

# ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัว เป็นเบาหวานชนิดที่ 2

## Factors influencing Family Management in Family with Type 2 Diabetes Mellitus

นภาพรรัตน์ ธัญธิรโสภานกุล,\* พย.ม  
จินตนา วัชรสินธุ์,\*\* Ph.D.  
วรรณิ์ เดียววิเศษ,\*\* Ph.D.

Naparat Thuntirasopanakul, M.N.S  
Chintana Wacharasin, Ph.D.  
Wanee Deoisres, Ph.D.

### บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การทำหน้าที่ของครอบครัว เครือข่ายทางสังคม และการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างคือ สมาชิกครอบครัวที่มีความผูกพันใกล้ชิดอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน และมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 189 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกครอบครัวและผู้ป่วยเบาหวาน แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว แบบสอบถามเครือข่ายทางสังคม และแบบสอบถามการจัดการของครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของพอยท์ ไบซีเรียล และการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ดัดโดยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า การจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อ

การจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 คือ การทำหน้าที่ของครอบครัว เครือข่ายทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว โดยสามารถร่วมกันทำนายการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถอธิบายการผันแปรได้ ร้อยละ 33.4 ผลการศึกษานี้เสนอว่า การปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ควรเน้นที่การส่งเสริมให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดี การสร้างเครือข่ายทางสังคมที่คอยช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัว และเพิ่มการรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว

**คำสำคัญ :** การจัดการของครอบครัว ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การทำหน้าที่ของครอบครัว

### Abstract

The purpose of this descriptive study was to examine the predicted relationships among perceived severity of diabetes, family functioning, social network, and family management in family with type 2 diabetes mellitus.

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

\*\* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

The sample consisted of 189 family members having closed relationship, living in the same household, and providing important role in taking care of the type 2 diabetes mellitus. Research instruments used to collect data were questionnaires about demographic data of patients and families, perceived severity of diabetes, family functioning, social network, and family management. Descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation, Pearson's correlation coefficient, point biserial correlation, and stepwise multiple regression analysis were used for data analysis.

The results showed that family management in family with type 2 diabetes mellitus was at a moderate level. Family functioning, social network, and perceived severity of diabetes significantly predicted the family management in family with type 2 diabetes mellitus at level .05 and explained 33.4 % of variance. The findings suggest that nursing intervention to promote family management in family with type 2 diabetes mellitus should emphasize promoting family functioning, create social network, and increase perceived severity of diabetes in family

**Key words** : Family management, type 2 diabetes mellitus, family functioning

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เบาหวานเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งองค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี ค.ศ. 2000 มีประชากรทั่วโลกเป็นเบาหวาน 171 ล้านคน และคาดประมาณว่าในปี

ค.ศ. 2030 จะมีประชากรทั่วโลกเป็นเบาหวานถึง 366 ล้านคน (World Health Organization, 2005) สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2543 มีประชากรที่เป็นเบาหวาน 1,536,000 คน และประมาณว่าในปี พ.ศ. 2570 จะมีประชากรที่เป็นเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นถึง 2,739,000 คน (วิทยา ศรีมาดา, 2543) และยังพบว่า ในปี พ.ศ. 2551-2552 คนไทยป่วยเป็นโรคเบาหวาน ถึง 3.5 ล้านคนแต่มีถึง 1.1 ล้านคนที่ไม่ทราบว่าตนเองป่วย และเป็นเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมได้ถึง 1.7 ล้านคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) โดยอัตราการเป็นโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มีอัตราความชุกประมาณร้อยละ 13-15.3 และเมื่อน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้น และพบว่า ความชุกโรคเบาหวานในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.5 เท่า (วิทยา ศรีมาดา, 2543) เช่นเดียวกับสถานีนอนมายด์ตำบลบ้านสวนที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชากรของตำบลบ้านสวน พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานมารับบริการเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานทั้งผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีการะที่ต้องจัดการเพิ่มขึ้นในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างเป็นปกติ ด้านอาหาร การรับประทานยา และการไปรับการตรวจตามนัด สำหรับผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับปกติ เป็นเป้าหมายของการปฏิบัติตนที่เหมาะสม ซึ่งการปฏิบัติตนเป็นวิธีการที่จะนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ลงได้

