



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมในเขตเทศบาลนครตรัง

ขวัญตา บุญวาศ*
วรรัตน์ ทิพย์รัตน์*
ปรีดา สารลักษณ์**
โสภิต สุวรรณเวลา*
สดศรี ประทุม**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมในเขตเทศบาลนครตรัง ตามแนวคิดการจัดการของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีบทบาทในการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม ได้มาโดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอนจำนวน 226 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม จำนวน 7 ชุด ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลของครอบครัว (2) แบบสอบถามเกี่ยวกับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว (3) แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว (4) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว (5) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว (6) แบบสอบถามเครือข่ายทางสังคมและ (7) แบบสอบถามการจัดการของครอบครัว เครื่องมือการวิจัยทุกชุดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าความเที่ยงอยู่ระหว่าง 0.80-0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า 1) การจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 43.31 (SD=6.08) 2) ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม ($r = .436, .360, .286$ และ $.263$ ตามลำดับ) 3) ตัวแปรที่สามารถพยากรณ์การจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมได้คือ สัมพันธภาพในครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม ร้อยละ 35.0 ($R^2 = .350$)

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า บุคลากรด้านสุขภาพควรนำปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม มาประยุกต์ใช้กับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมที่ต้องมีการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมให้น้อยลง

คำสำคัญ : การจัดการของครอบครัว; ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง; e-mail : kwantab@bcent.ac.th

** โรงพยาบาลตรัง



Factors Affecting Family Management for Having a Hypertension Diagnosis and Co-morbidity in Trang Municipality

Kwanta Boonvas*

Wararat Tiparat*

Preeda Salalux**

Sopit Suwanweala*

Sodsee Patum**

Abstract

This descriptive research investigated the predicting factors for family management for patients with hypertension and co-morbidity in Trang Municipality. The conceptual framework of the study was based on the family management concept. The sample of 226 family members recruited by multi-stage random sampling. These family members played a leading role in the management of hypertension 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; the range of the coefficient being 0.80–0.85. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, Pearson product moment correlation, and stepwise multiple regression.

The results of this study showed that: 1) overall, the family management of hypertension and co-morbidity in their families was at a moderate level ($\bar{X} = 43.31$, $SD. = 6.08$), 2) family relationships, family health behaviors, family economic status, and family social networks were significantly correlated with family management for patients with hypertension and co-morbidity at a level of 0.05 ($r = 0.44, 0.36, 0.29$ and 0.26 , respectively) and 3) family relationships and family social networks accounted for 35 % of the variance in explaining the family management for patients with hypertension and co-morbidity ($R^2 = 0.35$).

In conclusion, health care personnel should apply the factors regarding family relationships and social networks for the provision of health care of patients who have hypertension with co-morbidity, and require ongoing behavior modification in order to reduce complications of the disease.

Keywords : Family management; Hypertension diagnosis and Co- morbidity

*Boromarajonani College of Nursing, Trang; e-mail : kwantab@bcnt.ac.th

**Trang Hospital



ความเป็นมาและความสำคัญ

ครอบครัวเป็นหน่วยที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด เป็นแหล่งสำคัญในการดูแล ส่งเสริม และรักษาสุขภาพของบุคคลในครอบครัวทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย ซึ่งการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวจะมีผลกระทบต่อครอบครัวทั้งระบบ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างการเจ็บป่วยมีผลต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัว¹ การจัดการของครอบครัวเป็นกระบวนการบริหารภายในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำรงอยู่และเกิดสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายของครอบครัว การจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นการจัดการของครอบครัวเพื่อตอบสนองต่อภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัว ให้สามารถจัดการตนเองตามบริบทของครอบครัวได้ และผลลัพธ์ของการจัดการครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวควบคุมโรค ลดภาวะแทรกซ้อน และความรุนแรงของโรคได้²

ปัจจุบันภาวะความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อย มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและเสียชีวิตจากการมีภาวะความดันโลหิตสูงถึง 7 ล้านคนในแต่ละปี³ ในประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมได้ร้อยละ 20.58⁴ จังหวัดตรังเป็นจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปีและสูงมากเป็นอันดับ 3 ของเขตบริการสุขภาพที่ 12 ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควบคุมไม่ได้ร้อยละ 33.73⁵ ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงหรือความดันโลหิตสูงวิกฤติ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ ซึ่งมีผลกระทบต่อครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้เป็นภาระแก่สมาชิกในครอบครัว และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยด้านครอบครัวเกี่ยวกับความสัมพันธ์ภายในครอบครัว โครงสร้างครอบครัวที่ชัดเจน มีการสื่อสารที่ตรงเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของสมาชิก จะเกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยและ

ครอบครัว⁶ รวมทั้งลักษณะความสัมพันธ์ และการช่วยเหลือของบุคคลภายในเครือข่ายของสังคม การมีเครือข่ายทางสังคมที่ดี มีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างลึกซึ้งแน่นแฟ้น มีการติดต่อสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ จะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพต่อการจัดการของครอบครัว⁷ นอกจากนี้พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวยังมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งครอบครัวที่มีการจัดการพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจและมีการเรียนรู้ที่จะดูแลผู้ป่วย จะทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม⁸ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทักษะความสามารถในการจัดการของครอบครัวมีหลายปัจจัย ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค ประสิทธิภาพในการจัดการของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นจากภายในครอบครัวหรือจากสังคมภายนอก และปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับทักษะความสามารถในการจัดการของครอบครัวคือ การสร้างเสริมให้ครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรค⁹

จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะพยาบาลชุมชนและทำงานร่วมกับพยาบาลงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลตรังซึ่งรับผิดชอบในการให้บริการสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิแก่ประชาชนที่อยู่ในเขตเทศบาลนครตรัง จังหวัดตรังจำนวนทั้งหมด 11 ชุมชน มีการดำเนินการคลินิกชุมชนหรือคลินิกหัวรุ่งในชุมชน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 จนถึงปัจจุบัน เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารอรับบริการ ณ คลินิกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ตรัง โดยเปิดให้บริการเวลา 06.00-10.30 น. มีทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำชุมชนเป็นเครือข่ายในการให้บริการ และช่วยตรวจคัดกรองเบื้องต้น ปัจจุบันคลินิกชุมชนได้เปิดดำเนินการครอบคลุมทุกชุมชนในเขตความรับผิดชอบ ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรค



ร่วม แต่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ร้อยละ 36.24 ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพ¹⁰ บทบาทของพยาบาลประจำครอบครัวนอกจากจะให้การดูแลครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังแล้วยังต้องเข้าใจถึงผลกระทบของโรคต่อครอบครัว และจะต้องช่วยสร้างเสริมให้ครอบครัวเกิดความกระตือรือร้น และเกิดความมั่นใจในการจัดการกับปัจจัยที่มีผลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อเอื้ออำนวยและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะการเจ็บป่วย สามารถควบคุมและป้องกันอาการกำเริบของโรคเรื้อรังได้ ทั้งนี้การศึกษาและวิเคราะห์การจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมในเขตเทศบาลนครตรัง จึงมีความจำเป็นอย่างมากโดยเฉพาะในปัจจุบัน ความชุกของความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมเพิ่มขึ้น จากข้อมูลปี พ.ศ. 2556-2558 พบร้อยละ 11.98, 12.96 และ 15.13 ตามลำดับ⁵

ผู้วิจัยมีความสนใจแนวคิดผลลัพธ์การจัดการของครอบครัวในภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังของ Grey, Knafel & McCorkle¹¹ ซึ่งหมายถึงการจัดการของครอบครัวที่เป็นการปฏิบัติในชีวิตประจำวันของครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวสามารถควบคุมโรค และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยครอบคลุมด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา ด้านการจัดการความเครียด ด้านการจัดการเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านการส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นต้น จึงต้องการศึกษาว่าครอบครัวมีการจัดการดูแลสุขภาพของสมาชิกที่เจ็บป่วยเป็นความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมอย่างไร ทั้งนี้คาดหวังว่าผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรสุขภาพในการวิเคราะห์ปัญหา และวางแผนหาแนวทางเพื่อให้การช่วยเหลือและส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติหน้าที่ครอบครัวในการบริการจัดการ ในระยะที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้การดำเนินชีวิตครอบครัวเป็นไปอย่างปกติสุข มีสุขภาวะภายใต้บริบทของครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมกับการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม ในเขตเทศบาลนครตรัง

2. เพื่อศึกษาความสามารถของปัจจัยฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมในการร่วมทำนุบำรุงการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมในเขตเทศบาลนครตรัง

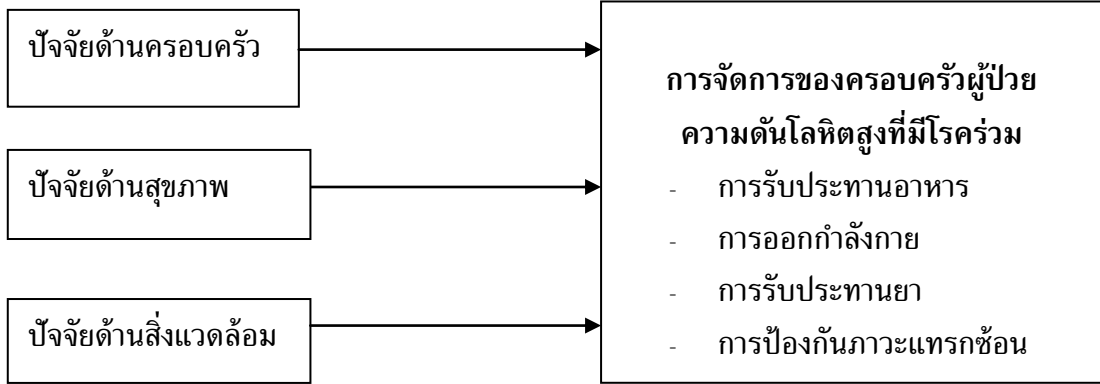
กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมนี้ ได้ศึกษาตามแนวคิดผลลัพธ์การจัดการของครอบครัวในภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังของ Grey, Knafel & McCorkle¹¹ ซึ่งการจัดการของครอบครัวเป็นการปฏิบัติในชีวิตประจำวันของครอบครัวที่มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมให้สามารถควบคุมโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม สำหรับการศึกษาในครั้งนี้มุ่งเน้นประเด็นปัจจัยด้านครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพครอบครัว เนื่องจากรายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ครอบครัวสามารถเลือกซื้ออาหารหรือประกอบอาหารที่เหมาะสมจะช่วยเพิ่มการจัดการของครอบครัวให้มีศักยภาพมากขึ้น¹² รวมทั้งครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดี มีการติดต่อสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ จะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพต่อการจัดการของครอบครัว⁷ และปัจจัยด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว⁹ รวมทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย เครือข่ายทางสังคม ถ้าครอบครัวได้รับการสนับสนุนด้านต่าง ๆ จากเครือข่าย



ทางสังคม จะเป็นปัจจัยเอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และส่งผลต่อการจัดการครอบครัวที่ดี⁷ ดังนั้น

ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม โดยสามารถนำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวสัมพันธ์ภาพในครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม ในเขตเทศบาลนครตรัง

2 ปัจจัยฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวสัมพันธ์ภาพในครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมสามารถร่วมทำนายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมในเขตเทศบาลนครตรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ตัวแทนสมาชิกครอบครัวอายุ 20-69 ปี ที่มีบทบาทในการดูแลจัดการในครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเทศบาลนครตรัง ในเขตความรับผิดชอบของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลตรังอย่างน้อย 6 เดือนก่อนเก็บข้อมูล โดยกำหนดคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการ

วินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคไต และโรคหัวใจ เป็นต้น 2) เป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในครอบครัวในการตัดสินใจในการจัดการดูแลครอบครัวด้านการรักษาพยาบาล ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านเศรษฐกิจ 3) สามารถสื่อสารและโต้ตอบกับผู้วิจัยได้ ไม่มีปัญหาการพูด การมองเห็น การได้ยิน สามารถพูดและอ่านภาษาไทยได้ดี 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในการทำวิจัยครั้งนี้ ได้จำนวน 550 ครอบครัว และกำหนดคุณสมบัติเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ สมาชิกในครอบครัวที่เป็นความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคไต และโรคหัวใจ เป็นต้น ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เพิ่มเติมว่าเป็นโรคร่วมอื่นมากกว่าที่กำหนดไว้ในเกณฑ์คัดเข้า

กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมที่มีบทบาทในการดูแลจัดการในครอบครัว กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่าตัวอย่างของ Krejcie & Morgan¹³ กำหนดขนาดความเชื่อมั่นที่ 95% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 226 ครอบครัวจากสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) โดยดำเนินการ คัดรายชื่อผู้ป่วยความ



ต้นโลหิตสูงที่มีโรคร่วมตามคุณสมบัติที่กำหนด ที่มารับบริการ ณ คลินิกชุมชน ในเขตความรับผิดชอบ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลตรัง จำนวน 11 ชุมชน หลังจากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม และหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชุมชน จำนวน 11 ชุมชน โดยใช้อัตราส่วนคิดเทียบสัดส่วนจากจำนวนประชากร และจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชุมชน แล้วจึงสุ่มตัวอย่างโดยสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience Sampling) ตามสัดส่วนแต่ละชุมชนในเขตเทศบาลนครตรัง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม จำนวน 7 ชุด ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางด้าน การพยาบาล ครอบครัว ด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และด้านการวิจัย จำนวน 3 ท่าน โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขไปหาความเชื่อมั่น โดยการทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาคือ ตัวแทนครอบครัวที่มีบทบาทในการจัดการดูแลสมาชิกเป็นความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม ได้แก่ เบาหวาน ไขมันในเลือด โรคไต และโรคหัวใจ จำนวน 30 คน ในชุมชนสวนจันทร์-วัดนิโครธ อำเภอมือง จังหวัดตรัง และผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือแต่ละชุดได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาคอยู่ระหว่าง .80-.85 เก็บข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2558 มีรายละเอียดของแบบสอบถามดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามปลายเปิดและปลายปิด จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย รายได้เฉลี่ยของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาที่สมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นความดันโลหิตสูงและมีโรคร่วม การเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นร่วมกับความดันโลหิตสูง การรักษาที่ได้รับ

