



ปัจจัยทำนายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม ในเขตเทศบาลนครตรัง

Factors Predicting Family Management and Co-morbidity in Patients with Diabetes Mellitus in Trang Municipality

ปรีดา สารลักษณ์^{1*}, วรารัตน์ ทิพย์รัตน์² และ สดศรี ประทุม¹

Preeda salalux^{1*}, Wararat Tiparat² and Sodsri Pratum¹

โรงพยาบาลตรัง¹, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิตรัง²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมในเขตเทศบาลนครตรัง ตามแนวคิดการจัดการของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีบทบาทในการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม จำนวน 175 คน ได้มาโดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามจำนวน 7 ชุด ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลของครอบครัว 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว 3) แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว 4) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว 5) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว 6) แบบสอบถามเครือข่ายทางสังคม และ 7) แบบสอบถามการจัดการของครอบครัว เครื่องมือการวิจัยทุกชุดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าอยู่ระหว่าง .73 - .82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า

1. การจัดการของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม อยู่ในระดับปานกลาง ($M=43.06$, $SD=5.81$)
2. ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก ($r=.402$, $.189$, $.193$ ตามลำดับ)
3. ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์การจัดการของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมได้ คือ สัมพันธภาพในครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมร้อยละ 43.60 ($R^2=.436$)

บุคลากรด้านสุขภาพควรนำปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม มาประยุกต์ใช้กับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมที่ต้องมีการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่มีโรคร่วมให้น้อยลง

คำสำคัญ: การจัดการของครอบครัว, ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: wararat2@windowslive.com เบอร์โทรศัพท์ 083-1724822)

Abstract

This predictive research investigated the predicting factors of family management and co-morbidity in patients with diabetes mellitus in Trang Municipality. The framework of the study was based on the family management concept. Sample consisted of 175 family members of diabetes mellitus patients recruited by multi-stage random sampling. These family members played a leading role in the family management of diabetes and co-morbidity in their families. The research instruments included a questionnaire consisting seven parts: 1) family general information, 2) family economic status, 3) family relationships, 4) family health behaviors, 5) perceived severity of family disease, 6) family social networks, and 7) family management. Content validity analysis of the questionnaire was confirmed by three experts. Cronbach's alpha coefficient was employed to test the reliability of the questionnaire, range of the coefficient being .73 - .82. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, Pearson product moment correlation, and stepwise multiple regression.

The results of this study showed the following. 1) Overall, the family management of diabetes mellitus and co-morbidity in families was at a moderate level ($M = 43.06$, $SD = 5.81$). 2) Family relationships, family health behaviors and family social networks were significantly correlated with family management for patients with diabetes mellitus and co-morbidity at a level of .05 ($r = .402$, $.189$ and $.193$, respectively). 3) Family relationships and family social networks accounted for 43.60% of the variance in explaining the family management for patients with diabetes mellitus and co-morbidity ($R^2 = .436$).

In conclusion, the health care personnel should apply the family relationships and social networks factors to providing health care of patients who have diabetes mellitus with co-morbidity, and requires ongoing behavior modification in order to reduce complications of the disease.

Keywords: Family Management, Diabetes Mellitus, Co-Morbidity

บทนำ

ครอบครัวเป็นแหล่งสำคัญในการดูแลส่งเสริมและรักษาสุขภาพของบุคคลในครอบครัว ทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกครอบครัวมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวโดยรวมเช่นกัน (Wright & Leahey, 2013) ดังนั้นเมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งถ้าครอบครัวสามารถประเมินความเจ็บป่วยได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและมีการตกลงกันภายในครอบครัว ครอบครัวก็จะเริ่มแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และแก้ไข้ปัญหาของสมาชิก ปัญหาการเจ็บป่วยก็จะลดลง โดยครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการกำหนดบทบาทพฤติกรรมของผู้ป่วย และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือปรับวิถีการดำเนินชีวิตในครอบครัว การกระทำ

ดังกล่าวถือว่าเป็นความสามารถของครอบครัวหรือการจัดการของครอบครัว ซึ่งการจัดการของครอบครัวเป็นกระบวนการบริหารภายในครอบครัวให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ครอบครัวตอบสนองต่อภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังของสมาชิกให้สามารถจัดการตนเองตามบริบทของครอบครัวได้ และผลลัพธ์ของการจัดการครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวสามารถควบคุมโรค ลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคได้ (Schilling, Knafl, & Grey, 2002)

ปัจจุบันโรคเบาหวานเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อย สหพันธ์เบาหวานนานาชาติได้ประมาณว่าขณะนี้ทั่วโลกมีประชากรอย่างน้อย 177 ล้านคน ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ถ้าไม่มีการควบคุมอย่างจริงจัง คาดว่าในปี พ.ศ.2568 ทั่วโลกจะมีประชากรเป็นโรคเบาหวานถึง 380 ล้านคน และจะมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็นจำนวน 3.2 ล้านคนในแต่ละปี ซึ่งคิดเป็น 6 คนในทุก ๆ 1 นาที โดยโรคแทรกซ้อนของเบาหวานมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการเป็นโรคเบาหวาน คือ ยิ่งเป็นเบาหวานนานเท่าใด โอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนก็จะมากขึ้นเท่านั้น (Bureau of Non Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public, 2015) ในประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ดี ร้อยละ 20.33 และจากข้อมูลอัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน ระหว่างปี พ.ศ.2555 - 2558 มีแนวโน้มอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 12.1 เป็น 19.4 ต่อแสนประชากร (Vijitsuntharakul, & Chasombat, 2015) จังหวัดตรังเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานสูงมากของเขตสุขภาพที่ 12 ปัจจุบันควบคุมได้ดี ร้อยละ 38.26 มีภาวะแทรกซ้อนของโรค ร้อยละ 53.46 และพบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เสียชีวิตมีอัตราตายเท่ากับ 16.47 (Public health office of Trang, 2015) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและการตายที่สำคัญ การมีภาวะแทรกซ้อนจะทำให้สมรรถภาพร่างกาย คุณภาพชีวิต อายุขัยของผู้ป่วยลดลง เป็นภาระแก่สมาชิกในครอบครัว และค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลรายบุคคลเพิ่มขึ้น ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเป้าหมายสำคัญของการจัดการโรคเบาหวานคือ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Jiamjarutrangsi, 2017)

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการของครอบครัวคือ ปัจจัยด้านครอบครัว ซึ่งมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งถ้าความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดี โครงสร้างครอบครัวชัดเจน มีการสื่อสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสมาชิก ก็จะมีผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Grey, Knafl, & McCorkle, 2006) ซึ่งจากการศึกษาของ Wannasiri (2016) พบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีผลต่อการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยการสนับสนุนด้านอารมณ์ให้สมาชิกในครอบครัวมีความรักใคร่ผูกพันกัน มีความห่วงใยกัน ทำกิจกรรมด้วยกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Senchum, Surit, Noosorn, & Kanokthet (2011) พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์ทางบวกและสามารถร่วมทำนายบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลส่งเสริมสุขภาพคือ สัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวนั้น เป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ครอบครัวจัดการกับสมาชิกในครอบครัวทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ถ้าครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ก็จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัวด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Nomruk (2015) พบว่าพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Detma, Duronglittitum & Kittorntum (2013) พบว่าการรับรู้บทบาทของคนในครอบครัวในการจัดการโรคเบาหวานในผู้ที่เป็นเบาหวานสามารถทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ ดังนั้นเมื่อสมาชิกครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อ



ต่อผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น โดยเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีโรคร่วม จึงมุ่งเน้นให้ครอบครัวสามารถจัดการให้ผู้ป่วยปรับตัวและเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ไม่มีการกำเริบรุนแรง สามารถลดหรือป้องกันความพิการ และภาวะแทรกซ้อนของโรคได้

จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะพยาบาลงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศูนย์ตรัง ซึ่งรับผิดชอบในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่ประชาชนที่อยู่ในเขตเทศบาลนคร ตรัง จังหวัดตรัง เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการ ณ คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ศูนย์ตรัง โดยผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังคือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เป็นต้น ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคได้ ร้อยละ 37.72 และมีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 54.37 (Community Nursing Department: Tranghospital Center, 2015) ดังนั้นในบทบาทของพยาบาลประจำครอบครัว นอกจากจะให้การดูแลครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังแล้ว ยังต้องเข้าใจถึงผลกระทบของโรคต่อครอบครัว และจะต้องช่วยสร้างเสริมให้ครอบครัวเกิดความกระตือรือร้น และเกิดความมั่นใจในการจัดการกับปัจจัยที่มีผลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อเอื้ออำนวยและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะการเจ็บป่วย สามารถควบคุมและป้องกันอาการกำเริบของโรคเรื้อรังได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดผลลัพธ์การจัดการของครอบครัวของ Grey, Knafl, & McCorkle (2006) ซึ่งครอบคลุมด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา ด้านการจัดการความเครียด และด้านการจัดการเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น มาศึกษาการจัดการของ ครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม ว่ามีการจัดการดูแลสุขภาพของสมาชิกที่เจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวานที่มี โรคร่วมอย่างไร ทั้งนี้ผลการศึกษาที่ได้จะสามารถเอื้อประโยชน์ให้บุคลากรทางด้านสุขภาพ สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิเคราะห์ปัญหา และนำไปสู่การวางแผนหาแนวทางเพื่อให้การช่วยเหลือ และส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ครอบครัวในการบริหารจัดการในระยะที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ที่มีโรคร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้การดำเนินชีวิตของครอบครัวเป็นไปอย่างปกติสุข มีสุขภาวะ ภายใต้อิทธิพลของครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมในเขตเทศบาลนครตรัง

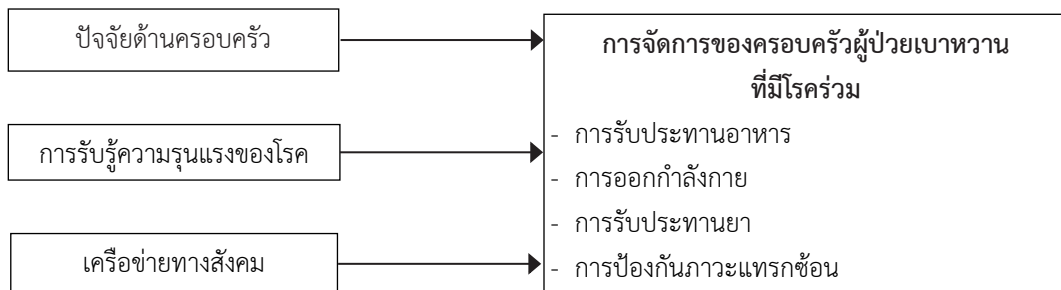
สมมติฐานวิจัย

ปัจจัยฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว การรับรู้ ความรุนแรงของครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมสามารถร่วมทำนายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีโรคร่วมในเขตเทศบาลนครตรัง

กรอบแนวคิดวิจัย

ในการศึกษาการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมนี้ ได้ศึกษาตามแนวคิดผลลัพธ์การจัดการของครอบครัวในภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังของ Grey, Knafl & McCorkle (2006) ซึ่งการจัดการของ ครอบครัวเป็นการปฏิบัติในชีวิตประจำวันของครอบครัวที่มีผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมให้สามารถควบคุมโรค

และป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม สำหรับการศึกษาในครั้งนี้มุ่งเน้นประเด็นปัจจัยด้านครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว เนื่องจากรายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ครอบครัวสามารถเลือกซื้ออาหารหรือประกอบอาหารที่เหมาะสม จะช่วยเพิ่มการจัดการของครอบครัวให้มีศักยภาพมากขึ้น (Thuntirasopanakul, Wacharasin, & Deoisres, 2011) รวมทั้งครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดี มีการสนับสนุนด้านอารมณ์ให้สมาชิกในครอบครัวมีความรักใคร่ผูกพันกัน มีความห่วงใยกัน ทำกิจกรรมด้วยกัน จะส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน (Senchum, Surit, Noosorn, & Kanokthet, 2011; Wannasiri, 2016) และการรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว ซึ่งเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ครอบครัวจะพยายามหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ครอบครัวจะเริ่มรับรู้การเจ็บป่วยและเรียนรู้ที่จะจัดการในครอบครัวเพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น (Thuntirasopanakul, Wacharasin, & Deoisres, 2011) รวมทั้งเครือข่ายทางสังคม ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวในการแสวงหาการรักษาและการดูแลผู้ป่วย ถ้าครอบครัวมีเครือข่ายทางสังคมที่ดี เมื่อเกิดปัญหาสามารถขอความช่วยเหลือเครือข่ายได้ ก็จะส่งผลต่อการจัดการครอบครัวที่ดีด้วย (Thuntirasopanakul, Wacharasin, & Deoisres, 2011) ดังนั้นผู้วิจัยได้เลือกศึกษาถึงปัจจัยทำนายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมในเขตเทศบาลนครตรัง โดยสามารถนำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ตัวแทนสมาชิกครอบครัวอายุ 20-69 ปี ที่มีบทบาทในการดูแลจัดการในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเทศบาลนครตรัง ในเขตความรับผิดชอบของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลตรัง อย่างน้อย 6 เดือนก่อนเก็บข้อมูล โดยกำหนดคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีโรคร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง ไ้มนในเลือดสูง โรคไต และโรคหัวใจ เป็นต้น 2) เป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในครอบครัวในการตัดสินใจจัดการดูแลครอบครัวด้านการรักษาพยาบาล ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านเศรษฐกิจ 3) สามารถสื่อสารและโต้ตอบกับผู้วิจัยได้ ไม่มีปัญหาการพูด การมองเห็น การได้ยิน สามารถพูดและอ่านภาษาไทยได้ดี



4) ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในการทำวิจัยครั้งนี้ ประชากรในการศึกษาค้างนี้มีจำนวน 320 ครอบครัว และกำหนดคุณสมบัติเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ สมาชิกในครอบครัวที่เป็นเบาหวานที่มีโรคร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคไต และโรคหัวใจ เป็นต้น ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เพิ่มเติมว่าเป็นโรคร่วมอื่นมากกว่าที่กำหนดไว้ในเกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางการประมาณค่าตัวอย่างของ Krejcie & Morgan (1970) กำหนดขนาดความเชื่อมั่นที่ 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 175 ครอบครัวจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) โดยดำเนินการคัดรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมตามคุณสมบัติที่กำหนด ที่มารับบริการ ณ คลินิกชุมชน ในเขตความรับผิดชอบกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลตรัง จำนวน 11 ชุมชน หลังจากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม และหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชุมชน จำนวน 11 ชุมชน โดยใช้อัตราส่วนคิดเทียบสัดส่วนจากจำนวนประชากรและจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชุมชน แล้วจึงสุ่มตัวอย่างโดยสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience Sampling) ตามสัดส่วนแต่ละชุมชนในเขตเทศบาลนครตรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม จำนวน 7 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย รายได้เฉลี่ยของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาที่สมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นเบาหวานและมีโรคร่วม การเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นร่วมกับโรคเบาหวาน การรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาการนัดหมายที่มาพบแพทย์แต่ละครั้ง และสิทธิการรักษา เป็นต้น

