

ความตรงตามโครงสร้างของแบบประเมินความต้องการและ ปัญหาทางสุขภาพครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่น: กรณีศึกษา ครอบครัวแรงงานนอกระบบในภาคอีสาน

Construct Validity of the Khon Kaen University Family Health Needs and Problems Assessment Tool (KKU FHeNPAT): Case Studies of the Informal Sector Families in Isan

บทความวิจัย

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 33 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2553

Volume 33 No. 1 (January-March) 2010

ดารุณี จงอุดมการณ์ RN, PhD*

นิชภา จันทวงษ์ RN,** พย.ม. ลุนนี ราชไชย RN, พย.ม.***

วรกรณ์ ทุมแก้ว** RN, พย.ม.**** วิมลพรรณ บัวขาว** RN, พย.ม.*****

Darunee Jongudomkarn RN.Ph.D*

Nichapa Juntawong RN, MSN** Lunnee Rajchai RN, MSN***

Waraporn Tumkaew RN, MSN**** Wimophon Buakhaw RN, MSN*****

บทคัดย่อ

มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างของแบบประเมินความต้องการและปัญหาทางสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งคณะผู้วิจัยได้พัฒนามาเป็นลำดับ ด้วยการทดลองใช้เพื่อจำแนกกลุ่มครอบครัวที่มีปัญหาทางสุขภาพกับกลุ่มที่ไม่มีปัญหา ใช้การเปรียบเทียบกลุ่มอ้างอิง (known group) โดยเปรียบเทียบผลการประเมินความต้องการและปัญหาทางสุขภาพของครอบครัวแรงงานนอกระบบที่มีสมาชิกมีปัญหาสุขภาพซับซ้อนกับครอบครัวแรงงานนอกระบบทั่วไปจากพื้นที่ 4 แห่งในภาคอีสาน จำนวน 178 ครอบครัว ก่อนการเก็บข้อมูลเครื่องมือที่พัฒนาแล้วนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งทำงานในพื้นที่ทั้ง 4 แห่ง รวม 12 คน ผ่านการทดลองใช้ในกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ใกล้เคียงได้ค่าความเที่ยงของสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเป็น 0.87 ในจังหวัดขอนแก่น และ หนองบัวลำภู 0.92 ในจังหวัดเลย และ 0.98 ในจังหวัดสกลนคร ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนความต้องการและปัญหาของครอบครัว ระหว่างกลุ่มครอบครัวแรงงานนอกระบบทั่วไปกับครอบครัวแรงงานนอกระบบที่มีสมาชิกมีปัญหาสุขภาพซับซ้อนในทุกคู่ด้วยสถิติ One Way ANOVA พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 182.94, p < 0.001$) ผลจากการศึกษานี้ให้ข้อเสนอแนะว่าแบบประเมินความต้องการและปัญหาทางสุขภาพของครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่นสามารถนำมาใช้เพื่อจำแนกครอบครัวที่มีความต้องการและปัญหาทางสุขภาพครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งรายด้านและในภาพรวมอันจะเป็นประโยชน์ในการใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินความต้องการและปัญหาของครอบครัวผู้รับบริการอันเป็นส่วนสำคัญในการใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัวต่อไป

คำสำคัญ : แบบประเมินสุขภาพครอบครัว ความต้องการและปัญหาทางสุขภาพ การพัฒนาเครื่องมือ

* รองศาสตราจารย์ และกรรมการบริหารศูนย์ส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้วยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย

*** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสรวงดาว จังหวัดสกลนคร

**** พยาบาลวิชาชีพ สถานีอนามัยตำบลหนองกุงธนากร จังหวัดขอนแก่น

***** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู

Abstract

The objective of this study was to examine the construct validity of the Khon Kaen University Family Health Needs and Problems Assessment Tool (KKU FHeNPAT) as continued developed by the researchers. The study was conducted and compared among 178 families in four areas in Isan. Before conducting the data the developed tool was carried out for content validity and appropriate language using by the 12 local activists. A reliability score of followings: 0.87 for Khon Kaen and Nong Bua Lam Pu Province, 0.92 for Loei Province, and 0.98 for Sakonnakhon Province were determined by Cronbach's Alpha Coefficient method. Study results were analyzed by the One Way ANOVA method and found that there were differences between the mean scores in family health problem and need outcomes of the general Informal Sector families and Informal Sector families with health complex problems ($F = 182.94, p < 0.001$). Results suggest that the KKU Family Health Needs and Problems assessment tool (KKU FHeNPAT) can be used to differentiate the family health problems and needs, in terms of both each factors and the general overview. Therefore this tool would be useful for family health needs assessment and family nursing process.

KeyWords : Family Health Assessment Tool, Health Problems and Needs, Tool Development.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผลจากการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย ก่อให้เกิดการเปลี่ยนกระบวนทัศน์สุขภาพและระบบบริการสุขภาพ¹ ก่อปรกับนโยบายชาติว่าด้วยยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันครอบครัว พ.ศ. 2547-2556 ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ที่ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีเมื่อคราวประชุมในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2547 ได้ระบุสาระสำคัญในวัตถุประสงค์ของการกำหนดยุทธศาสตร์ว่าให้มีการสร้าง/พัฒนาบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในการทำงานด้านส่งเสริมความเข้มแข็งและความอยู่ดีมีสุขในครอบครัว ครอบครัวได้รับความช่วยเหลืออย่างถูกต้องตามหลักวิชาการจากผู้เชี่ยวชาญเมื่อต้องประสบกับปัญหาจนสามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติ เน้นยุทธศาสตร์ด้านการสร้างสุขภาพครอบครัวที่กำหนดแนวทางให้มีการดูแลครอบครัวอย่างองค์รวม ส่งเสริมสุขภาพครอบครัวทุกช่วงวัย จัดสิ่งแวดล้อม บทบาทในครอบครัว ความรับผิดชอบร่วมกันในหมู่สมาชิกทุกวัย ให้สามารถมีพัฒนาการและชีวิตครอบครัวที่เป็นสุขตามพัฒนาการ² จึงเกิดแนวคิดการพัฒนาแบบประเมินสุขภาพครอบครัวด้วยทฤษฎีพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (the Faculty of Nursing Family Health

