

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาอิทธิพลของ การศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ ต่อการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน และได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทาน จำนวน 120 คน ซึ่งจะได้นำเสนอผลการวิจัยเกี่ยวกับ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพและการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษาระดับสูง แรงสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพกับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และปัจจัยที่ร่วมกันทำนายการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินตามลำดับ

4.1 ผลการวิจัย

4.1.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 71.70 อายุเฉลี่ย 57.77 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.05 ปี) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 66.70 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69.17 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาใช้เวลาศึกษาในระบบเฉลี่ย 5.88 ปี เป็นผู้สูงอายุซึ่งอยู่กับบ้านเฉย ๆ มากที่สุด รองลงมาคือเกษตรกร ทำงานบ้าน รับราชการ และค้าขาย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหลาน คือร้อยละ 55.83 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนมีค่ามัธยฐาน 8,500 บาท โดยส่วนใหญ่อ้อยร้อยละ 70.80 มีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 3,529 บาทต่อเดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.70 สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ มีจำนวนบุคคลที่มีความสำคัญที่ให้ความช่วยเหลือ

สนับสนุนผู้ป่วยเฉลี่ย 6.23 คน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.31)

เมื่อพิจารณาคุณลักษณะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีระยะเวลาของการป่วยเฉลี่ย 7.71 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.39 ปี) ร้อยละ 75.00 มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแล้ว ได้แก่ ขาดตามปลายมือปลายเท้า ตามัว ความดันโลหิตสูง และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยยากกลุ่ม Sulfonylurea ร้อยละ 53.33 และกลุ่ม Sulfonylurea ร่วมกับกลุ่ม Biguanide ร้อยละ 46.67 กลุ่มตัวอย่างมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา เฉลี่ย 157.70 มล./ดล. และส่วนใหญ่มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับพอใช้ คือ 140- 200 มก./ดล. (ร้อยละ 46.67) (รายละเอียดดังตารางที่ 1 และ ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	28.30
หญิง	86	71.70
ศาสนา		
พุทธ	120	100.00
สถานภาพสมรส		
โสด	1	0.80
คู่	80	66.70
หย่าหรือม้าย	32	26.70
แยกกันอยู่	7	5.80

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	6	5.00
ประถมศึกษา	83	69.17
มัธยมศึกษา	14	11.67
ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา	11	9.16
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	6	5.00
อาชีพ		
ทำงานบ้าน	21	17.50
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	18	15.00
ค้าขาย	15	12.50
เกษตรกรรม	24	20.00
รับจ้าง	5	4.20
อื่น ๆ : ผู้สูงอายุ, อยู่บ้านเฉยๆ	37	30.80
สมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครอบครัว		
อยู่คนเดียว	7	5.83
อยู่กับคู่สมรส	14	11.67
อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน	67	55.83
อยู่กับบุตรหลาน	29	24.17
อยู่กับเพื่อนหรือญาติ	3	2.50
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
< 3,529	35	29.20
> 3,529	85	70.80

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
วิธีเสี้ยค่ารักษาพยาบาล		
เสี้ยค่ารักษาพยาบาลเอง	29	24.20
เบิกได้จากส่วนราชการต้นสังกัด	86	71.70
สังคมสงเคราะห์	4	3.30
สังคมสงเคราะห์ช่วยเหลือเองบางส่วน	1	0.83
การเข้าอยู่รักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคเบาหวาน		
ไม่เคย	99	82.50
เคย	21	17.50
การมีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานในปัจจุบันหรือที่เคยเป็น		
ไม่มี	30	25.00
มี	90	75.00
การรักษาโรคเบาหวานที่ได้รับในปัจจุบัน		
กลุ่ม Sulfonylurea	64	53.33
กลุ่ม Sulfonylurea ร่วมกับ Biguanide	56	46.67
ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า เจลลี่ 6 เดือนที่ผ่านมา (มก./ดล.)		
115-139	47	39.17
140-200	56	46.67
>200	17	14.16