ระยะเวลาการนัดหมายที่มาพบแพทย์แต่ละครั้ง และสิทธิการรักษา เป็นต้น

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ฐานะทางเศรษฐกิจครอบครัวของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ สลันยา ตันหลัก¹⁴ ได้ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ทั้งทางบวกและทางลบ เป็นแบบวัดประมาณค่า เลือกตอบมี 5 ระดับคือ จริงที่สุด จริง ไม่แน่ใจ ไม่จริง และไม่จริงเลย

3. แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวซึ่งผู้วิจัยพัฒนาและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ นภาพรธรรม วิริยะศิริกุล¹⁵ ได้ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ทั้งทางบวกและทางลบ เป็นแบบวัดประมาณค่า เลือกตอบมี 5 ระดับคือ จริงที่สุด จริง ไม่แน่ใจ ไม่จริง และไม่จริงเลย

4. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพครอบครัวซึ่งผู้วิจัยพัฒนาและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ ปันทสุ หาระบุตร⁸ ได้ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ทั้งทางบวกและทางลบ เป็นแบบวัดประมาณค่า เลือกตอบมี 5 ระดับคือ จริงที่สุด จริง ไม่แน่ใจ ไม่จริง และไม่จริงเลย

5. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาและ ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ นภารัตน์ ธัญธิโรโสภานกุล, จินตนา วิชรสิทธิ์, วรรณิ เตียววิศเรศ¹² ได้ข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ คำถามทางลบทั้งหมด เป็นแบบวัดประมาณค่า เลือกตอบมี 5 ระดับคือ รุนแรงมาก รุนแรงปานกลาง รุนแรงน้อย ไม่รุนแรง และไม่มีการ

6. แบบสอบถามเครือข่ายทางสังคม เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยพัฒนาและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ ชนิสร่า ปัญญาเริง, ธนารักษ์ สุวรรณประพิศ, วิลาวัลย์ เตือนราษฎร์⁷ ได้ข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นแบบวัดประมาณค่า เลือกตอบมี 5 ระดับคือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง ไม่ได้รับ และไม่ได้อ

7. แบบสอบถามการจัดการของครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดผลลัพธ์การจัดการของครอบครัวในภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังของ Grey, Knafel & McCorkle¹¹ ครอบคลุมด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา และด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้ข้อคำถาม 15 ข้อ ทั้งทางบวกและทางลบ เป็นแบบวัดประมาณค่าเลือกตอบมี 4 ระดับคือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง และไม่เคยเลย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยถึงโรงพยาบาลต้ง ผ่านกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลต้ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย จำนวน 5 ท่าน โดยมีคุณสมบัติดังนี้ (1) เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ (2) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งรับผิดชอบชุมชนในเขตความรับผิดชอบของกลุ่มงาน เวชกรรมสังคม โรงพยาบาลต้ง ไม่น้อยกว่า 1 ปี (3) สามารถอ่านออกเขียนได้ ซึ่งผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงขั้นตอนต่างๆ ในการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด สาธิตการเก็บข้อมูลวิจัยและให้ผู้ช่วยวิจัยสาธิตย้อนกลับเพื่อตรวจสอบความสามารถในการเก็บข้อมูลของผู้ช่วยวิจัย

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ และเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และให้การพิทักษ์สิทธิ์ก่อนทำการเก็บข้อมูล โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธและสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตามความต้องการ เมื่อได้รับอนุญาตจึงเริ่มทำการเก็บข้อมูล

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อกกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมที่จะให้ข้อมูล ถ้าครอบครัวที่ไม่พร้อมในวันที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล ครอบครัวจะเป็นผู้นัดหมายวัน เวลา ที่จะให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยลงเก็บ

ข้อมูล โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะเก็บข้อมูลจำนวน 2 ครั้งต่อครอบครัว ห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยในครั้งที่ 1 ดำเนินการเก็บข้อมูลในแบบสอบถามชุดที่ 1-4 ครั้งที่ 2 ดำเนินการเก็บข้อมูลในแบบสอบถามชุดที่ 5-7 เนื่องจากแบบสอบถามมีจำนวนหลายข้อและหลายชุด ดังนั้นเพื่อไม่ให้เกิดความล่าช้าในการให้ข้อมูล จึงแบ่งเก็บข้อมูลเป็น 2 ครั้ง ตามหลักการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