Assessment Tool- FoN FHAT)³ ด้วยการประเมินปัญหา ผู้รับบริการเป็นข้อมูลนำเข้าเริ่มต้นของกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอนที่นำไปสู่การวิเคราะห์ปัญหา การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหา การปฏิบัติการ และการประเมินผลการพยาบาลพร้อมทั้งนำไปสู่การทดลองใช้เครื่องมือดังกล่าว ผลของการศึกษาจากผู้ทดลองใช้ที่เข้าร่วมโครงการฯ พบว่า แบบสอบถามความคิดเห็นในการประเมินสุขภาพครอบครัว มีความเที่ยงโดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.97 มีข้อเสนอจากผลการศึกษาสรุปได้ว่าแบบประเมินสุขภาพครอบครัวดังกล่าวมีประโยชน์และครอบคลุมทุกประเด็น สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินความต้องการและปัญหาของครอบครัวทางสุขภาพได้ แต่เพื่อความง่ายในการปฏิบัติควรมีการดัดแปลงสู่การสร้างคำถามแบบปรนัยด้วย ให้เข้าใจง่าย และใช้เวลาน้อย ผลจากศึกษาค้นคว้าจึงนำมาสู่แนวคิดการพัฒนาแบบประเมินสุขภาพครอบครัวที่เป็นปรนัย โดยมีการสร้างและพัฒนาตามหลักการพัฒนาเครื่องมือมาตรฐาน^{4,5,6,7,8} และได้ทดลองใช้ในประชากรที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดเลยผู้ตอบแบบสอบถามรวม 354 คน มีข้อคำถามส่วนที่ 1 การทำหน้าที่ครอบครัวรวม 60 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบระบุความต้องการและปัญหา

ทางสุขภาพครอบครัวอีก 20 ข้อ และ ส่วนที่ 3 แบบการประเมินความพึงพอใจของสมาชิกครอบครัวผู้ตอบแบบประเมิน อีก 10 ข้อ กำหนดมาตรประเมินค่าของปัญหาเป็น 4 ระดับ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 7 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) จากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 7 ท่าน 0.98 มีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบประเมินรวม 0.88 เมื่อวิเคราะห์ส่วนแบบประเมินสุขภาพครอบครัวและแบบระบุความต้องการและปัญหาด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบและหมุนแกนองค์ประกอบแบบอโรโธโกนอลด้วยวิธีแวนแมกซ์ คัดเลือกตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบตั้งแต่ 0.4 ไว้ และองค์ประกอบที่มีตัวแปรร่วม 5 ตัวแปรขึ้นไปเพื่อแปลผล ได้ผลการศึกษา คือ วิเคราะห์องค์ประกอบของแบบประเมินความต้องการและปัญหาทางสุขภาพของครอบครัวในส่วนที่ 2 ได้ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) สัมพันธภาพในครอบครัว 2) การอบรมกล่อมเกลาทางสังคม 3) การแก้ไขปัญหาของครอบครัว 4) การสร้างสุขภาวะและจริยธรรมในครอบครัว และ 5) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในครอบครัว มีความแปรปรวนรวมได้ร้อยละ 68.32 และแบบประเมินส่วนที่ 3 มีทั้งหมด 3 องค์ประกอบ คือ 1) ปัญหาด้านจิตวิญญาณ 2) ปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ 3) ปัญหาด้านสังคมสิ่งแวดล้อม มีความแปรปรวนรวมได้ร้อยละ 56.21 ส่วนการประเมินความพึงพอใจของผู้ตอบแบบประเมินส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากร้อยละ 48 ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาต่อยอดเพื่อหาคุณภาพของแบบประเมินฯ ที่ได้รับการพัฒนาเพื่อวัดความตรงตามโครงสร้าง โดยการวัดตัวแปรทางจิตวิทยาที่ต้องการศึกษาได้ ด้วยการศึกษาทดสอบในกลุ่มอ้างอิง (Known Group Technique)⁹ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตรงตามโครงสร้างของแบบประเมินฯ ดังกล่าวในกลุ่มแรงงานนอกระบบซึ่งเป็นกลุ่มแรงงานที่ทำงานเป็นอิสระหรือเป็นแรงงานที่ไม่ได้รับการคุ้มครองในระบบประกันสังคมและไม่มีสภาพเป็นลูกจ้างตามกฎหมายแรงงาน ในการวิจัยนี้กำหนดให้เป็นผู้ที่เป็นแรงงานรับจ้างทำเกษตรตามฤดูกาล คนทำงานบ้าน เกษตรกรชาวนา ชาวนา รับจ้างทั่วไป ช่างฝีมือ ช่างไร่ฝีมือ แม่ค้า

หาบเร่ และ แผงลอย¹⁰

ผลจากการศึกษาเป็นประโยชน์ต่อสถานบริการระดับปฐมภูมิ และสถานบริการพยาบาลอื่นๆ ให้มีเครื่องมือหรือแบบประเมิน ที่สามารถใช้ประเมินความต้องการและปัญหาทางสุขภาพของครอบครัวได้ครอบคลุม ครบถ้วน เป็นมาตรฐานร่วมกัน ทำให้ทีมสุขภาพ มีข้อมูลภาวะสุขภาพครอบครัว ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ สามารถวางแผนให้บริการได้อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อม สอดคล้องกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของประชาชน เป็นแนวทางในการพัฒนางาน การพยาบาลครอบครัว ในการเก็บข้อมูลพื้นฐานของครอบครัว สามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการดูแลครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งเป็นแนวทางสำหรับใช้ประเมินสุขภาพครอบครัวของนักศึกษาพยาบาล บุคลากรทางด้านสาธารณสุข หรือผู้ที่สนใจในการศึกษา ค้นคว้าหรือทำวิจัยสำหรับบุคคลทั่วไป รวมถึงเป็นแนวทางหรือเครื่องมือที่ช่วยในงานวิจัยด้านการพยาบาลครอบครัวอีกด้วย