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่ามัธยฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	ช่วงพักด	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่ามัธยฐาน
อายุ(ปี)	41-78	57.77	8.05	58
จำนวนปีที่ศึกษาในระบบ(ปี)	0-19	5.88	4.21	4
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน(บาท)	500-100,000	12,120.00	13,205.40	8,500.00
จำนวนบุคคลที่เป็นคนสำคัญที่ให้				
ความช่วยเหลือสนับสนุน (คน)	1-17	6.23	3.31	7
ระยะเวลาของการป่วย(ปี)	0.67-25.00	7.71	5.39	11.00
ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า				
เฉลี่ย 6 เดือนที่ผ่านมา(มก./ดล.)	76.50-288.33	157.70	45.98	151.20

4.1.2 ลักษณะของแรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

การวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 156.90 คะแนน มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 85.82 คะแนน ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพเท่ากับ 17.36 คะแนน มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.50 คะแนน ค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเท่ากับ 85.00 คะแนน มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 21.78 คะแนน โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
แรงสนับสนุนทางสังคม	22-470	156.90	85.82
ด้านความผูกพันกัน	6-170	55.09	30.38
ด้านรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรม	4-170	52.63	30.90
ด้านการให้ความช่วยเหลือ	7-130	49.18	26.03
ความเชื่อถือและยอมรับใน			
บุคลากรทีมสุขภาพ	10-20	17.36	2.50
การรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	44-122	85.00	21.78
ด้านความคลุมเครือ			
เกี่ยวกับความเจ็บป่วย	17-58	37.78	11.01
ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับ			
การรักษาและระบบบริการ	7-23	15.19	3.91
ด้านการได้รับข้อมูลที่แตก			
ต่างกันในแต่ละครั้ง	7-26	16.06	5.93
ด้านความไม่สามารถทำนาย			
การเจ็บป่วย การรักษาและ			
การพยากรณ์โรค	5-25	15.97	3.90