5. ตรวจสอบคำถามให้สมบูรณ์ ถ้าพบข้อมูลไม่ครบถ้วนก็ขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจนครบทุกข้อแล้วจึงนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ได้รับการอนุมัติตามหมายเลข 04/2558

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมโดยรวมและรายด้าน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย มัธยฐาน พิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม โดยใช้ค่าความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

3. วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัว โดยใช้สถิติ Multiple Regression โดยทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้

3.1 ทดสอบการแจกแจงข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov (K-S test) ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบว่าตัวแปรทุกตัวมีการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (test of normality) คือ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว (K-S test = .054, p-value=.200) สัมพันธภาพในครอบครัว (K-S test = .101, p-value=.578) พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว (K-S



test = .094, p-value=.236) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (K-S test = .081, p-value=.175) เครือข่ายทางสังคม (K-S test = .269, p-value=.101) และการจัดการของครอบครัว (K-S test = .103, p-value=.217)

3.2 ตัวแปรอิสระด้วยกันต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง โดยค่า Tolerance ไม่เข้าใกล้ 0 และค่า VIF เข้าใกล้ 10 จึงไม่เกิดปัญหา Muticollinearity ดังนี้ ฐานทางเศรษฐกิจของครอบครัว (Tolerance = .835, VIF =1.198) สัมพันธภาพในครอบครัว (Tolerance = .679, VIF =1.473) พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว (Tolerance = .794, VIF =1.259) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Tolerance = .990, VIF =1.010) และเครือข่ายทางสังคม (Tolerance = .983, VIF =1.017)

3.3 ทดสอบค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (autocorrelation) เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น พบว่าค่า Durbin-Watson = 1.816 ซึ่งเข้าใกล้ 2 แสดงว่าค่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระจากกัน

3.4 ทดสอบตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) โดยทดสอบด้วยค่า F พบว่าตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (F= 16.875, p-value = .000) และ เมื่อพิจารณาค่า t ของตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับตัวแปรตามพบว่ามีความสัมพันธ์เชิงเส้น ที่ระดับนัยสำคัญ .05 คือ สัมพันธภาพในครอบครัว (t=5.190, p-value=.000) และเครือข่ายทางสังคม (t=2.164, p-value=.032)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม ส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยคือ เป็นบุตรที่อาศัยในบ้านเดียวกันมากที่สุด ร้อยละ 43.81 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 10,000 บาท/เดือน (Min=1,000, Max=80,000) อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 33.2 จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.10 คน (SD = 1.860) อยู่ในช่วง 4-6 คน มากที่สุด ร้อยละ 44.7 เป็นครอบครัวเดี่ยวมากที่สุด ร้อยละ 76.11 ระยะเวลาที่สมาชิกเจ็บป่วยเฉลี่ย 7.81 ปี (SD.= 5.104) อยู่ในช่วง 1-5 ปีมากที่สุด ร้อยละ 42.5 โดยส่วนใหญ่สมาชิกเจ็บป่วยเป็นความดันโลหิตสูงที่มีภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นโรคร่วม ร้อยละ 50.9 การรักษาส่วนใหญ่รักษาด้วยยาเม็ด ร้อยละ 97.30 ระยะเวลาการแพทย์ตามนัด เฉลี่ย 1.82 เดือน (SD. = .457) อยู่ในช่วง 2 เดือนมากที่สุด ร้อยละ 76.1 และใช้สิทธิการรักษาโดยใช้หลักประกันสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 74.30

2. การจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมโดยรวมมีการจัดการของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 43.31, SD.= 6.08) และเมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและด้านการใช้จ่ายอยู่ในระดับสูง (Mean = 9.23, SD.= 2.62 และ Mean = 9.19, SD.= 1.83) (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีโรคร่วมโดยรวมและรายด้าน (n = 226)

การจัดการของครอบครัว	พิสัย	Mean	SD.	ระดับ
ด้านการควบคุมอาหาร	8-20	14.65	2.13	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	4-16	10.24	2.39	ปานกลาง
ด้านการใช้ยา	6-12	9.19	1.83	สูง
ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	3-12	9.23	2.62	สูง
โดยรวม	27-56	43.31	6.08	ปานกลาง

3. ระดับของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว อยู่ในระดับสูง (Mean = 37.85, SD.= 5.41) และปัจจัยที่อยู่ในระดับต่ำ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Mean = 11.31, SD.= 13.61) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับของฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของโรค และเครือข่ายทางสังคม (n = 226)

