได้ตามเป้าหมายและจำนวนรายการยาที่ได้รับน้อยกว่า 3 รายการสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมิติ เพศสัมพันธ์ (SF) และความรุนแรงของโรคที่เป็น (OV2) ตามลำดับดังนั้นในการให้คำแนะนำปรึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรให้ความสำคัญและมีการทำงานร่วมกันเป็นสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงสุมาลี วนาทรัพย์ดำรง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเปือยน้อยและกลุ่มงานเภสัชกรรม

และคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลเปือยน้อยในการเอื้อเฟื้อสถานที่และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. American Diabetes Association, Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2016;39:S13-S22.
2. King H, Aubert R, Herman W. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates and projections. Diabetes Care 1998;21:1414-1431.
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2558 (Annual report 2015). Available from : http://thaincd.com/ document/file/download/ paper-manual/Annual-report-2015.pdf. Access : 1 November 2016.
4. Jaturapattarapong W, Sakthong P. Outcomes of Medication Therapy Management in Diabetic Outpatients. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal 2013;8(4):133-142.
5. จิณณพัต ธีรอภิศักดิ์กุล. คุณภาพชีวิตและปัจจัยทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึงอินซูลินในโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิตสาขาแพทยศาสตร์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551. 102 หน้า.
6. นลินี พูลทรัพย์, ปัญญา อุ่ยประเสริฐ. ผลการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมต่อจำนวนปัญหาจากการใช้ยาและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. ศรีนครินทรวิโรฒเภสัชสาร 2548;10 (1) : 10-16.
7. Kamarul Imran M, Ismail AA, Naing L, Wan Mohamad WB. Type 2 diabetes mellitus patients with poor glycaemic control have lower quality of life scores as measured by the Short Form-36. Singapore Med J 2010;51(2):157-62.
8. Songraksa K, Lerkiatbundit S. Development of a disease specific quality of life instrument: Thai version of the Diabetic-39.Songkla Med J 2009;27(1):35-49.
9. Sahaspot S, Charoensiri R, Kongkachuicha R. Glycemic Index of Glutinous and Non-Glutinous Landrace Rice Varieties Using “In vitro Rapidly Available Glucose. Burapha science journal 2015, 20(2): 1-13.
10. Grant RW, Devita NG, Singer DE, et al. Polypharmacy and medication adherence in patients with type 2 diabetes. Diabetes Care 2003; 26:1408–12
11. Iihara N, Tsukamoto T, Morita S, et al. Beliefs of chronically ill Japanese patients that lead to intentional non-adherence to medication. J Clin Pharm Ther 2004; 29:417–24.
12. รัตนาวดี จูละยานนท์. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวาน : กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครชัยศรี. วิทยานิพนธ์ ภม.สาขาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยศิลปากร. 2545.
13. Gascon JJ, Sanchez-Ortuno M, Llor B, *et al*. Treatment Compliance in Hypertension Study Group. Why hypertensive patients do not comply with the treatment: results from a qualitative study. Fam Pract 2004; 21:125–30.
14. Heebkaew S, Laohasiriwong W. Quality of life of patients with type ii diabetes mellitus in Kuchinarai district, Kalasin province. Research And Development Health Syste Journal 2013; 22-35.
15. ศิรินทิพย์ โกนสันเทียะ. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จย่า 100 ปีเมืองยาง อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา 2554; 17(1) : 31-44.