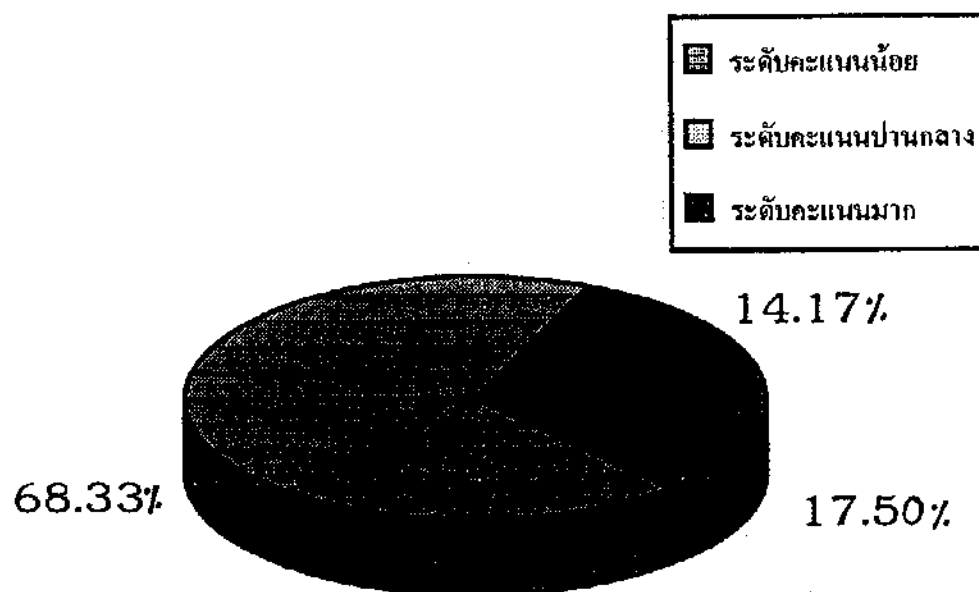
เมื่อนำค่าคะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง มาจัดแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย หมายถึง มีค่าคะแนนน้อยกว่า ($\bar{X}-1SD.$) ระดับปานกลาง หมายถึง มีคะแนนระหว่าง ($\bar{X}\pm 1SD.$) และระดับมาก หมายถึงมีค่าคะแนนมากกว่า ($\bar{X}+1SD.$) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (71.08-242.72 คะแนน) ร้อยละ 68.33 รองลงมา คือ มีคะแนนอยู่ในระดับน้อย (น้อยกว่า 71.08 คะแนน) ร้อยละ 17.50 และมีคะแนนในระดับมาก (มากกว่า 242.72 คะแนน) ร้อยละ 14.17 เมื่อพิจารณารายด้านของแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าส่วนใหญ่คือร้อยละ 68.33 มีค่าคะแนนด้านความผูกพันกันอยู่ในระดับปานกลาง (24.71-85.47 คะแนน) รองลงมาคือร้อยละ 17.50 และ 14.17 มีค่าคะแนนในระดับมาก (มากกว่า 85.47 คะแนน) และน้อย (น้อยกว่า 24.71 คะแนน) ตามลำดับ สำหรับด้านการรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (21.73-83.53 คะแนน) ร้อยละ 70.00 รองลงมาคือร้อยละ 16.67 อยู่ในระดับน้อย (น้อยกว่า 21.73 คะแนน) และร้อยละ 13.33 อยู่ในระดับมาก (มากกว่า 83.53 คะแนน) สำหรับด้านการให้ความช่วยเหลือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือร้อยละ 65.00 มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (23.15-75.21 คะแนน) รองลงมาคือร้อยละ 18.33 อยู่ในระดับน้อย (น้อยกว่า 23.15 คะแนน) และร้อยละ 16.67 อยู่ในระดับมาก (มากกว่า 75.21 คะแนน) ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (14.86-19.86 คะแนน) และมาก (มากกว่า 19.86 คะแนน) ในจำนวนใกล้เคียงกันคือร้อยละ 44.17 และ 42.50 ตามลำดับ และอยู่ในระดับน้อย (น้อยกว่า 14.86 คะแนน) ร้อยละ 13.33 สำหรับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 58.34 มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (63.22-106.78 คะแนน) รองลงมาคือร้อยละ 23.33 มีค่าคะแนนในระดับน้อย (น้อยกว่า 63.22 คะแนน) และร้อยละ 18.33 มีค่าคะแนนในระดับมาก (มากกว่า 106.78 คะแนน) เมื่อพิจารณารายด้านของการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือร้อยละ 58.33 มีความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง (26.77-48.78 คะแนน) รองลงมาคือร้อยละ 21.67 และ 20.00 มีค่าคะแนนอยู่ในระดับน้อย (น้อยกว่า 26.77 คะแนน) และมาก (มากกว่า 48.78 คะแนน) ตามลำดับ ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือร้อยละ 65.00 มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (11.28-19.10 คะแนน) รองลงมาคือ