กรอบแนวคิดการทำวิจัย

แนวคิดทฤษฎี^{3,4,11,12} ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าได้นำทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ครอบครัว (Family Structural - Functional Theory) และแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวมเป็นกรอบขึ้นนำการสร้างข้อคำถามและแบบประเมินสุขภาพครอบครัวเพื่อระบุความต้องการและปัญหาทางสุขภาพครอบครัว ทฤษฎีนี้อธิบายถึงโครงสร้างความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว บทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่แตกต่างกัน การตอบสนองหน้าที่ที่จำเป็นและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก มองครอบครัวเป็นระบบเปิดในสังคม มีลักษณะโครงสร้างของระบบที่แตกต่างกันและเป็นลักษณะเฉพาะโดยมีลักษณะของโครงสร้างครอบครัว (Family structure) ประกอบด้วย โครงสร้างบทบาท (Role structure) โครงสร้างด้านค่านิยม (Value structure) โครงสร้างของกระบวนการสื่อสาร (Communication process) และโครงสร้างด้านอำนาจและการตัดสินใจ (Power and decision making structure) ส่วนการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family function) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ที่จำเป็น

ของการดำรงอยู่ของครอบครัว อาทิ ด้านเศรษฐกิจ การผลิตสมาชิกใหม่และสืบทอดเผ่าพันธุ์มนุษย์ การกลมเกลียวทางสังคม และการให้ความรัก ความอบอุ่น เป็นต้น ส่วนสุขภาพแบบองค์รวม^{12,13} (Holistic health) นั้น เป็นภาวะสมบูรณ์ทางสุขภาพที่ขึ้นอยู่กับ การเชื่อมโยงปฏิสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม สิ่งแวดล้อม เข้าเป็นหนึ่งเดียว ก่อให้เกิดคุณลักษณะชีวิตที่มีความผาสุก หรือมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ ดังนั้น การศึกษาถึงลักษณะโครงสร้าง หน้าที่ของครอบครัว และสุขภาพแบบองค์รวม¹³ จะช่วยให้เข้าใจการทำงานของระบบครอบครัวโดยรวม มองครอบครัวให้เป็นหนึ่งเดียวกัน เข้าใจถึงความเชื่อมโยง ความสัมพันธ์ในครอบครัว และความขัดแย้ง ที่ก่อให้เกิดผลต่อสุขภาพ เพราะครอบครัวเป็นระบบย่อยของสังคมจึงมีหน้าที่ตามที่ตั้งใจคาดหวัง มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอื่นในสังคม คงความสมดุลของระบบได้ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมสิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ รวมไปถึงการส่งเสริมให้สมาชิกอยู่ร่วมกันในครอบครัวและสังคมด้วยดี หากครอบครัวมีการทำหน้าที่ได้ตามความคาดหวัง ครอบครัวก็จะมีผลดีไม่เกิดปัญหา หรือเมื่อใดที่ครอบครัวมีการทำหน้าที่บกพร่อง ครอบครัวจะเกิดปัญหาหรือความเสี่ยง ดังนั้น การใช้แบบประเมินความต้องการ และปัญหาทางสุขภาพครอบครัวจึงสร้างเพื่อประเมินลักษณะโครงสร้างครอบครัว การทำหน้าที่ครอบครัว และสุขภาพที่เป็นองค์รวม ให้เห็นระบบการทำงานของครอบครัวที่จะคงไว้ซึ่งสมดุล อันจะเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้เกิดความสะดวกในการทำงาน ประเมินความต้องการ และปัญหาทางสุขภาพครอบครัวได้อย่างครอบคลุมและสามารถนำไปวางแผนการดูแลสุขภาพครอบครัวในพื้นที่ที่พยาบาลผู้ดูแลครอบครัวรับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) ถึงผลของการพัฒนาเครื่องมือ (methodological and instrument developmental)¹⁴ เพื่อหาคุณภาพของแบบประเมินฯ โดยทดลองใช้กับกลุ่มที่ทราบคุณลักษณะทางจิตวิทยาตามที่ เป็นในกลุ่มที่มีลักษณะตรงข้ามกัน ถ้าพบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก็แสดงว่าแบบวัด

นั้นมีความตรงตามโครงสร้าง สามารถวัดตัวแปรทางจิตวิทยาที่ต้องการศึกษาได้^{5,6,7,8,9} ผู้วิจัยจึงศึกษาถึงความสามารถในการจำแนกปัญหาสุขภาพครอบครัวของกลุ่มครอบครัวแรงงานนอกระบบที่มีปัญหาเสี่ยงหรือปัญหาสุขภาพซับซ้อนออกจากกลุ่มที่ไม่มีปัญหาสุขภาพโดยใช้แบบประเมินที่ได้รับการพัฒนา เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแบบประเมินสุขภาพครอบครัว (KKU FHeNPAT) ให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในพื้นที่โดยศึกษาในพื้นที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ 4 แห่ง ได้แก่ การศึกษาในครอบครัวแรงงานนอกระบบที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนของสมาชิกด้านร่างกาย 2 พื้นที่ และด้านจิตใจ 2 พื้นที่ เพื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มครอบครัวแรงงานนอกระบบทั่วไปที่ไม่มีปัญหาสุขภาพของสมาชิกจากพื้นที่ 4 แห่ง โดยเปรียบเทียบ 5 กลุ่ม คือกลุ่มครอบครัวทั่วไปกับกลุ่มครอบครัวที่สมาชิกมีปัญหาสุขภาพในลักษณะต่างๆ 4 กลุ่มตามเกณฑ์ที่กำหนดทั้งหมดที่มีอยู่ในช่วงที่ศึกษา (ตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2551)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ครอบครัวซึ่งมีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตตำบลที่ร่วมโครงการ 4 พื้นที่ ได้แก่ 1) ตำบลสองดาว อำเภอสองดาว จังหวัดสกลนคร มีจำนวน 12 หมู่บ้าน มีครอบครัวทั้งหมด จำนวน 2,098 ครอบครัว 2) ตำบลหนองบัว มี 15 หมู่บ้าน มีจำนวน 2,600 ครอบครัว 3) ตำบลหนองกุงธนาสาร อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น มีหมู่บ้านรับผิดชอบจำนวน 16 หมู่บ้าน มี 2,190 ครอบครัว และ 4) ตำบลกุดป่อง มีครอบครัวในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 6,092 ครอบครัว รวมทั้งสิ้น 12,980 ครอบครัว ซึ่งครอบครัวเหล่านี้อาศัยอยู่ในช่วงที่ดำเนินการวิจัยโดยอ้างอิงตามข้อมูลของสำนักทะเบียนการปกครอง กระทรวงมหาดไทย^{15,16,17,18}