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ฐานะทางเศรษฐกิจครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Tunlog (2011) ได้ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อทั้งทางบวกและทางลบ เป็นแบบวัดประมาณค่า เลือกตอบ มี 5 ระดับคือ จริงที่สุด จริง ไม่แน่ใจ ไม่จริง และไม่จริงเลย

3. แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Wiriyasirikul (2006) ได้ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ทั้งทางบวกและทางลบ เป็นแบบวัดประมาณค่า เลือกตอบ มี 5 ระดับคือ จริงที่สุด จริง ไม่แน่ใจ ไม่จริง และไม่จริงเลย

4. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Harabut (2009) ได้ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ทั้งทางบวกและทางลบเป็นแบบวัดประมาณค่า เลือกตอบ มี 5 ระดับคือ จริงที่สุด จริง ไม่แน่ใจ ไม่จริง และไม่จริงเลย

5. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Thuntirasopanukul, Wacharasin, & Deoisres (2011) ได้ข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ คำถามทางลบทั้งหมดเป็นแบบวัดประมาณค่า เลือกตอบ มี 5 ระดับคือ รุนแรงมาก รุนแรงปานกลาง รุนแรงน้อย ไม่รุนแรง และไม่มีอาการ

6. แบบสอบถามเครือข่ายทางสังคม เป็นแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ Punyaroeng, Suwanprapisa, & Tuanrat (2009) ได้ข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบวัดประมาณค่า เลือกตอบ มี 5 ระดับคือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง ไม่ได้รับ และไม่ได้ออ

7. แบบสอบถามการจัดการของครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดผลลัพธ์การจัดการของครอบครัว ในภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังของ Grey, Knafl, & McCorkle (2006) ครอบคลุมด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้ข้อคำถาม 15 ข้อ ทั้งทางบวกและทางลบ เป็นแบบวัดประมาณค่าเลือกตอบมี 4 ระดับคือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง และไม่เคยเลย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยทั้ง 7 ชุด ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ ทางด้านการพยาบาลครอบครัว ด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และด้านการวิจัย จำนวน 3 คน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) คือ .92, .84, .82, .90, .89, .84 และ .91 ตามลำดับ และผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขไปหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยการทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาคือ ตัวแทนครอบครัวที่มีบทบาทในการจัดการดูแลสมาชิกเป็นเบาหวานที่มีโรคร่วม ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือด โรคไต และโรคหัวใจ จำนวน 30 คน ในชุมชนเขตเทศบาลนครตรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามแต่ละชุด เท่ากับ .81, .73, .77, .74, .79 และ .82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง ผ่านกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลตรัง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย
2. คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย แล้วจึงชี้แจงขั้นตอนต่าง ๆ ในการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด สาธิตการเก็บข้อมูลวิจัย และให้ผู้ช่วยวิจัยสาธิตย้อนกลับเพื่อตรวจสอบความสามารถในการเก็บข้อมูลของผู้ช่วยวิจัย
3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และให้การพิทักษ์สิทธิ์ก่อนทำการเก็บข้อมูล โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตามความต้องการ เมื่อได้รับอนุญาตจึงเริ่มทำการเก็บข้อมูล
4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมที่จะให้ข้อมูล ถ้าครอบครัวที่ไม่พร้อมในวันที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล ครอบครัวจะเป็นผู้นัดหมายวัน เวลา ที่จะให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยลงเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะเก็บข้อมูลจำนวน 2 ครั้งต่อครอบครัว ห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยในครั้งที่ 1 ดำเนินการเก็บข้อมูลในแบบสอบถามชุดที่ 1-4 ครั้งที่ 2 ดำเนินการเก็บข้อมูลในแบบสอบถามชุดที่ 5-7 เนื่องจากแบบสอบถามมีจำนวนหลายข้อและหลายชุด ดังนั้นเพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้าในการให้ข้อมูล จึงแบ่งเก็บข้อมูลเป็น 2 ครั้ง ตามหลักการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
5. ตรวจสอบคำถามให้สมบูรณ์ ถ้าพบข้อมูลไม่ครบถ้วนก็ขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจนครบทุกข้อแล้วจึงนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมโดยรวมและรายด้าน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม โดยใช้ค่าความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เกณฑ์ในการพิจารณาความสัมพันธ์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ดังนี้



- ± 0.81 ถึง ± 1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก
- ± 0.61 ถึง ± 0.80 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับสูง
- ± 0.41 ถึง ± 0.60 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง
- ± 0.21 ถึง ± 0.40 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ
- ± 0.00 ถึง ± 0.20 หมายถึง มีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก

3. วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัว โดยใช้สถิติ Multiple Stepwise Regression โดยทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นคือ