การจัดการของครอบครัว เป็นพฤติกรรมของ

ครอบครัวที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวันเพื่อสนับสนุน ดูแลผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ในด้านต่างๆ ตลอดจนการจัดการเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายครอบครัวได้ (Grey, Knafel & McCorkle, 2006) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการของครอบครัว ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว ซึ่งการที่ครอบครัวรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับสมาชิก จะช่วยให้ครอบครัวมีการเรียนรู้ที่จะจัดการครอบครัวให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ปัจจัยการทำหน้าที่ของครอบครัวในครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วยและช่วยเหลือตนเองได้น้อย จำเป็นต้องพึ่งพาการดูแลจากครอบครัว ทำให้สมาชิกครอบครัวที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยต้องรับบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้น อาจรู้สึกขัดแย้งในบทบาทเกิดความเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพออาจทำให้เกิดความเครียดตามมาได้ (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2536) ครอบครัวจึงต้องมีการปรับการจัดการภายในครอบครัวให้เหมาะสม เพื่อลดความเครียดที่อาจส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆ และผู้ป่วย เนื่องจากเมื่อเกิดปัญหาร่วมกับสมาชิกบุคคลใดบุคคลหนึ่งจะมีผลกระทบต่อทั้งสมาชิกครอบครัวอื่น และระบบครอบครัวด้วย (Wright & Leahey, 2009) ส่วนเครือข่ายทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวในการแสวงหาการรักษาและการดูแลผู้ป่วย (ชนิสรา ปัญญาเรือง, 2550) นอกจากนี้ครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ครอบครัวจะต้องประเมินอาการเจ็บป่วยสาเหตุความรุนแรงของการเจ็บป่วย และดูแลผู้ป่วย ถ้าครอบครัวสามารถประเมินความเจ็บป่วยได้ จะสามารถดูแลรักษาได้ถูกต้องและรวดเร็วมากขึ้น ปัญหาการเจ็บป่วยก็จะลดลง (จินตนา วัชรสินธุ์, 2550) โดยครอบครัวจะมีส่วนในเรื่องการกำหนดบทบาท

พฤติกรรมของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวในการดูแล และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือปรับวิถีการดำเนินชีวิตในครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ปัจจัยด้านครอบครัวมีผลทางบวกที่ทำให้พฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมและควบคุมระดับน้ำตาลได้ (ณัฐชยาน์ ประเสริฐอำไพสกุล และคณะ, 2551: ปิยะพรรณ เทียนทอง, 2546; รุ่งรัตน์ งามจิรัฐกาล, 2550) แต่ยังคงมีความจำกัดในการศึกษาประเด็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ผลที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการพยาบาลที่สามารถพัฒนาศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน และสามารถนำไปวางแผนในการจัดโปรแกรมการดูแลครอบครัวที่มีผู้ป่วยเบาหวานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2
2. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการของครอบครัวในภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังของเกร์คณาฟีล และแมคเคอลี่ (Grey, Knafel & McCorkle, 2006) ที่อธิบายว่า การจัดการของครอบครัว เป็นการปฏิบัติในชีวิตประจำวันของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้สามารถควบคุมโรค และป้องกันภาวะ

แทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม ซึ่งประกอบด้วย 4 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย 2) ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ 3) ปัจจัยด้านครอบครัว และ 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม งานวิจัยนี้เลือกศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ อายุ และ เพศ ซึ่งพบว่าอายุจะมีผลต่อการพึ่งพาครอบครัว อายุที่เพิ่มมากขึ้น การจัดการของครอบครัวก็จะเปลี่ยนไป เพศที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมดูแลที่แตกต่างกัน (Grey, Knafel & McCorkle, 2006) และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานส่วนหนึ่งยังขึ้นอยู่กับ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว (ปิยะพรรณ เทียนทอง, 2546) ปัจจัยด้านสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัวและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีความรุนแรงของโรครุนแรง ถ้าครอบครัวมีความเข้าใจระดับความรุนแรงของโรคและวิธีการรักษาผู้ป่วยจะช่วยให้ครอบครัวสามารถจัดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ส่วนปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วย รูปแบบครอบครัว รายได้ครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งรูปแบบครอบครัวที่ต่างกันจะมีการจัดการในครอบครัวต่างกัน (เสฐียรพงษ์ ศิรินา, 2546)

รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวทำให้ครอบครัวสามารถเลือกซื้ออาหารหรือประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรค (อินทราพร พรหมปรการ, 2541) การทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวดีและเหมาะสมจะช่วยเพิ่มการจัดการของครอบครัวให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้น (ศิริไทย หงส์สงวนศรี และคณะ, 2544) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย เครือข่ายทางสังคม และระบบบริการสุขภาพ ถ้าครอบครัวได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ จากเครือข่าย และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ จะเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และส่งผลต่อการจัดการครอบครัวที่ดี (ชนิสรา ปัญญาเริง, 2550)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุของผู้ป่วย เพศของผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ รูปแบบครอบครัว รายได้ครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว เครือข่ายทางสังคม และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้เข้าใจถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัว โดยสามารถนำมาเขียนเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังนี้

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยศึกษาครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยตำบลบ้านสวน และมารับบริการที่สถานีอนามัยตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และมารับบริการที่สถานีอนามัยตำบลบ้านสวน

กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกในครอบครัว ที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เลือกว่าเป็นบุคคลที่มีบทบาทในการจัดการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางการประมาณค่าตัวอย่างของ เครซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากุล, 2547) เนื่องจากมีประชากรกลุ่มตัวอย่างที่แน่นอน การระบุนขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดขนาดความเชื่อมั่นที่ 95% การวิจัยครั้งนี้มีขนาด กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 189 คน ตามคุณสมบัติตามที่กำหนด ดังนี้ 1) สมาชิกครอบครัวที่มีผู้ป่วยเบาหวานอายุ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 2) สมาชิกในครอบครัวสามารถสื่อสารและโต้ตอบกับผู้วิจัยได้ ไม่มีปัญหาการพูด การมองเห็น การได้ยิน สามารถพูดและอ่านภาษาไทยได้ดี 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ การวิจัยครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) โดยแยกผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังออกเป็น 2 กลุ่ม คือ อยู่ในเขตรับผิดชอบ และนอกเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัย

บ้านสวน จากนั้นแยกผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบตามรายหมู่บ้านจำนวน 7 หมู่บ้าน หลังจากนั้นสุ่มตัวอย่างครอบครัว ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยเบาหวาน ตามสัดส่วนทุกหมู่บ้าน จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามต้องการ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 5 ชุด คือ

**ชุดที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลสมาชิกครอบครัว ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว และรูปแบบของครอบครัว

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

**ชุดที่ 2** แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (0-4 คะแนน) คือ 4 = รุนแรงมาก 3 = รุนแรงปานกลาง 2 = รุนแรงน้อย 1 = ไม่รุนแรง 0 = ผู้ป่วยไม่มีอาการ ค่าคะแนนรวมสูงแสดงว่า ครอบครัวรับรู้อาการของผู้ป่วยว่ามีความรุนแรงและมีผลต่อครอบครัวมากกว่าครอบครัวที่มีค่าคะแนนรวมต่ำกว่า ทดสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่า CVI = .90 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับสมาชิกในครอบครัวเบาหวานที่มีบทบาทในการจัดการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86

**ชุดที่ 3** แบบสอบถามการทำหน้าที่ของ

ครอบครัว ใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ครอบครัว (Chulalongkorn Family Inventory หรือ CFI) ของ อุมพร ตรังคสมบัติ (2544) ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ การแก้ปัญหา การสื่อสาร การแสดงบทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไป มีข้อคำถามทั้งสิ้นจำนวน 36 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 4 = ตรงมากที่สุด 3 = ตรงปานกลาง 2 = ตรงเล็กน้อย และ 1 = ไม่ตรงเลย ค่าคะแนนรวมที่สูงแสดงว่า ครอบครัวมีการทำหน้าที่ที่ดีมากกว่า ครอบครัวที่มีค่าคะแนนรวมต่ำ หากความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยทดลองใช้กับครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นเบาหวาน ที่มีบทบาทในการจัดการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนแล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86

**ชุดที่ 4** แบบสอบถามเครือข่ายทางสังคมของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวาน ดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์เครือข่ายทางสังคมของ ชนิสรา ปัญญาเรือง (2550) ประกอบด้วยคำถาม 3 สถานการณ์ ได้แก่ 1) เหตุการณ์ที่ต้องการความช่วยเหลือรีบด่วน 2) เหตุการณ์ที่ต้องการความช่วยเหลือยามปกติที่ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ และ 3) ปัญหาเรื่องเศรษฐกิจ การขอความช่วยเหลือของบุคคลในครอบครัวกับบุคคล 10 กลุ่ม ได้แก่ บิดามารดา บุตร คู่ครอง เพื่อนสนิทญาติ เพื่อนบ้าน นายจ้าง/เจ้านาย อสม. บุคลากรวิชาชีพ กลุ่มองค์กรรัฐและเอกชน ตอบได้มากกว่า 1 โดยเรียงลำดับความช่วยเหลือที่ครอบครัวของท่านไปขอความช่วยเหลือ โดยกำหนดคำตอบการได้รับความช่วยเหลือให้เหมาะสม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 4 = ได้รับความช่วยเหลือทุกครั้ง 3 = ได้รับความช่วยเหลือบ่อยครั้ง 2 = ได้รับความช่วยเหลือบางครั้ง และ 1 = ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือเลย ค่าคะแนนรวม

สูงแสดงว่า ครอบครัวมีเครือข่ายทางสังคมดีกว่า ครอบครัวที่มีคะแนนรวมต่ำกว่า ทดสอบค่าความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่า CVI = .90 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับสมาชิกในครอบครัวเบาหวานที่มีบทบาทในการจัดการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .75