2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนของทุกครอบครัวที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดและยินดียอมรับร่วมในโครงการ มีภูมิลำเนาอาศัยและรับบริการจากศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่เขตตำบลที่ร่วมโครงการ 4 พื้นที่ รวม 178 ราย ได้แก่ ได้แก่จาก 1) ครอบครัวมีสมาชิกเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนในพื้นที่ตำบลสองดาว อำเภอสองดาว

จังหวัดสกลนคร 36 ราย 2) ครอบครัวมีสมาชิกถูกกระทำรุนแรงในพื้นที่ตำบลหนองบัว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู 36 ราย 3) ครอบครัวมีผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในพื้นที่ตำบลหนองกุงธนาสาร อำเภอภูเวียง จังหวัดขอนแก่น 36 ราย และ 4) ครอบครัวมีสมาชิกเป็นโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลกุดป่อง อำเภอเมือง จังหวัดเลย 34 ราย 5) กลุ่มครอบครัวแรงงานนอกระบบทั่วไปที่ไม่มีปัญหาสุขภาพของสมาชิกโดยการสุ่มด้วยการนำรายชื่อครอบครัวที่มีคุณสมบัติจับฉลากตามสัดส่วนแบบ cluster random sampling¹⁹ จาก พื้นที่ทั้ง 4 แห่ง จำนวน 36 ราย ตามสัดส่วนพื้นที่และจำนวนที่เท่าๆ กับกลุ่มเปรียบเทียบ²⁰ คือ จำนวน 36 ราย โดยตัวแทนของครอบครัวที่ตอบแบบสัมภาษณ์มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ มีสติสัมปชัญญะดี สามารถติดต่อสื่อสารภาษาไทยและให้ข้อมูลได้ และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือวิจัย ใช้แบบประเมินความต้องการและปัญหาทางสุขภาพครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่นซึ่งได้รับการพัฒนามาแล้วเพื่อประเมินถึงระดับความต้องการและปัญหาทางสุขภาพของครอบครัว โดยแปลผลจากค่าคะแนนความต้องการการดูแลช่วยเหลือของครอบครัวจากบุคลากรสุขภาพที่ตัวแทนครอบครัวตอบในแบบประเมินฯ แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินข้อมูลทั่วไปของครอบครัว จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัว จำนวน 54 ข้อ ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวตามโครงสร้างและการทำหน้าที่ของครอบครัว 4 ด้าน คือ 1) องค์ประกอบที่ 1 สัมพันธภาพและการทำหน้าที่ในครอบครัว จำนวน 19 ข้อ 2) องค์ประกอบที่ 2 การอบรมกล่อมเกลาทางสังคมและจริยธรรม จำนวน 17 ข้อ 3) องค์ประกอบที่ 3 การแก้ไขปัญหาของครอบครัว 7 ข้อ 4) องค์ประกอบที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพครอบครัว จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความต้องการและปัญหาทางสุขภาพของครอบครัว จำนวน 22 ข้อ มี 2 องค์ประกอบ คือ 1) องค์ประกอบที่ 1 ปัญหาด้านเศรษฐกิจ

สังคมและสิ่งแวดล้อม จำนวน 9 ข้อ 2) องค์ประกอบที่ 2 ปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ จำนวน 13 ข้อ

การแปลผลในส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ข้อความทางบวกรวมคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อ ส่วนข้อความทางลบให้กลับคะแนนก่อน จากนั้นนำผลรวมของคะแนนที่ได้นำมาจำแนกเป็นรายด้าน คิดค่าคะแนนเฉลี่ยแต่ละองค์ประกอบตามจำนวนข้อคำถาม และประเมินระดับปัญหาของครอบครัวในแต่ละองค์ประกอบ^{21,22} ดังนี้

1.00-1.75 หมายถึง ปัญหาครอบครัวอยู่ในระดับมาก ต้องการการดูแลจากเจ้าหน้าที่อย่างใกล้ชิด

1.76-2.50 หมายถึง ปัญหาครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ต้องการการดูแลจากเจ้าหน้าที่ในระดับปานกลาง

2.52-3.25 หมายถึง ปัญหาครอบครัวอยู่ในระดับน้อยต้องการการดูแลจากเจ้าหน้าที่ในระดับน้อย

3.26-4.00 หมายถึง ปัญหาครอบครัวอยู่ในระดับไม่มี หรือครอบครัวคิดว่าไม่มีปัญหา ต้องการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่น้อยที่สุดหรือไม่ต้องการครอบครัวสามารถที่จะแก้ไขปัญหาเองได้