3.1 ทดสอบการแจกแจงข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov (K-S test) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (test of Normality) คือ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ($K-S \text{ test}=.926, p\text{-value}=.358$) สัมพันธภาพในครอบครัว ($K-S \text{ test}=.391, p\text{-value}=.402$) พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว ($K-S \text{ test}=.619, p\text{-value}=.211$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($K-S \text{ test}=.632, p\text{-value}=.173$) เครือข่ายทางสังคม ($K-S \text{ test}=.944, p\text{-value}=.334$) และการจัดการของครอบครัว ($K-S \text{ test}=.434, p\text{-value}=.083$)

3.2 ตัวแปรอิสระด้วยกันต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง โดยค่า *Tolerance* ไม่เข้าใกล้ 0 และค่า *VIF* เข้าใกล้ 10 จึงไม่เกิดปัญหา Muticollinearity ดังนี้ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ($Tolerance=.853, VIF=1.173$) สัมพันธภาพในครอบครัว ($Tolerance=.791, VIF=1.264$) พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว ($Tolerance=.794, VIF=1.259$) การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($Tolerance=.958, VIF=1.044$) และเครือข่ายทางสังคม ($Tolerance=.969, VIF=1.032$)

3.3 ทดสอบค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Autocorrelation) เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าค่า *Durbin-Watson*=1.728 ซึ่งเข้าใกล้ 2 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระจากกัน

3.4 ทดสอบตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) โดยทดสอบด้วยค่า *F* พบว่าตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ($F=13.406, p\text{-value}=.000$)

จริยธรรมวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลตรัง ได้รับการอนุมัติตามหมายเลข 003/03-2559 ลงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ.2559

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม ส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยคือเป็นบุตรที่อาศัยในบ้านเดียวกันมากที่สุด ร้อยละ 38.90 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 10,000 บาท/เดือน ($Min=800, Max=80,000$) อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 31.10 จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.33 คน ($SD=1.99$) อยู่ในช่วง 4-6 คน มากที่สุด ร้อยละ 50.30 เป็นครอบครัวเดี่ยวมากที่สุดร้อยละ 73.70 ระยะเวลาที่สมาชิกเจ็บป่วยเฉลี่ย 8.53 ปี ($SD=5.64$) อยู่ในช่วง 6-10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 39.10 โดยส่วนใหญ่สมาชิกเจ็บป่วยเป็นเบาหวานที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม ร้อยละ 67.40 การ



รักษาส่วนใหญ่รักษาด้วยยาเม็ด ร้อยละ 96.00 ระยะเวลาการพบแพทย์ตามนัดเฉลี่ย 1.74 เดือน ($SD=.57$) อยู่ในช่วง 2 เดือนมากที่สุด ร้อยละ 62.90 และใช้สิทธิการรักษาโดยใช้หลักประกันสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 72.00

2. ข้อมูลระดับการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม

ตาราง 1 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมโดยรวมและรายด้าน ($n=175$)

การจัดการของครอบครัว	พิสัย	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1. ด้านการควบคุมอาหาร	9-19	14.43	2.02	ปานกลาง
2. ด้านการออกกำลังกาย	6-16	10.61	2.43	ปานกลาง
3. ด้านการใช้จ่าย	5-12	9.25	1.81	สูง
4. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	3-12	9.11	2.43	สูง
โดยรวม	27-56	43.06	5.81	ปานกลาง

จากตาราง 1 พบว่า การจัดการของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม โดยรวมมีการจัดการของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ($M=43.06$, $SD=5.81$) และเมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านการใช้จ่ายและด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับสูง ($M=9.25$, $SD=1.81$ และ $M=9.11$, $SD=2.43$)

3. ข้อมูลระดับของปัจจัยทำนายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม

ตาราง 2 พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของโรค และเครือข่ายทางสังคม ($n = 175$)

ตัวแปร	พิสัย	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
1. ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว	15-50	32.95	6.44	ปานกลาง
2. สัมพันธภาพในครอบครัว	23-50	37.09	6.09	สูง
3. พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว	10-50	37.74	4.98	ปานกลาง
4. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0-53	11.92	2.66	ต่ำ
5. เครือข่ายทางสังคม	0-35	17.38	8.03	ปานกลาง

จากตาราง 2 พบว่า ปัจจัยทำนายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว อยู่ในระดับสูง ($M=37.09$, $SD=6.09$) และปัจจัยที่อยู่ในระดับต่ำ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($M=11.92$, $SD=2.66$)



4. ปัจจัยทำนายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของโรค เครือข่ายทางสังคมกับการจัดการของครอบครัว (n = 175)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
1. ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว	.051	.500
2. สัมพันธภาพในครอบครัว	.402**	.000
3. พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว	.189*	.011
4. การรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว	-.087	.247
5. เครือข่ายทางสังคม	.193**	.009

$p^* < .05$, $p^{**} < .01$

จากตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient) ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการจัดการของครอบครัว ($r = .402$, $p < .01$) พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำมากกับการจัดการของครอบครัว ($r = .189$, $r = .193$, $p < .05$ ตามลำดับ)