**ชุดที่ 5** แบบสอบถามการจัดการของครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิดของการจัดการครอบครัวในภาวะการณ์เจ็บป่วยเรื้อรังของ เกร์คนาฟเฟิล และแมคคอล์รี (Grey, Knafel & Mc Corkle, 2006) และการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ด้านการควบคุมโรคเบาหวาน และความสัมพันธ์ในครอบครัว ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 4 = ทุกครั้ง 3 = บ่อยครั้ง 2 = บางครั้ง และ 1 = ไม่เคยเลย ค่าคะแนนรวมสูง หมายถึง ครอบครัวมีการจัดการในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นเบาหวานดีกว่าครอบครัวที่มีคะแนนต่ำกว่า เกณฑ์ในการแบ่งระดับของการจัดการครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวาน แบ่งกลุ่มตามหลักการโค้งปกติ (ดำรงทิพย์โยธา, 2547)

$> \bar{X} + 1SD$  ครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวานมีการจัดการอยู่ในระดับสูง,  
 $\bar{X} \pm SD$  ครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวานมีการจัดการอยู่ในระดับกลาง,  
 $< \bar{X} - 1SD$  ครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวานมีการจัดการอยู่ในระดับต่ำ

ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ได้ค่า CVI = .90 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับสมาชิกในครอบครัวเบาหวานที่มีบทบาทในการจัดการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยคัดเลือกครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นเบาหวานโดยเลือกครอบครัวที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรัง สถานีอนามัยตำบลบ้านสวน ในช่วงเดือน มกราคม ถึงเดือน มีนาคม 2553 กลุ่มตัวอย่างครอบครัวได้จากการสอบถามผู้ป่วยว่าใครมีบทบาทในการดูแลจัดการในครอบครัว และเก็บข้อมูลที่บ้านผู้ป่วยเบาหวาน ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเซ็นใบยินยอม หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่จัดเตรียมไว้ และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ใช้เวลาในแต่ละรายประมาณ 45-60 นาที

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่หาร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของพอยท์ ไบซีเรียล และสัมประสิทธิ์ถดถอย พบรูปแบบขั้นตอนพบว่า ในการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทดสอบการกระจายตัวของตัวแปรทำนายและตัวแปรตามแต่ละตัว โดย histogram พบว่าตัวแปรทำนายมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างตัวแปรทำนายและตัวแปรตาม ค่าความคลาดเคลื่อนใช้สถิติทดสอบ Durbin-watson ได้ค่าเท่ากับ 1.517 แสดงว่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระต่อกัน โดย

กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.5

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของตัวแทนสมาชิกครอบครัว กลุ่มตัวอย่างครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 189 ครอบครัว พบว่าตัวแทนสมาชิกครอบครัวมีอายุเฉลี่ย 47 ปี ( $SD = 1.19$ ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.9) มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 73.5) ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเบาหวานเป็นบุตรมากที่สุด (ร้อยละ 40.2) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.9) การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 48.1) ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 59.3) มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 45.5) กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 18,820 บาท รายได้ต่ำสุด 5,000 บาท รายได้สูงสุด 55,000 บาท ครอบครัวส่วนใหญ่รายได้พอใช้จ่าย (ร้อยละ 63) จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 5 คน จำนวนสมาชิกครอบครัวสูงสุด 17 คน จำนวนสมาชิกครอบครัวต่ำสุด 2 คน รูปแบบครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 59.8)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 189 คน อายุเฉลี่ย 60 ปี ( $SD = 9.62$ ) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.1) ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 7.2 ปี ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 160.84 มก./ดล. ระดับน้ำตาลน้อยที่สุด 68 มก./ดล. ระดับน้ำตาลสูงสุด 460 มก./ดล. การรักษาปัจจุบันส่วนใหญ่ด้วยวิธีการรับประทานยาเม็ด (ร้อยละ 81) ระยะเวลาการนัดหมายของแพทย์มากที่สุด 8 สัปดาห์ (ร้อยละ 42.3) ทุกคนมีสิทธิ์ในการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 100) สิทธิ์ในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) (ร้อยละ 81.5) การเดินทางไปรับการรักษาส่วนใหญ่ผู้ป่วยไปคนเดียว (ร้อยละ 53.4) และส่วนใหญ่ใช้ชีวิต

เดินทางโดยรถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 83.6) การมารับการรักษาส่วนใหญ่ใช้เวลา 15-30 นาที (ร้อยละ 91.5)

2. ข้อมูลด้านการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการจัดการของครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.49 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 19.04 และระดับสูง ร้อยละ 17.46 ( $\bar{X}$  = 59.46

,  $SD$  = 16.08) เมื่อแยกรายด้านพบว่า การจัดการของครอบครัวด้านการควบคุมโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.49 รองลงมาคือระดับต่ำ ร้อยละ 19.04 และระดับสูง ร้อยละ 17.46 ( $\bar{X}$  = 30.486,  $SD$  = 9.475) ด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.31 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 23.81 และระดับต่ำ ร้อยละ 15.87 ( $\bar{X}$  = 28.97,  $SD$  = 7.61) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวาน ( $n$  = 189)

การจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวาน	$\bar{X}$	$SD$	ระดับ	จำนวน (ครอบครัว)	ร้อยละ
การจัดการของครอบครัวโดยรวม	59.46	16.08	สูง	33	17.5
			กลาง	120	63.49
			ต่ำ	36	19.04
การจัดการของครอบครัว รายด้านด้านการควบคุมโรคเบาหวาน	30.48	9.47	สูง	33	17.5
			กลาง	120	63.49
			ต่ำ	36	19.04
การจัดการของครอบครัว รายด้านด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว	28.97	7.61	สูง	30	15.87
			กลาง	114	60.31
			ต่ำ	45	23.81

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรความรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม ( $n$  = 189)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	Possible range	Actual range	$\bar{X}$	$SD$
การรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว	189	0-80	3-68	18.55	12.99
การทำหน้าที่ของครอบครัว	189	36-144	68 -141	107.65	11.60
เครือข่ายทางสังคม	189	30-120	34 -101	50.16	10.13



3. ปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวาน ความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ป่วย เพศของผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ รูปแบบครอบครัว รายได้ของครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัว เครือข่ายทางสังคม และระบบบริการสุขภาพ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการจัดการครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัว

เป็นเบาหวาน ได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบครัว ( $r = .502, p < .01$ ) และเครือข่ายทางสังคม ( $r = .307, p < .01$ ) การรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว ( $r = .260, p < .01$ ) ตามลำดับ ส่วนอายุของผู้ป่วย เพศของผู้ป่วย การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ รูปแบบครอบครัว รายได้ครอบครัว และระบบบริการสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ  $.05$  กับการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวาน (รายละเอียดตามตารางที่ 3 และ 4)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ( $r$ ) แสดงค่าความสัมพันธ์ตัวแปรที่ศึกษา

การจัดการของครอบครัว	1	2	3	4	5	6
1. อายุของผู้ป่วย	1.00	.277**	.004	-.080	-.119	-.083
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว		1.00	-.031	-.097	.200**	.260**
3. รายได้ของครอบครัว			1.00	.007	.179*	.038
4. การทำหน้าที่ของครอบครัว				1.00	.110	.502**
5. เครือข่ายทางสังคม					1.00	.307**
6. การจัดการของครอบครัว						1.00

\*\*  $p < .05$

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของพอยท์ ไบซีเรียล ( $r_{pbi}$ ) แสดงค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษา	การจัดการของครอบครัว	
	$r_{pbi}$	p-value
1. เพศ	.038	.607
2. รูปแบบครอบครัว	.089	.224
3. การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ		
- การรับประทานยาเม็ด	-.010	.887
- ยาฉีด	-.077	.293
- รับประทานยาเม็ดและยาฉีด	.022	.768
4. ระบบบริการสุขภาพ		
- สิทธิประกันสังคม	.056	.442
- สิทธิบัตรทอง	-.127	.082
- สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	.125	.086

4. เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวาน โดยใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์พหุแบบขั้นตอนพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวาน มี 3 ตัวแปรได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบครัว เครือข่ายทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว มีความสัมพันธ์แบบพหุคูณกับการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสามารถทำนายการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวานชนิด

ที่ 2 ได้ร้อยละ 33.4 และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนาย เท่ากับ 9.703

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวแปรทำนาย พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถทำนายการจัดการครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวานได้มากที่สุด รองลงมาเป็น เครือข่ายทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัวตามลำดับ ซึ่งสามารถเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐานได้ดังนี้

$$Z_{\text{การจัดการของครอบครัว}} = .461 Z_{\text{การทำหน้าที่ของครอบครัว}} + .222 Z_{\text{เครือข่ายทางสังคม}} + .171 Z_{\text{การรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว}}$$

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายการทำหน้าที่ของครอบครัว เครือข่ายทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัวกับการจัดการของครอบครัว ( $n = 189$ )

ตัวแปรทำนาย	$\beta$	SE.B	Beta	$R^2$	$R^2$	$t$	$p$ -value
การทำหน้าที่ของครอบครัว	.22	.998	.461	.252	.252	9.534	.000
เครือข่ายทางสังคม	.352	.097	.222	.316	.064	3.060	.000
การรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว	4.237	1.508	.171	.344	.028	2.027	.005
$R^2 = .344$	Adjusted $R^2 = .334$		$F = 32.359$				
ค่าคงที่	30.895	9.703				3.184	.000

#### การอภิปรายผล

1. การจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งในด้านการควบคุมโรคเบาหวาน และด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว อาจอธิบายได้ว่า ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ เป็นครอบครัวขยาย อยู่ในเขตชุมชนเมือง การพึ่งพา และขอความช่วยเหลือจะอยู่ในครอบครัวและกลุ่มญาติที่สนิท ส่วนใหญ่บุตรซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทในครอบครัว ทำงานเป็นกะในโรงงานอุตสาหกรรม ทำให้เวลาในครอบครัวน้อย