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบประเมินฯ โดยมีผู้ที่เป็นตัวแทนของครอบครัวแรงงานนอกระบบทั่วไป ซึ่งสุ่มได้จากพื้นที่ 4 แห่งด้วยวิธีการสุ่มตามจำนวนกลุ่ม จำนวน 36 ราย จากครอบครัวเบาหวานที่มีอยู่ทั้งหมด 36 ราย จากครอบครัวมีผู้ถูกกระทำรุนแรงที่มีอยู่ทั้งหมด 36 ราย จาก ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังที่มีอยู่ทั้งหมด 36 ราย และจากครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอยู่ทั้งหมด 34 ราย พบว่าผู้ตอบแบบประเมินฯ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75.3) มีอายุ 31-40 (ร้อยละ 29.3) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 80.3) เป็นคู่สมรสของหัวหน้าครอบครัวและเป็นสมาชิกในครอบครัวในจำนวนที่เท่าๆ กัน (ร้อยละ 37.1) ส่วนใหญ่จบชั้น ป.1-ป.6 (ร้อยละ 51.0) มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 38.2) มีรายได้ 2,001-5,000 บาท (ร้อยละ 45.4) และส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรง (ร้อยละ 60.6) เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 44.9) มีจำนวนสมาชิก 4-6 คน (ร้อยละ 69.6) มีรายได้ 2,001-5,000 บาท (ร้อยละ

42.1) ระบุว่าใช้จ่ายเงินในครอบครัวร่วมกัน (ร้อยละ 63.4) ส่วนใหญ่สมาชิกในบ้านสุขภาพแข็งแรง (ร้อยละ 51.1) ส่วนใหญ่ระบุว่าไม่มีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ประจำอย่างน้อย 1 คน (ร้อยละ 70.7) และระบุว่าไม่มีสมาชิกอย่างน้อย 1 คน ดื่มสุราเป็นครั้งคราว (ร้อยละ 70.8)

ภาพรวมการระบุระดับความต้องการและปัญหาทางสุขภาพของครอบครัว ของครอบครัวแรงงานนอกระบบ ตามการรับรู้ของผู้ตอบแบบประเมินซึ่งเป็นตัวแทนครอบครัว พบว่า กลุ่มครอบครัวที่ระบุว่ามีต้องการและปัญหาทางสุขภาพครอบครัว มีในระดับน้อยที่สุดเพียงประการเดียว คือ กลุ่มแรงงานนอกระบบทั่วไป ($n = 36$, 20.2 %) ส่วนกลุ่มครอบครัวที่มี

สมาชิกเป็นเบาหวานที่มีปัญหาแทรกซ้อนระบุว่าภาพรวมระดับความต้องการและปัญหาทางสุขภาพของครอบครัว มี 2 ระดับ คือ มีปัญหา ในระดับน้อย ($n = 19$, 10.7 %) และ ปานกลาง ($n = 17$, 9.6 %) พบว่าอีก 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มครอบครัวที่มีสมาชิกมีปัญหาโรคจิต 2) กลุ่มครอบครัวที่มีสมาชิกมีปัญหาการกระทำรุนแรงในครอบครัว และ 3) กลุ่มครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระบุภาพรวมระดับความต้องการและปัญหาทางสุขภาพของครอบครัว มี 2 ระดับ คือ มีปัญหา ในระดับน้อยที่สุด ($n = 12$, 6.7 %; $n = 28$, 15.7%; และ $n = 4$, 2.2% ตามลำดับ) และ น้อย ($n = 24$, 13.5 %; $n = 8$, 4.5%; และ $n = 28$, 15.7% ตามลำดับ) นำเสนอในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละภาพรวมการระบุระดับความต้องการและปัญหาทางสุขภาพของครอบครัว ของครอบครัวแรงงานนอกระบบ ตามการรับรู้ของผู้ตอบแบบประเมินซึ่งเป็นตัวแทนครอบครัว

ระดับความต้องการและ ปัญหาของ	ด้านโครงสร้างหน้าที่			ด้านความต้องการและ ปัญหา			รวมทุกด้าน		
กลุ่มครอบครัว	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับปัญหา
แรงงานนอกระบบ			ปัญหา			ปัญหา			
1. ทั่วไป	3.63	0.15	เล็กน้อย	3.33	0.39	เล็กน้อย	3.56	0.13	น้อยที่สุด
2. มีสมาชิกเป็นเบาหวานและมีภาวะแทรกซ้อน	2.56	0.19	น้อย	2.36	0.15	ปานกลาง	2.51	0.17	น้อย
3. มีสมาชิกมีปัญหาสุขภาพทางจิต	3.36	0.26	เล็กน้อย	2.65	0.13	น้อย	3.18	0.29	น้อย
4. มีการกระทำรุนแรงในครอบครัว	3.71	0.19	เล็กน้อย	2.53	0.13	น้อย	3.40	0.16	น้อยที่สุด
5. มีสมาชิกเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	2.98	0.22	น้อย	2.80	0.31	น้อย	2.93	.022	น้อย

ผลการวิเคราะห์ภาพรวมการระบุด้านโครงสร้างการทำหน้าที่ครอบครัวระดับความต้องการและปัญหาทางสุขภาพของครอบครัว ของครอบครัวแรงงานนอกระบบ ตามการรับรู้ของผู้ตอบแบบประเมินซึ่งเป็นตัวแทนครอบครัว พบว่า กลุ่มครอบครัวที่ระบุค่าคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ ระดับน้อยที่สุด มี 2 กลุ่ม

คือ กลุ่มแรงงานนอกระบบทั่วไป และกลุ่มมีการกระทำรุนแรงในครอบครัว ($\bar{X} = 3.56$, $SD = 0.13$ และ $\bar{X} = 3.40$, $SD = 0.16$ ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มครอบครัวที่ระบุค่าคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ ระดับน้อย มี 3 กลุ่ม คือ กลุ่มมีสมาชิกเป็นเบาหวานที่มีปัญหาแทรกซ้อน กลุ่มครอบครัวที่มีสมาชิกมีปัญหา