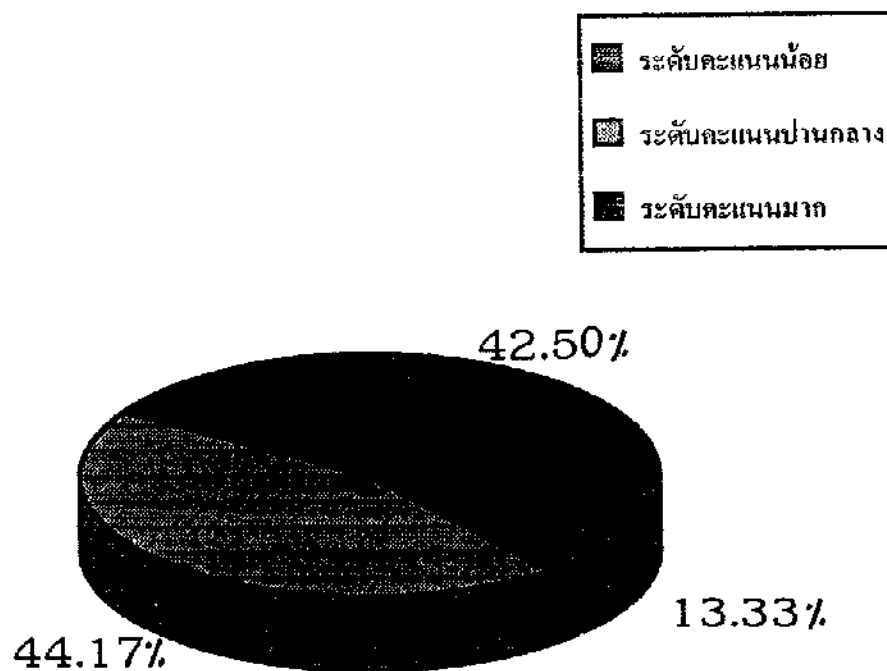
ร้อยละ 23.33 มีค่าคะแนนในระดับน้อย(น้อยกว่า 11.28 คะแนน) และร้อยละ 11.67 มีค่าคะแนนในระดับมาก(มากกว่า 19.10 คะแนน) สำหรับด้านการได้รับข้อมูลที่แตกต่างกันในแต่ละครั้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือร้อยละ 50.83 มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (10.13-21.99 คะแนน) รองลงมาคือร้อยละ 25.00 และ 24.17 มีค่าคะแนนอยู่ในระดับน้อย(น้อยกว่า 10.13 คะแนน) และมาก (มากกว่า 21.99 คะแนน) ตามลำดับ สำหรับด้านความไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วยการรักษาและการพยากรณ์โรคในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 63.33 มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (12.07-19.87 คะแนน) รองลงมาคือร้อยละ 19.17 และ 17.50 มีค่าคะแนนอยู่ในระดับน้อย(น้อยกว่า 12.07 คะแนน) และมาก(มากกว่า 19.87 คะแนน) ตามลำดับ (รายละเอียดดังตารางที่ 4 และ ภาพที่ 2,3 และ 4)

ตารางที่ 4 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามระดับคะแนนแรงสับสนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

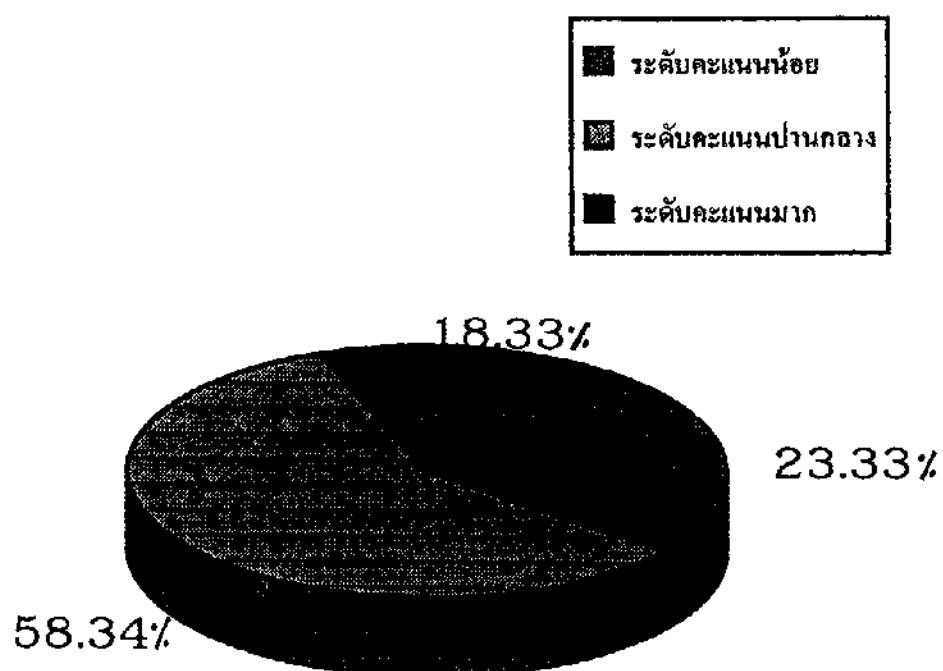
ตัวแปร	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำนวนตามระดับคะแนน		
	น้อย	ปานกลาง	มาก
แรงสับสนทางสังคม	17.50	68.33	14.17
ด้านความผูกพันกัน	17.50	68.33	14.17
ด้านการรับรองหรือเห็นพ้อง			
กับพฤติกรรม	16.67	70.00	13.33
ด้านการให้ความช่วยเหลือ	18.33	65.00	16.67
ความเชื่อถือและยอมรับ			
ในบุคลากรทีมสุขภาพ	13.33	44.17	42.50
การรับรู้ถึงความไม่แน่นอน			
ในความเจ็บป่วย	23.33	58.34	18.33
ด้านความคลุมเครือ			
เกี่ยวกับความเจ็บป่วย	21.67	58.33	20.00
ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับ			
การรักษาและระบบบริการ	23.33	65.00	11.67
ด้านการได้รับข้อมูลที่แตกต่าง			
กันในแต่ละครั้ง	25.00	50.83	24.17
ด้านความไม่สามารถทำนาย			
การเจ็บป่วย การรักษาและ			
การพยากรณ์โรค	19.17	63.33	17.50