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณในการทำนายปัจจัยทำนายการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นเบาหวานที่มีโรคร่วม (n=175)

ตัวพยากรณ์	B	S.E.	Beta	t	p-value
สัมพันธภาพในครอบครัว (RELATION)	.393	.073	.390	5.363	.000*
เครือข่ายของครอบครัว (NETWORK)	.125	.052	.168	2.426	.016*
Constant	25.549	2.743	-	10.109	.000
$R = .663$ $R^2 = .436$ $S.E._{est} = 4.954$ $F = 13.406$					

$p^* < .05$

ตาราง 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเชิงเส้นตรงแบบขั้นตอนเดียว พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม สามารถร่วมทำนายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคร่วมในเขตเทศบาลนครตรัง ได้ร้อยละ 43.60

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\text{การจัดการของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม} = .390 * Z_{\text{RELATION}} + .168 * Z_{\text{NETWORK}}$$

อภิปรายผล

1. ระดับการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การจัดการของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 43.06$, $SD = 5.81$) อาจเนื่อง

วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health

มาจากการที่ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม ส่วนใหญ่มาพบแพทย์ที่คลินิกชุมชนสม่ำเสมออยู่ในช่วง 2 เดือนมากที่สุด ร้อยละ 62.90 ย่อมได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมภาวะแทรกซ้อนจากบุคลากรด้านสุขภาพ โดยเมื่อจำแนกรายด้านพบว่า การจัดการของครอบครัวในการใช้ยาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับสูง ($M=9.25$, $SD=1.81$ และ $M=9.11$, $SD=2.43$) โดยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการใช้ยาในหัวข้อ ครอบครัวของท่านไม่สนับสนุนให้ผู้ป่วยลดปริมาณยาที่รับประทานอยู่ด้วยตนเอง มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.37 ($SD=0.98$) และมีพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหัวข้อ ครอบครัวรีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.29 ($SD=0.96$) จากพฤติกรรมการปฏิบัติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าครอบครัวมีการเอาใจใส่และมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยเป็นเบาหวานที่มีโรคร่วม ในการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติและรีบมาพบแพทย์ทันที รวมทั้งพฤติกรรมในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามการรักษา ไม่ลดปริมาณยาที่รับประทานอยู่ด้วยตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค เป็นการจัดการของครอบครัวอยู่ในระดับดี แต่ด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการที่ครอบครัวไม่ได้จัดการดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานและการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอต่อเนื่องทุกวัน โดยบางหัวข้อครอบครัวสามารถดูแลให้สมาชิกที่ป่วยเป็นเบาหวานที่มีโรคร่วมมีการปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ ครอบครัวของท่านหลีกเลี่ยงการปรุงอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ ได้แก่ แกงกะทิ ขนมนจีน เป็นต้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.66 ($SD=0.77$) แสดงให้เห็นว่าครอบครัวยังมีการจัดการดูแลด้านการรับประทานอาหารที่ยังไม่เหมาะสมเท่าที่ควร รวมทั้งพฤติกรรมการออกกำลังกาย หัวข้อที่ครอบครัวดูแลให้สมาชิกที่ป่วยเป็นเบาหวานที่มีโรคร่วมปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ สมาชิกในครอบครัวร่วมออกกำลังกายกับผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.21 ($SD=0.99$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Siangdung (2017) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่างกัน โดยเฉพาะด้านการออกกำลังกาย ดังนั้นจึงทำให้การจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Thuntirasopanakul, Wacharasin, & Deoisres (2011) ศึกษาการจัดการดูแลของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวานพบว่าส่วนใหญ่มีการจัดการอยู่ระดับปานกลางเช่นกัน

2. ระดับของปัจจัยทำนายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม ในเขตเทศบาลนครตรัง จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คือ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว และปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว อยู่ในระดับสูง ($M=37.09$, $SD=6.09$) ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวโดยหัวข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ สมาชิกในครอบครัวของท่านมีความผูกพัน ใกล้ชิด สนับสนุนและเป็นกันเอง แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่ดี และส่งผลให้ครอบครัวมีการจัดการในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมดีไปด้วย เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ถ้าสมาชิกมีความรักความผูกพัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจกัน เอื้ออาทรต่อกัน และมีกิจกรรมร่วมกันทั้งในและนอกครัวเรือนก็จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย (Thuntirasopanakul, Wacharasin, & Deoisres, 2011) ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ที่มีบทบาทในการจัดการของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นบุตรที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วย ร้อยละ 38.91 นอกจากนั้นพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับต่ำ โดยหัวข้อที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับภาวะอัมพฤกษ์และอัมพาต ($M=54$, $SD=1.29$)



ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วมมากที่สุด ร้อยละ 67.40 ยังไม่แสดงอาการของภาวะอัมพฤกษ์และอัมพาต ดังนั้นจึงมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคนี้น้อย ซึ่งแท้จริงแล้วครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม มีความจำเป็นที่ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการที่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ยิ่งเป็นเบาหวานนานเท่าใด โอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนก็จะมากขึ้นเท่านั้น จากข้อมูลพบว่าผู้ที่เป็นเบาหวานนาน 12 ปี และ 20 ปี มีโอกาสเกิดโรคสมองตีบมากกว่าคนปกติ 2 และ 2.2 เท่า ตามลำดับ (Eakpalakorn, Pugcharoen, Taiglaa, & Satiannumgao, 2016)