สุขภาพจิต และ กลุ่มครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยเป็นโรค
หลอดเลือดสมอง ($\bar{X}$ = 2.51, SD= 0.17 $\bar{X}$ = 3.18, SD $\bar{X}$ = 0.29 และ = 2.93, SD= 0.022 ตามลำดับ)
ดังรายละเอียดนำเสนอในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ระดับคะแนนความต้องการและปัญหาทางสุขภาพ
ครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ตอบแบบประเมินฯ เป็นรายด้านจำแนกตามกลุ่มครอบครัว

ภาพรวมการระบุระดับความ ต้องการและปัญหาทางสุขภาพตาม การรับรู้ ผู้ตอบฯ	น้อยที่สุด		น้อย		ปานกลาง		มาก	
กลุ่มครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แรงงานนอกระบบ								
1. ทัวไป	36	20.2	-	-	-	-	-	-
2. มีสมาชิกเป็นเบาหวานและมี ภาวะแทรกซ้อน	-	-	19	10.7	17	9.6	-	-
3. มีสมาชิกมีปัญหาสุขภาพทางจิต	12	6.7	24	13.5	-	-	-	-
4. มีการกระทำรุนแรงในครอบครัว	28	15.7	8	4.5	-	-	-	-
5. มีสมาชิกเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง	4	2.2	28	15.7	2	1.1	-	-
รวม	80	44.9	79	44.4	19	10.7	178	100

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนความต้องการ
และปัญหาของครอบครัวจำแนกตามกลุ่มครอบครัว
ระหว่างกลุ่มครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน
ในเขตพื้นที่ ต.ส่องดาว ครอบครัวที่มีผู้ป่วยเจ็บป่วย
ด้วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสมาชิกในครอบครัว ใน
เขต ต.กุดป่อง จ.เลย ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตในเขต
ต.หนองกุงธนาสาร จ.ขอนแก่น และครอบครัวที่มีการ
กระทำรุนแรงในครอบครัว ในเขต จ. หนองบัวลำภู และ
ครอบครัวทั่วไปที่ทำการสุ่มตัวอย่างมาจาก 4 พื้นที่ ดัง
ที่กล่าวมา โดยใช้สถิติ One way ANOVA ผลการ
วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับคะแนนความต้องการและ
ปัญหาของครอบครัว ระหว่างกลุ่มครอบครัวแรงงาน
นอกระบบทั่วไป ($\bar{X}$ = 3.56, SD= 0.13) กับ
ครอบครัวแรงงานนอกระบบที่มีสมาชิกมีปัญหาสุขภาพ

ซับซ้อนในทุกคู่ในกลุ่มครอบครัวกระทำรุนแรง ครอบครัว
มีปัญหาสุขภาพจิต ครอบครัวโรคหลอดเลือดสมอง และ
ครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานตามลำดับ ($\bar{X}$ = 3.40 SD
= 0.16 $\bar{X}$ = 3.18, SD= 0.20; $\bar{X}$ = 2.93, SD
= 0.22; $\bar{X}$ = 2.51, SD= 0.17) พบว่ามีความแตก
ต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 182.94, p < 0.001$)
ซึ่งชี้ให้เห็นว่าแบบประเมินความต้องการและปัญหาทาง
สุขภาพของครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่นสามารถนำ
มาเพื่อจำแนกครอบครัวที่มีความต้องการและปัญหา
ทางสุขภาพครอบครัวที่มีคุณลักษณะเฉพาะได้อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติทั้งรายด้านและในภาพรวม อันจะเป็น
ประโยชน์ในการใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินความ
ต้องการและปัญหาของครอบครัวผู้รับบริการอันเป็น
ส่วนสำคัญในการใช้กระบวนการพยาบาลครอบครัวต่อไป

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความต้องการและปัญหาของครอบครัวรายกลุ่มโดยใช้สถิติ One way ANOVA

Source of Variation	Sum of Square	df	Mean of Square	F	p value
Between Group	24.39	4	6.099	182.94	<.001
Within Group	5.76	173	.033		
Total	30.16	177			

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความต้องการและปัญหาของครอบครัวรายคู่โดยใช้สถิติ One way ANOVA

กลุ่ม	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่				
	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 3	กลุ่ม 4	กลุ่ม 5
กลุ่ม 1	-	*	*	*	*
กลุ่ม 2		-	*	*	*
กลุ่ม 3			-	*	*
กลุ่ม 4				-	*
กลุ่ม 5					-

* Significance $\alpha < .05$

กลุ่ม 1 คือ กลุ่มครอบครัวที่มีผู้ป่วยเบาหวาน

กลุ่ม 2 คือ กลุ่มครอบครัวที่มีผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่ม 3 คือ กลุ่มที่มีผู้ป่วยโรคจิต

กลุ่ม 4 คือ กลุ่มครอบครัวที่มีการกระทำความรุนแรงในครอบครัว

กลุ่ม 5 คือ กลุ่มที่เป็นครอบครัวแรงงานนอกระบบทั่วไป

ผลจากการทดลองใช้ในภาคอีสาน คือ ชับซ้อนกับครอบครัวแรงงานนอกระบบทั่วไปจากพื้นที่ แบบประเมินความต้องการและปัญหาทางสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่นซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือให้เป็นแบบประเมินมาตรฐานตามหลักวิชาการโดยผ่านการสร้างและพัฒนาจากการวิจัยเชิงคุณภาพและแบบประเมินสุขภาพครอบครัวที่เป็นแบบประเมินปลายเปิด