ไม่ค่อยมีสื่อสารในครอบครัว ประกอบด้วย สมาชิกครอบครัวที่เป็นเบาหวาน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานส่วนมากน้อยกว่า 5 ปี ปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ยังไม่เกิดขึ้น หรือเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย ทำให้การรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัวยังมีน้อย ทำให้การจัดการด้านการควบคุมโรคเบาหวาน และความสัมพันธ์ในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีการทำหน้าที่ที่ดี สร้างเครือข่ายทางสังคมที่จะคอยช่วยเหลือและสนับสนุนครอบครัว และเพิ่มให้

ครอบครัวได้เข้าใจและรับรู้อาการและความรุนแรงของโรคเบาหวาน จะช่วยให้มีการจัดการในครอบครัวในระดับที่ดีขึ้น

2. ปัจจัยทำนายนการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายนการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 คือการทำหน้าที่ของครอบครัว เครือข่ายทางสังคม และการรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดของ เกร์ คนาฟเฟิล และแมคเคอลี่ (Grey, Knafel & McCorkle, 2006) อธิบายได้ดังนี้

การทำหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถร่วมกันทำนายนการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ อาจเนื่องจากครอบครัวเป็นสถาบันที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ถ้าสมาชิกครอบครัวมีการทำหน้าที่โดยแสดงบทบาทของตนเองได้เหมาะสม มีความรักความผูกพัน มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจซึ่งกันและกัน ก็จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตทั้งในยามปกติและเจ็บป่วยโดยการทำหน้าที่ของครอบครัวนั้น ต้องมีการยืดหยุ่น ปรับบทบาทหน้าที่ได้ตามความเหมาะสมตามสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว และเมื่อครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ย่อมมีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว ครอบครัวจะต้องมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวันในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกครอบครัวด้วย ถ้าครอบครัวมีการทำหน้าที่เหมาะสมก็จะทำให้การจัดการของครอบครัวเป็นไปได้อย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริไชยหงส์สงวนศรี และคณะ (2544) พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวและพฤติกรรมของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของเด็กที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อื่นซูลิน

เครือข่ายทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวก

และสามารถทำนายนการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัวเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ อาจอธิบายได้ว่า ครอบครัวกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเขตเมือง ความสัมพันธ์จะอยู่ในครอบครัวและญาติพี่น้องเป็นส่วนใหญ่ เมื่อเกิดปัญหาขึ้นในครอบครัวญาติพี่น้องจะเป็นกลุ่มแรกที่สมาชิกครอบครัวไว้วางใจจะขอความช่วยเหลือ ซึ่งถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้มีการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้เหมาะสม และจากการศึกษาของ ชนิสรยา ปัญญาเรือง (2550) พบว่า เครือข่ายทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลที่ให้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยให้สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ ถ้าครอบครัวมีเครือข่ายทางสังคมที่ดี เมื่อเกิดปัญหาขึ้นก็สามารถขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายได้ จะช่วยให้ครอบครัวมีการจัดการที่ดี ในการดูแลสมาชิกที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งการได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายอาจจะรวมถึงจากญาติพี่น้อง หรือชุมชน

การรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถร่วมกันทำนายนการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวานได้ ทั้งนี้เนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์เมื่อเกิดปัญหาต่างๆ ขึ้นในครอบครัวก็จะพยายามหาทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีอาการของโรคเบาหวาน ครอบครัวจะเริ่มรับรู้การเจ็บป่วยครั้งนี้ทั้งสาเหตุ อาการ และความรุนแรง การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานจากอาการของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นโรคเบาหวาน ผลกระทบจากอาการของผู้ป่วยเบาหวานทั้งเฉียบพลันและเรื้อรังต่อครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีการเรียนรู้ที่จะจัดการในครอบครัว และพยายามหาทางแก้ไขปัญหาก็จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือแสวงหาความช่วยเหลือจากเครือข่ายในการดูแล ถ้าครอบครัวรับรู้ว่าการของโรคเบาหวานไม่สามารถดูแลได้ที่บ้าน ครอบครัวจะ

ส่งสมาชิกครอบครัวเข้ารับการรักษานในสถานบริการสุขภาพ และครอบครัวต้องแสดงบทบาทเป็นผู้ป่วย โดยให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพและร่วมกันกำหนดบทบาทและพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลรักษา เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำรงชีวิตและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ ดังจะเห็นได้จากงานวิจัยของ ปวีณา เรือนประเสริฐ (2545) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากสารเคมีมีอิทธิพลต่อการป้องกันสารเคมีทางผิวหนังของครอบครัว ทำให้มีการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและมีการเฝ้าระวังสุขภาพในครอบครัว และภัทรภรณ์ จุ้ยเจริญ (2550) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เพราะเมื่อครอบครัวเห็นความสำคัญและรับรู้ถึงความรุนแรงกับปัญหาที่พบ จึงแสวงหาวิธีการดูแลและป้องกันการเกิดซ้ำอีก

อายุของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวานได้ ซึ่งอาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าครอบครัวกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีสมาชิกครอบครัวที่เป็นเบาหวานมีอายุเฉลี่ย 60 ปี ( $SD = 1.19$ ) จึงไม่เกิดความแตกต่างของอายุ ทำให้ไม่สามารถทำนายการจัดการของครอบครัวได้ ซึ่งอายุมีผลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน การรับรู้ การตัดสินใจ ความสามารถในการดูแลตนเอง และการพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาการจัดการครอบครัวของ ของ เกร์ คนาฟเฟิล และแมคคอล์รี่ (Grey, Knafel & McCorkle, 2006) พบว่าอายุจะมีผลต่อการพึ่งพาครอบครัว เมื่ออายุมากขึ้น การจัดการของครอบครัวก็จะเปลี่ยนไป แต่ก็ยังคงอยู่ในบริบทของแต่ละครอบครัว การจัดการของครอบครัว

จะต้องมีการปรับบทบาทและการทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวให้เหมาะสมเพื่อที่จะช่วยส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวที่เป็นเบาหวานได้มีพฤติกรรม การควบคุมโรคเบาหวานที่ดี

เพศของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวานอาจเนื่องจากสภาพปัจจุบันพบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงมีบทบาทเท่าเทียมกันในครอบครัว และการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัวอาจจะไม่แตกต่างกันมากนัก จากหลายการศึกษาที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หรือ พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (ทวิวรรณ กิ่งโลกกรวด, 2540; เขาวเรศ สมทรัพย์, 2542; เสฐียรพงศ์ ศิวินา, 2546) ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.1) มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 60 ปี ( $SD = 1.19$ ) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร และบุตรเป็นผู้มีบทบาทในการดูแลจัดการในครอบครัว ทำให้การจัดการของครอบครัวไม่แตกต่างกัน เพราะไม่ว่าบิดา หรือมารดา เป็นผู้ป่วยเบาหวาน บุตรก็ต้องให้การดูแลเหมือนกัน และการศึกษาของประทุมพรรณ มโนกุลอนันต์ (2535) พบว่า เพศชายจะดูแลตนเองเรื่องการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารเช้าดีกว่าเพศหญิง และถ้าผู้ป่วยมีการจัดการตนเองในการควบคุมโรคที่ดีจะส่งผล ให้ครอบครัวมีการจัดการในครอบครัวที่ดีด้วย

การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ระยะเวลาการเป็นเบาหวานน้อยกว่า 5 ปี การรักษาส่วนใหญ่โดยการรับประทานยาเม็ด จึงอาจไม่เกิดความแตกต่างในกลุ่มตัวอย่างที่จะมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาและการจัดการครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวานได้ อาจมีปัจจัย

ส่งเสริมด้านอื่นร่วมด้วย

รูปแบบครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคเบาหวานได้ ถึงแม้ว่ารูปแบบครอบครัวส่วนใหญ่จะอยู่เป็นลักษณะครอบครัวขยายมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันแต่ก็ไม่ส่งผลถึงผลลัพธ์การจัดการครอบครัว อาจเนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร ซึ่งประกอบอาชีพรับจ้างในโรงงานมีการทำงานเป็นกะ แม้วานในครอบครัวจะอยู่กันหลายคนแต่เวลาไม่ค่อยตรงกันทำให้มีเวลาในการพูดคุยวางแผนการจัดการดูแลผู้ป่วยทำได้น้อย สอดคล้องกับการศึกษาของฟิชเชอร์ และคณะ (Fisher, Chesla, Skaff, et al, 2000) เกี่ยวกับลักษณะครอบครัวกับการจัดการโรคเรื้อรัง พบว่าลักษณะหรือรูปแบบครอบครัวไม่มีผลต่อการจัดการโรคเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ น้ำเพชร มาตาชนก มณีรัตน์ ภาครูปและจินตนา วัชรสินธุ์ (2550) พบว่า รูปแบบครอบครัวทุกประเภทไม่สามารถทำนายการจัดการของครอบครัวได้ รายได้ครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคเบาหวานได้เนื่องจากครอบครัวกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง รายได้พอมีใช้จ่ายในครอบครัว ทำให้ความสามารถของครอบครัวในการเลือกซื้อหรือประกอบอาหารที่เหมาะสมกับโรคอาจมีข้อจำกัดได้ และอาจมีปัจจัยอื่นร่วม เช่น ระดับการศึกษา และพฤติกรรมกรบริโภคอาหารของครอบครัว ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ อัจฉรา บุญศรีมีทรัพย์ (2550) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมกรรับประทานเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ระบบบริการสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคเบาหวานได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีการเข้าถึงบริการในเรื่องสิทธิการรักษา ส่วนใหญ่เป็นบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเดินทางมารับการรักษา

ส่วนใหญ่สะดวกสบาย ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ให้ผู้ป่วยเดินทางมารับการรักษาด้วยตนเอง นอกจากผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยจะมีญาติมาส่ง