ตัวแปร	พิสัย	Mean	SD.	ระดับ
ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว	15-50	33.15	5.93	ปานกลาง
สัมพันธภาพในครอบครัว	22-50	37.85	5.41	สูง
พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว	17-50	38.11	4.40	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0-53	11.31	3.61	ต่ำ
เครือข่ายทางสังคม	0-40	16.97	7.91	ปานกลาง

4. ปัจจัยที่ทำนายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการจัดการของครอบครัว ($r = .436, p < .01$)

พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม มีความสัมพันธ์ระดับต่ำกับการจัดการของครอบครัว ($r = .360, r = .286, r = .263, p < .01$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 3) หลังจากนั้นผู้วิจัยนำตัวแปรสัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเชิงเส้นตรงแบบขั้นตอนเดียว พบว่า



สัมพันธภาพในครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม ความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมในเขตเทศบาลนครตั้ง สามารถร่วมทำนุภาพการจัดการของครอบครัวผู้ป่วย ได้ร้อยละ 35.0 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของโรค เครือข่ายทางสังคม กับการจัดการของครอบครัว (n = 226)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว	.286**
สัมพันธภาพในครอบครัว	.436**
พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว	.360**
การรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว	-.042
เครือข่ายทางสังคม	.263**

p* <.05, p** <.01

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณในการทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม (n = 226)

ตัวพยากรณ์	B	S.E. _b	Beta	t	p-value
สัมพันธภาพในครอบครัว(RELATION)	.365	.070	.325	5.190	.000
เครือข่ายของครอบครัว(NETWORK)	.104	.048	.136	2.164	.032
Constant	27.729	2.743	-	10.109	.000

p* < .05

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ สามารถอธิบายผลการศึกษาระดับ การจัดการของครอบครัวและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม ดังนี้

1. ระดับการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=43.31, SD.=6.08) อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม ส่วนใหญ่มาพบแพทย์ที่คลินิกชุมชนสมำเสมออยู่ในช่วง 2 เดือนมากที่สุด ร้อยละ 76.1 ย่อมได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมภาวะแทรกซ้อนจาก

บุคลากรด้านสุขภาพ โดยเมื่อจำแนกรายด้านพบว่า การจัดการของครอบครัวในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการใช้ยาอยู่ในระดับสูง (Mean = 9.23, SD.= 2.62 และ Mean = 9.19, SD.= 1.83) โดยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหัวข้อ เมื่อครอบครัวพบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน จะรีบพาพบแพทย์ทันที มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.38 (SD. = .93) และมีพฤติกรรมการใช้ยาหัวข้อ ครอบครัวของท่านเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาตรงเวลา มีค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ 3.42 (SD. = .98) จากพฤติกรรมการปฏิบัติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าครอบครัวมีการเอาใจใส่และมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยเป็นความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม ในการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ และรีบมาพบแพทย์ทันที รวมทั้งพฤติกรรมการเตือนให้สมาชิกที่เจ็บป่วยมีการรับประทานยาที่ตรงต่อเวลา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค เป็นการจัดการของครอบครัวอยู่ในระดับดี แต่ด้านการรับประทานและการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการครอบครัวไม่ได้จัดการดูแลเกี่ยวกับพฤติกรรมการรับประทานและการออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ โดยบางหัวข้อครอบครัวสามารถดูแลให้สมาชิกที่ป่วยมีการปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ ครอบครัวของท่านไม่จัดอาหารที่มีไขมันสูงให้กับผู้ป่วย เช่น ข้าวขาหมู ข้าวมันไก่ อาหารที่ปรุงด้วยกะทิ หมูสามชั้น เป็นต้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.68 (SD. = .831) แสดงให้เห็นว่าครอบครัวยังมีการจัดการดูแลด้านการรับประทานที่ยังไม่เหมาะสมเท่าที่ควร รวมทั้งพฤติกรรมการออกกำลังกาย หัวข้อที่ครอบครัวดูแลให้สมาชิกที่ป่วยปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ ครอบครัวของท่านไม่สนับสนุนให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย เนื่องจากกลัวอาการของโรคกำเริบ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.09 (SD. = .86) ดังนั้นจึงทำให้การจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบว่า การจัดการดูแลของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง¹⁷ และการ

จัดการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับ ปานกลางเช่นกัน¹²

2. ระดับของปัจจัยทำนายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม ในเขตเทศบาลนครตรัง จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คือ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว และปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว อยู่ในระดับสูง (Mean=37.85, SD.=5.41) ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม มีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว โดยหัวข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ สมาชิกในครอบครัวของท่านมีความผูกพัน ใกล้ชิด สนับสนุนและเป็นกันเอง แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่ดี และส่งผลให้ครอบครัวมีการจัดการในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมดีไปด้วย เนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ถ้าสมาชิกมีความรักความผูกพัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจกัน ก็จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย¹² ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ที่มีบทบาทในการจัดการของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นบุตรที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับผู้ป่วย ร้อยละ 43.81 นอกจากนี้พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับต่ำ โดยหัวข้อที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุดคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเกี่ยวกับภาวะอัมพฤกษ์และอัมพาต (Mean=1.42, SD.=.53) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีภาวะของไขมันในเลือดสูงเป็นโรคร่วมมากที่สุด ร้อยละ 50.9 ยังไม่อาการแสดงของภาวะอัมพฤกษ์และอัมพาต ดังนั้นจึงมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้นน้อย ซึ่งแท้จริงแล้วครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมมีความจำเป็นที่ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการที่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเพิ่มขึ้น 3 เท่า มีโอกาสเกิดโรคหัวใจวายเพิ่มขึ้น 6 เท่า และมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 7 เท่า¹⁸ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าว



3. ปัจจัยที่ร่วมทำนายนายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม ในเขตเทศบาลนครตรัง

จากผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมสามารถทำนายนายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมได้ร้อยละ 35 สามารถอธิบายได้ว่า ครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากการที่ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างสมาชิกในครอบครัวมีความผูกพัน ใกล้ชิด สนับสนุนและเป็นกันเองมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รวมทั้งมีการติดต่อสื่อสารกันอย่างสม่ำเสมอ ครอบครัวมีการรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีการให้และรับรู้ข้อมูลที่ต้องการแก่สมาชิกที่เจ็บป่วย ร่วมวางแผนในการดูแลสุขภาพของสมาชิกที่เจ็บป่วยร่วมกัน จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวเห็นความสำคัญในการจัดการกับสุขภาพของสมาชิกที่เจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ นภารัตน์ ธัญธิโรโสภานกุล, จินตนา วัชรสิทธิ์, วรณีย์ เดียววิศเรศ¹² พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกและร่วมทำนายนายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ รวมทั้งครอบครัวมีเครือข่ายทางสังคมที่ดี จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าเครือข่ายทางสังคมที่ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีการขอความช่วยเหลือมากที่สุดคือ บุตรที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน (Mean = 2.55, SD. = 1.26) รองลงมาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Mean = 2.35, SD. = 1.45) ซึ่งการสื่อสารที่ดี ส่งผลต่อการตัดสินใจในการจัดการกับโรคเรื้อรังที่ติดด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิศรา ปัญญาเริง, ธนารักษ์ สุวรรณประพิศ, วิลาวัลย์ เตือนราชภู⁷ พบว่าครอบครัวที่มีเครือข่ายทางสังคมที่ดี ความสัมพันธ์ที่มีต่อกันอย่างลึกซึ้งแน่นแฟ้น มีการติดต่อสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ จะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพต่อการจัดการของครอบครัว เครือข่ายทางสังคมจะเป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลให้แรงสนับสนุนต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ และการศึกษาของแสงเดือน สามเรือน¹⁶

พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายนายการจัดการของครอบครัวที่มีบุตรป่วยด้วยหอบหืด รวมทั้งการศึกษาของน้ำเพชร มาตาชนก, มณีรัตน์ ภาครูป, จินตนา วัชรสิทธิ์¹⁷ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายนายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่ได้คือการสนับสนุนทางสังคม

ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายนายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม ในเขตเทศบาลนครตรัง ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว และการรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 33.2 ซึ่งเป็นรายได้ค่อนข้างน้อย ทำให้ไม่มีผลต่อการจัดการของครอบครัวในการดูแลสุขภาพสมาชิกที่ป่วยเท่าที่ควร ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ วรณีย์ รัชตะไพบูลย์¹⁹ พบว่ารายได้เฉลี่ยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นภารัตน์ ธัญธิโรโสภานกุล, จินตนา วัชรสิทธิ์, วรณีย์ เดียววิศเรศ¹² พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกและร่วมทำนายนายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

2. พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจาก ระดับของพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางต่ำ (Mean = 38.11, SD. = 4.04) และหัวข้อที่ครอบครัวมีการปฏิบัติน้อยที่สุด คือสมาชิกในครอบครัวมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ (Mean = 3.13, SD. = 1.04) ทำให้ไม่สามารถมีผลต่อการทำนายนายการจัดการของครอบครัวได้

3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว ทั้งนี้เนื่องจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 11.31, SD. = 3.61) ทำให้ไม่สามารถมีผล