สู่การสร้างแบบประเมินแบบปรนัย^{3,4,20} ผ่านการพัฒนาตามหลักการพัฒนาเครื่องมือมาเป็นลำดับ แล้วตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างด้วยวิธีการวิเคราะห์ องค์ประกอบของแบบประเมินความต้องการและปัญหาทางสุขภาพของครอบครัวในส่วนการทำหน้าที่ตามโครงสร้างหน้าที่ครอบครัว ได้ 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) สัมพันธภาพในครอบครัว 2) การอบรมกล่อมเกลางานสังคม 3) การแก้ไขปัญหาของครอบครัว 4) การสร้างสุขภาวะและจริยธรรมในครอบครัว และ 5) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในครอบครัวโดยอธิบายความแปรปรวนรวมได้ร้อยละ 68.32 และแบบประเมินส่วนความต้องการและปัญหาทางสุขภาพครอบครัว มีทั้งหมด 3 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ปัญหาด้านจิตวิญญาณ 2) ปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ 3) ปัญหาด้านสังคมสิ่งแวดล้อม อธิบายความแปรปรวนรวมได้ร้อยละ 56.21 แล้วนำแบบประเมินดังกล่าวทดลองใช้ในการประเมินสุขภาพครอบครัวแรงงานนอกระบบทั่วไป และครอบครัวแรงงาน

นอกระบบที่มีสมาชิกมีปัญหาสุขภาพซับซ้อนด้วยโรคเบาหวาน ครอบครัวแรงงานนอกระบบที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครอบครัวแรงงานนอกระบบที่มีผู้ป่วยโรคจิต และครอบครัวแรงงานนอกระบบที่มีการกระทำรุนแรงในครอบครัวพบว่า ครอบครัวแรงงานนอกระบบทั่วไปมีปัญหาสุขภาพครอบครัวน้อยที่สุด และเมื่อเปรียบเทียบผลการใช้แบบประเมินความต้องการและปัญหาทางสุขภาพของครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่นระหว่างครอบครัวแรงงานนอกระบบที่มีสมาชิกมีปัญหาสุขภาพซับซ้อนกับครอบครัวแรงงานนอกระบบทั่วไปที่มีสมาชิกไม่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 182.94, p < 0.001$) ดังนั้น ผลการทดลองใช้แบบประเมินสุขภาพครอบครัวฯ เพื่อพิสูจน์หาความตรงตามโครงสร้าง หรือ ความตรงตามทฤษฎี (Construct Validity) โดยวิธีการเปรียบเทียบกลุ่มอ้างอิง (known group technique) 5 กลุ่ม ซึ่งตั้งสมมุติฐานว่าค่าเฉลี่ยคะแนนผลการประเมินสุขภาพครอบครัวแรงงานนอกระบบทั่วไปมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดต่างจากกลุ่มครอบครัวที่มีสมาชิกมีปัญหาสุขภาพซับซ้อนอย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่าผลการวิจัยสอดคล้องตามที่งานวิจัยตั้งสมมุติฐานไว้ ผลการทดสอบจึงได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถใช้จำแนกกลุ่มบุคคลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ทางทฤษฎีได้ถูกต้องเหมาะสม^{20,23,24,25} ซึ่งชี้ให้เห็นว่าแบบประเมินสุขภาพครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่นนี้มีความตรงสามารถนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพครอบครัวได้ ทั้งนี้เพราะการทดสอบความตรงตามโครงสร้างเป็นวิธีการทดสอบความตรงของเครื่องมือวิจัยในแง่ที่จะบอกว่าสิ่งที่ได้มาจากการวัดนั้นมีความตรงตามแนวคิดเชิงทฤษฎีอย่างไร ซึ่งโดยทั่วไปแนวคิดเชิงทฤษฎีนี้มักอยู่ในรูปนามธรรม ความตรงตามโครงสร้างนี้จึงมีความสำคัญในแง่ของการเชื่อมโยงระหว่างทฤษฎีและสิ่งที่วัดได้จริงจากการปฏิบัติในเรื่องสุขภาพครอบครัวในการระบุทางวิชาการว่าแบบประเมิน หรือเครื่องมือนี้มีความตรงตามทฤษฎีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁹ แต่อย่างไรก็ตามผลการวิเคราะห์ใน 5 กลุ่ม พบว่าครอบครัวแรงงานนอกระบบที่มีปัญหาสูงสุดที่บ่งชี้จากการประเมินตามลำดับมากไปหาน้อยคือ ครอบครัวที่มีสมาชิก 1) เป็นเบาหวานและมีภาวะ

แทรกซ้อน 2) โรคหลอดเลือดสมอง 3) ปัญหาสุขภาพจิต และ 4) การกระทำรุนแรงในครอบครัว ทั้งนี้ จะเห็นว่าเป็นการตอบจากการรับรู้ของผู้ที่เป็นผู้แทนครอบครัวปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นๆ ส่งผลกระทบต่อบทบาทและวิถีชีวิตในครอบครัวเพียงใดและครอบครัวได้ให้ความสำคัญต่อปัญหาที่เกิดขึ้นเพียงใด ดังนั้น ผลการวิจัยจึงสอดคล้องกับการวิจัยอื่นๆ ที่พบว่าครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวมีโรคเรื้อรังและต้องได้รับการดูแลส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อเศรษฐกิจในครอบครัวและการกระทำบทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทถึงขั้นที่อาจต้องลาออกจากงานมาดูแลผู้ป่วยที่ทุพพลภาพ^{26,27,28} ส่วนปัญหาสุขภาพจิตและการกระทำรุนแรงดูเหมือนว่าจะมีระดับปัญหาสูงกว่า แต่ปัญหาทั้งสองเรื่องนี้เป็นปัญหาที่รุนแรงตามการรับรู้ของสังคม ในขณะที่ครอบครัวรับรู้ว่าเป็นตราบาปและควรปกปิดไว้^{29,30,31} ส่งผลกระทบต่อผู้ถูกกระทำ หรือผู้ป่วยโดยตรงแต่ไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกครอบครัวคนอื่นโดยรวม ไม่ต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาท ยังสามารถดำเนินชีวิตได้ตามวิถีทางปกติ