3. ปัจจัยที่ร่วมทำนายนายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม ในเขตเทศบาลนครตรัง

จากผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมสามารถร่วมทำนายนายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมได้ ร้อยละ 43.60 สามารถอธิบายได้ว่า ครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากการที่ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวของท่านมีความผูกพัน ใกล้ชิด สนับสนุนและเป็นกันเองมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รวมทั้งมีการติดต่อสื่อสารกันอย่างสม่ำเสมอ ครอบครัวมีการรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีการให้และรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่สมาชิกที่เจ็บป่วยร่วมวางแผนในการดูแลสุขภาพของสมาชิกที่เจ็บป่วยร่วมกัน จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวเห็นความสำคัญในการจัดการกับสุขภาพของสมาชิกที่เจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Thuntirasopanukul, Wacharasin, & Deoisres (2011) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกและร่วมทำนายนายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ (Senchum, Surit, Noosorn, & Kanokthet, 2011) พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์ทางบวกและสามารถร่วมทำนายนายบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลส่งเสริมสุขภาพคือ สัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งการสนับสนุนด้านอารมณ์ให้สมาชิกในครอบครัวมีความรักใคร่ผูกพันกัน มีความห่วงใยกัน ทำกิจกรรมด้วยกัน เป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ (Wannasiri, 2016) รวมทั้งการรับรู้บทบาทของครอบครัวในการจัดการเบาหวานให้ผู้เป็นเบาหวานสามารถทำนายนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบประสาทและการเกิดแผลที่เท้าได้ (Detma, Duronglittitum, & Kittorntum, 2013) และการทำหน้าที่ของครอบครัว การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (Srisuksai, 2013) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการดูแลตนเองแบบผสมผสานของผู้ป่วยโรคเบาหวาน กรณีศึกษา: ภายใต้บริบทของสังคม วัฒนธรรมท้องถิ่นภาคใต้ พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวและสังคม การได้รับการดูแลอย่างดีจากสมาชิกในครอบครัวส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดคงที่ (Juntaveemueng, & Sungkachart, 2014) รวมทั้งครอบครัวมีเครือข่ายทางสังคมที่ดี จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า เครือข่ายทางสังคมที่ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีการขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพมากที่สุดคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ($M=2.45$, $SD=1.33$) รองลงมาคือบุตรที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ($M=2.34$, $SD=1.47$) ซึ่งการสื่อสารที่ดีส่งผลต่อการตัดสินใจในการจัดการกับโรคเรื้อรังที่ดีด้วย สอดคล้องกับการศึกษา Cheunwattana, & Sornpakdee (2014) พบว่าแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน รวมทั้งการศึกษาของ Thuntirasopanukul, Wacharasin, & Deoisres (2011) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 คือ เครือข่ายทางสังคม

ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม ในเขตเทศบาลนครตรัง ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว และการรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 31.10 ซึ่งเป็นรายได้ค่อนข้างน้อย และพบว่าฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ไม่มีผลต่อการจัดการของครอบครัวในการดูแลสุขภาพสมาชิกที่ป่วย ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Thuntirasopanakul, Wacharasin & Deoisres (2011) พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกและร่วมทำนายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยสามารถเข้าถึงสิทธิในการรับบริการ และไม่เป็นอุปสรรคต่อเศรษฐกิจและการดูแลสุขภาพของครอบครัว จึงทำให้ปัจจัยนี้ไม่มีผลต่อการจัดการของครอบครัวในการดูแลสุขภาพสมาชิกที่ป่วย

2. พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว พบว่าระดับของพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ ($M=37.74$, $SD=4.98$) และมีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานค่อนข้างต่ำ ($r=1.89$) หัวข้อที่ครอบครัวมีการปฏิบัติน้อยที่สุด คือสมาชิกในครอบครัวร่วมออกกำลังกายกับผู้ป่วย ($M=2.21$, $SD=.99$) ทั้งนี้การที่ครอบครัวไม่สามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสมจึงทำให้ปัจจัยนี้ไม่มีผลต่อการทำนายการจัดการของครอบครัว

3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว พบว่าระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ ($M=11.92$, $SD=12.66$) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูงและได้รับการดูแลสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุขทุก 2 เดือน ทำให้สามารถควบคุมความรุนแรงของโรค จึงทำให้ไม่สามารถร่วมทำนายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Thuntirasopanakul, Wacharasin, & Deoisres (2011) พบว่า ตัวแปรการรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายการจัดการครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัวเป็นเบาหวานได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทีมสุขภาพควรพัฒนากิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมในการดูแลสุขภาพของสมาชิกที่ป่วยในครอบครัว ซึ่งจะส่งเสริมการจัดการดูแลสุขภาพของครอบครัวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ด้านการศึกษา ควรเน้นเนื้อหาเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมในการศึกษาทางการแพทย์ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมสมรรถนะทางการพยาบาลในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมและผู้ป่วยเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม เพื่อสนับสนุนการจัดการของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมและผู้ป่วยเรื้อรังต่อไป