ต่อการทำนายนายการจัดการของครอบครัวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของน้ำเพชร มาตาชนก, มณีรัตน์ ภาครูป, จินตนา วัชรสินธุ์¹⁷ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่สามารถทำนายนายการจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบที่ด้วยผู้ใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวต้องการให้ข้อมูลที่เพียงพอในการดูแลอย่างต่อเนื่อง จึงจะส่งผลที่ดีต่อการจัดการของครอบครัว

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทีมสุขภาพควรจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสัมพันธ์ภายในครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมในการดูแลสุขภาพของสมาชิกที่ป่วยในครอบครัว เพื่อส่งเสริมการจัดการดูแลของครอบครัวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ด้านการบริหาร ควรมีการส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความตระหนักของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ให้มีการเฝ้าระวังทางด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมต่อไป

3. ด้านการศึกษา ควรนำเรื่องสัมพันธ์ภายในครอบครัว และเครือข่ายทางสังคมมาใช้ในการศึกษาภาคปฏิบัติในการให้บริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน เพื่อให้นักศึกษาได้เข้าใจแนวคิดของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านต่อไป

4. ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการสร้างสัมพันธ์ภายในครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม ต่อการจัดการของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมต่อไป

References

1. Wright LM, Leahey M. Nursing and family: A guide to family assessment and intervention. Philadelphia: F.A. Davis; 2009.
2. Schilling L, Kanfl K, Grey M. The concept of self-management in children with diabetes: An evolutionary analysis. J Advanced Nursing. 2002; 37(3):87-99.
3. Bureau of Non Communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Health Information and Statistics 2014. [Internet]. [cited 2015 February 15]. Available from: <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>. (in Thai).
4. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Health Information and Statistics 2015. [Internet]. [cited 2015 February 10]. Available from: <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc>. (in Thai).
5. Public health office of Trang. The report of chronic patient data 2015. [Internet]. [cited 2015 February 10]. Available from: <http://tro.moph.go.th/provis/main/index.php>. (in Thai).
6. Grey M, Knafel K, McCorkle R. A framework for the study of self and family management of chronic conditions. [Internet]. 2006 J of Nursing Outlook 2006, 54(5): 278-286. [cited 2015 March 6]. Available from http://www.puuubbbmed_abstract.html.
7. Punyaroeng C, Suwanprapisa T, Tuanrat W. Social network and social support among persons with chronic obstructive pulmonary disease. Nursing Journal. 2008; 35(2): 93-103. (in Thai).
8. Harabut P. Family factors influencing health-promoting behaviors of elderly people in Khockjaroen district, Lopburi Province. Choburi: Burapha University; 2008. (in Thai).
9. Kruanate K. The effect of family health education program on family care behaviors children aged 1-6 years with asthma. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2008. (in Thai).



10. Community nursing department, Trang hospital center. Medical record of chronic patient twenty seven community in Trang municipality community. 2015. (in Thai).
11. Grey M, Knafl K, & McCorkle R. A framework for the study of self and family management of chronic conditions. *J of Nursing Outlook*. 2006; 54: , 278–286. [internet]. [cited 2015 March 6]. Available from: http://www.puuubbbmed_abstract.html.
12. Thuntirasopanukul N, Wacharasin C, Deoisres W. Factors influencing family management in family with type 2 diabetes mellitus. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2011; 19 (Supplement): 35–49. (in Thai).
13. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Psychological measurement*. 1970: 607–610.
14. Tunlog S. Relationship between personal and family factors with the coping with stress behaviors of the diabetic patients curing in Phipoon hospital, Nakhon Sithammarat Province. Nakhon Sithammarat: Sukhothai Thammathirat University, 2011. (in Thai).
15. Wiriyasirikul N. The influences of family relationship and burden on caring behaviors among caregivers of HIV–infected school–age children. Songkla: Prince of Songkla University, 2006. (in Thai).
16. Samruern S. Factors affecting family management in family with asthmatic Children. Chonburi: Burapha University, 2008. (in Thai).
17. Matachanok N, Phaktoop M, Wacharasin C. Factors influencing family management in families with adult asthmatic disease in Bangphli hospital Samut Prakarn province. *Journal of Faculty of Nursing Burapa University*. 2008; 16(1): 22–33. (in Thai).
18. Beckett L, Godwin, The BP TRU automatic blood pressure monitor compared to 24 hour ambulatory blood pressure monitoring in the assessment of blood pressure in patients with hypertension. *BMC Cardiovascular Disorder* 2005; 5: 18.
19. Rachtapaiboon W. The relationships between family members’ and hypertension patients’ knowledge and understanding of hypertension and the latter’s awareness of family member’ participative behaviors towards talking care of them and their self–healthcare behaviors. Bangkok: Sukhothai Thammathirat University, 2006. (in Thai).