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะการวิจัย

แบบประเมินสุขภาพครอบครัวที่ได้รับการพัฒนานี้เป็นการประเมินผลสุขภาพครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ตอบแบบประเมินฯ ซึ่งเป็นผู้แทนครอบครัวนั้นๆ ดังนั้น ผลการประเมินที่ได้อาจไม่ตรงตามบุคคลภายนอก หรือ บุคลากรสุขภาพคิดหรือคาดการณ์ไว้ ดังนั้น ผู้ที่สนใจนำแบบประเมินฯ ดังกล่าวไปใช้จึงควรศึกษาคู่มือและคำแนะนำการใช้อย่างละเอียด นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาและทดลองใช้แบบประเมินสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่นต่อไปเพื่อให้แบบประเมินสุขภาพครอบครัวมหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งมี 75 ข้อให้มีความครอบคลุมคำถามน้อยลง สั้น และกระชับมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.). ผลการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา พ.ศ. 2540-2549. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), กระทรวงสาธารณสุข; 2006.
2. สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันครอบครัว พ.ศ. 2547-2556. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2547.
3. ดารุณี จงอุดมการณ์. พินิจ สุตรา วิไลวรรณ แก้วพรหม ภัทธา แสนธรรมมา พิษณุกานต์ สุกุลพานิช. ผลการใช้แบบประเมินสุขภาพครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2549; 29(1): 24-36.
4. วิไลวรรณ แก้วพรหม. การพัฒนาแบบประเมินปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว: กรณีศึกษา ศูนย์สุขภาพชุมชน ตำบลวังสะพุง อำเภอยางสีสุราช จังหวัดเลย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว; 2552.
5. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย; 2547.
6. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพฯ: บีแอนด์บีพับลิชชิ่ง; 2542.
7. เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย และ วัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์. เทคนิคการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. สงขลา: อัลลาร์ดเพรส; 2536.
8. อุทุมพร จามรمان. การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดลักษณะผู้เรียน. กรุงเทพฯ: ฟีนิกซ์พับลิชชิ่ง; 2532.
9. นงลักษณ์ วิรัชชัย. การวัด (Measurement). กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546 (เอกสารอัดสำเนา).
10. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2551. แรเงงานนอกระบบ. สารสุขภาพ: Health Fact Sheet. 2551; 1(29): 1-2.
11. Dossey, MB. Holistic nursing: a handbook for practice. Boston: Jones and Bartlett Pub., 2003.
12. Friedman MM, Bowden VR, Jones EG. Family Nursing. Research, Theory, & Practice. 5th ed. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall; 2003.
13. ดารุณี จงอุดมการณ์. สุขภาพองค์รวม: วิทยายุทธการอยู่ดีมีสุขของประชาชน. มนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์. 2549; 23(2): 58-79.
14. Prager T, van der Meulen JP. Instrument Development Inquiry. 7th ed. Geneva: WMO/TD No. 1352; 2006.
15. ข้อมูลครอบครัว. เอกสารบันทึกจากสถานีตำรวจภูธรหนองบัวลำภูและศูนย์พึ่งได้. หนองบัวลำภู: โรงพยาบาลหนองบัวลำภู; 2551 (เอกสารอัดสำเนา).
16. ข้อมูลครอบครัว. เอกสารข้อมูลประชากรจากเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลหนองบัวลำภู. หนองบัวลำภู: โรงพยาบาลหนองบัวลำภู; 2551 (เอกสารอัดสำเนา).
17. ข้อมูลครอบครัว. เอกสารข้อมูลประชากรจากเวชกรรมสังคม สุขภาพชุมชน ตำบลกุดป่อง. เลย: โรงพยาบาลเลย; 2551 (เอกสารอัดสำเนา).
18. ข้อมูลครอบครัว. เอกสารข้อมูลประชากร ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ. สกลนคร: โรงพยาบาลส่องดาว; 2551 (เอกสารอัดสำเนา).
19. Hoshaw-Woodard S. Description and comparison of the methods of cluster sampling and lot quality assurance sampling to assess immunization coverage. Geneva: World Health Organization; 2001.

20. ประกาย จิโรจน์กุล. การวิจัยทางการพยาบาล: แนวคิด หลักการ และวิธีปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก; 2548.
21. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood cliffs, N.J.: Prentice Hall; 1977.
22. Daniel WW. Biostatistics. A foundation for analysis in the health science. 6th ed. New York: John Wiley & Sons; 1995.
23. Spector PE. Summated Rating Scale Construction: An Introduction. Newbury Park, CA: Sage; 1992.
24. Middel B. et al. Psychometric properties of the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHF-Q). Clinical Rehabilitation. 2001; 15: 489-500.
25. Schoonen R, Verhallen M. The Assessment of Deep Word Knowledge in Young First and Second Language Learners. Language Testing. 2008; 25(2): 211-236.
26. Wright LM, Bell JM. Beliefs and Illness: A Model for Healing. Calgary, Canada: 4 th Floor Press; 2009.
27. กฤษฎา คัชรินทร์ ตารุณี จงอุดมการณ์ และ สมพร วัฒนานุกุลเกียรติ. การจัดการในครอบครัวเมื่อมีสมาชิกป่วยด้วยโรคสโตรค: การณศึกษาในจังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2550; 25(2): 6-16.
28. พิเชษฐ เรืองสุขสุด, วิไล เกิดผล. การดูแลเด็กป่วยเรื้อรังแบบองค์รวมต่อเนื่องที่บ้าน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2552; 32(3) : 47-58
29. กฤตยา แสงเจริญ. การทำนายพฤติกรรมรุนแรงของสามีในครอบครัวไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
30. ภาวิดา พัทธอักษรามวงศ์. การเปรียบเทียบการรับรู้ของบุตรและบิดามารดาต่อการใช้ความรุนแรงในกระบวนการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544.
31. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และ คณะ. สุขภาพจิตตามการรับรู้ของคนอีสาน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2546; 48(4): 239-249.