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ครั้งนี้พบว่า การจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง การทำหน้าที่ของครอบครัว เครือข่ายทางสังคมและการรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัวร่วมกันทำนายการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวานได้ร้อยละ 33.4 ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะการปฏิบัติการส่งเสริมการจัดการของครอบครัวดังนี้คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นเบาหวาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว ควรมีการประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวเครือข่ายทางสังคมของครอบครัว และการรับรู้ความรุนแรงของโรคของครอบครัว เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการจัดการของครอบครัวและการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นเบาหวาน เช่นการจัดโปรแกรมให้ครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวานเข้ารับการอบรมเรื่องโรคเบาหวานและวิธีการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน เพื่อให้ครอบครัวรับรู้ถึงการดำเนินของโรคทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเบาหวานรวมทั้งความต้องการของผู้ป่วยเบาหวาน และควรมีการทำกลุ่มให้ครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเป็นเบาหวานมีโอกาสนพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึก ปัญหา และอุปสรรคจากการดูแล ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดี เกิดการพึ่งตนเองในครอบครัวได้

## ด้านการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการจัดการของครอบครัวกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเรื้อรังอื่น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ เป็นต้น เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการทำงานต่อไป และควรศึกษาถึงปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น ความเชื่อเรื่องเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และความเชื่อด้านการรักษาของครอบครัว เป็นต้น

2. นำปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นเบาหวานมาพัฒนาเป็นโปรแกรมและทำการศึกษากับผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชนต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากกลุ่มตัวอย่าง คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ และทุกท่านที่กรุณาให้คำปรึกษา ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่าน รวมถึงเพื่อน พี่น้อง และครอบครัวที่คอยให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งในความกรุณาของท่าน จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพาที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

จินตนา วัชรสินธุ์. (2550). *ทฤษฎีทางการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง*. ชลบุรี : ชลบุรีการพิมพ์.

ชุนิสรา ปัญญาเรือง. (2550). *เครือข่ายทางสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในตำบลเสริมกลาง อำเภอเสริมกลาง จังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ณัฐชยานันต์ ประเสริฐอำไพสกุล และคณะ. (2551). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะ

น้ำตาลในเลือดสูงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด. *วารสารราชบัณฑิตยบาลสาร*, 14 (3), 298-311.

ทวีวรรณ กิ่งโคกกรวด. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ดำรงศ ทิพย์โยธา. (2547). *วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS FOR WINDOWS VERSION 12* (พิมพ์ครั้งที่ 1), กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

น้ำเพชร มาตาชนก มณีรัตน์ ภาครูป และจินตนา วัชรสินธุ์. (2551). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่*. *โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 16(1), 22-28.

บุญใจ ศรีสถิตยันธากุล. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3), กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประทุมพรรณ มโนกุลอนันต์. (2535). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน : การศึกษาเชิงมนุษย์วิทยาในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดลำปาง*. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขามานุษยวิทยาประยุกต์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปิยะพรรณ เทียนทอง. (2546). *ปัจจัยสนับสนุนทางครอบครัวที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน*. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 9 (2), 119-128.

ปวีณา เรือนประเสริฐ. (2545). *การรับรู้อันตรายของสารเคมีและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของครอบครัวในเขตนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด จังหวัดระยอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา

บัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ภัทรภรณ์ จุ้ยเจริญ. (2550). *ปัจจัยที่มีควมสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยโรคอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

เขาวเรศ สมทรัพย์. (2542). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสงขลา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

รุ่งรัตน์ งามจิรัฐติกาล. (2550). *ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยการสนับสนุนของครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตตำบลตาคี อำเภอตาคี จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

วิทยา ศรีดามา. (2543). *การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศิริไชย หงส์สงวนศรีและคณะ. (2544). กลุ่มบำบัดสำหรับพ่อแม่ของเด็กที่เป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 46(8), 323-333.

สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. (2536). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะภรรยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

เสถียรพงษ์ ศิรินา. (2546). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคม

ศาสตร์เพื่อการพัฒนา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *กรอบยุทธศาสตร์งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติปี 2554-2554* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ จำกัด.

อินทราพร พรหมปรากกร. (2541). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการอนามัยครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

อัจฉรา บุญมีศรีทรัพย์. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เฟื่องฟ้า พรินติ้ง.

Fisher, L, Chesla, CA, Skaff, MM, et al. (2000). The family and disease management in hispanic and european American patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 23, 267-272.

Grey, M., Knafl, K., & McCorkle, R. (2006). A framework for the study of self and family management of chronic conditions. *Journal of Nursing Outlook*, 54, 279-286.

World Health Organization. (2005). *Prevention diabetes mellitus*. Geneva : World Health Organization.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). *Nursing and family: A guide to family assessment and intervention*. Philadelphia: F.A. Davis.