References

- Bureau of Non Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public. (2015). *Health Information and Statistics*. Cited 2015 December 15. Available from URL: <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>. (in Thai).
- Cheunwattana, W., & Sornpakdee, N. (2014). Self-Care Behaviors of Diabetes Patients Bangmeanahg Tambon, Bang Yai District. Nontaburi. *Pathumthani University Academic Journal*, 6(3): 163-170. (in Thai).
- Community Nursing Department, Trang Hospital Center. (2015). *Medical Record of Ohronic Patient Twenty Seven Community in Trang Municipality Community*. (in Thai).
- Detma, J., Duronglittitum, W. & Kittorntum, W. (2013). The Study of Predictive Factors' Complications of Diabetes Mellitus Client in Community Under King'Nursing Theory. *Journal of Public Health Nursing*, 27(2): 63-80. (in Thai).
- Eakpalakorn, W., Pugcharoen, H., Taiglao, K., & Satiannumgao, W. (2016). *Report Thai Nationak Health Examination Survey 5th 2014*. Health System Research Institute. Cited 2016 May 18. Available from <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4626>. (in Thai).
- Grey, M., Knafl, K., & McCorkle, R. (2006). A Framework for the Study of Self and Family Management of Chronic Conditions. *J of Nursing Outlook* 2006, 54(5): 278-286. Retrieved 2015 November 6. From http://www.puuubbbmed_abstract.html.
- Harabut, P. (2009). *Family Factors Influencing Health-Promoting Behaviors of Elderly People in Khockjaroendistrict, Lopburi Province*. M.N.S (Family Nursing). Burapha University. (in Thai).
- Jiamjarutrangsi, W. (Editor). (2017). *Type 2 Dibetes: Epidemiology, Prevention and Self-Management Support*. Bangkok. Tex & Press Publishing Public Company. (in Thai).
- Juntaveemueng, V., & Sungkachart, B. (2014). Integrated Self-Care of Diabetes Patients: a Case Study in the Southern Thai Socio-Culture Context (Songkhla Province). *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 1(3): 15-35. (in Thai).
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psycholological Measurement*, 30(3): 607-610.
- Nomruk, R. (2015). *Influencing Exercise and Eating Behavior among Elderly with Overweight in Muang Distric*. Nakhonprathom Province. Family Nursing Practitioner; M. N. S. (Family Nurse Practitioner). Burapha University. (in Thai).
- Public health office of Trang. (2015). *The Report of Chronic Patient Data*. Cited 2015 December 10. Available from: www.tro.moph.go.th/provis/main/index.php. (in Thai).



- Punyaroen, C., Suwanprapisa, T. & Tuanrat, W. (2009). Social Network and Social Support among Persons with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Nursing Journal*, 35(2): 93-103. (in Thai).
- Schilling, L., Kanfl, K. & Grey, M. (2002). The Concept of Self-Management in Children with Diabetes: An Evolutionary Analysis. *J Advanced Nursing*, 37(3): 87-99.
- Senchum, Surit, Noosorn & Kanokthet (2011). Factor Predicting Role of Family's Member in Providing Care and Health Promotion for the Elderly in Thumbon Phawor Maesot District, Tak Province. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 5(2): 23-33.
- Siangdung, S. (2017). Self-Care Behaviors of Patients with Uncontrolled DM. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(1): 191-204. (in Thai).
- Srisuksai, N. (2013). Relationship Between Family Function and Perceived Family Support with Diabetes Self-Care Behavior of Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Banpong District, Ratchaburi Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 23(1): 60-69. (in Thai).
- Thuntirasopanukul, N., Wacharasin, J., & Deoisres, W. (2011). Factors Influencing Family Management in Family with Type 2 Diabetes Mellitus. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 19 (Supplement1): 35-49. (in Thai).
- Tunlog, S. (2011). *Relationship Between Personal and Family Factors with the Coping with Stress Behaviors of the Diabetic Patients Caring in Phiboon Hospital, Nakhon Sithammarat Province*. Master of Home Economic (Family and Social Development) Sukhothai Thammathirat University. (in Thai).
- Vijitsuntharakul, K., & Chasombat, S. (2015) . *The Study Premature Death Situation of Thailand*. Retrieved November 19, 2015 from: [www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/The study report premature death situation.pdf](http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/The%20study%20report%20premature%20death%20situation.pdf). (in Thai).
- Wannasiri, T. (2016). Families Relationship in Self-Care Promotion for Uncontrolling Blood Sugar in Type 2 Diabetes. *Kuakarun Journal of Nursing*, 23(2): 31-50. (in Thai).
- Wiriyasirikul, N. (2006). *The Influences of Family Relationship and Burden on Caring Behaviors among Caregivers of HIV-Infected School-Age Children*. Master of Nursing Degree. Prince of Songkla University. (in Thai).
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Nursing and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*. 6th (ed.). Philadelphia: F.A. Davis.