ภาพที่ 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนแรงสั่นสะเทือนทางสังคม



ภาพที่ 3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนความเชื่อถือและยอมรับ
ในบุคลากรที่มีสุขภาพ



ภาพที่ 4 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคะแนนการรับรู้ถึงความไม่แน่นอน
ในความเจ็บป่วย

4.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ กับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ตารางที่ 5 แสดงถึงผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ กับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า

1. การศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{xy} = -0.2323, p < 0.01$) แสดงว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีการศึกษาสูงจะรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อย และในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีการศึกษาต่ำจะรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง โดยการศึกษาสามารถอธิบายความผันแปรในการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ได้ร้อยละ 5.40

2. แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบ กับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{xy} = -0.3087, p < 0.001$) แสดงว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อย และในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อยจะรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมาก โดยแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความผันแปรในการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ได้ร้อยละ 9.52

3. ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบ กับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{xy} = -0.3935, p < 0.001$) แสดงว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพมากจะรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อย และในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพน้อยจะรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมาก โดยความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ สามารถอธิบายความผันแปรในการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ได้ร้อยละ 15.48

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_{xy}) ระหว่างการศึกษา (X_1) แรงสนับสนุนทางสังคม (X_2) และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ (X_3) กับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Y)

แหล่งประ โยชน์สนับสนุนช่วยเหลือ	การรับรู้ถึงความไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วย(y)	
	(r_{xy})	r^2_{xy}
การศึกษา (x_1)	-0.2323*	0.0540
แรงสนับสนุนทางสังคม (x_2)	-0.3087**	0.0952
ความเชื่อถือและยอมรับ ในบุคลากรทีมสุขภาพ (x_3)	-0.3935**	0.1548

* $p < 0.01$

** $p < 0.001$

นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ กับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในแต่ละด้าน(ดังตารางที่ 6) พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{xy} = -0.2419$, $p < 0.01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{xy} = -0.02889$, $p < 0.001$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการได้รับข้อมูลที่ไม่ตรงกันในแต่ละครั้ง และความไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและการพยากรณ์โรค ($r_{xy} = -0.1447$, $r_{xy} = -0.1044$) สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{xy} = -0.3161$, $p < 0.001$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{xy} = -0.2328$, $p < 0.01$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการได้รับข้อมูลที่ไม่ตรงกันในแต่ละครั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{xy} = -0.3409$, $p < 0.001$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วยการรักษาและการพยากรณ์โรค ($r_{xy} = -0.0797$) ส่วนความเชื่อถือและยอมรับ

ในบุคลากรที่มีสุขภาพ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{xy} = -0.4175$, $p < 0.001$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{xy} = -0.3204$, $p < 0.001$) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการได้รับข้อมูลที่แตกต่างกันในแต่ละครั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_{xy} = -0.3907$, $p < 0.001$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับความไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและการพยากรณ์โรค ($r_{xy} = -0.1030$)

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_{xy}) ระหว่างการศึกษา (x_1) แรงสนับสนุนทางสังคม (x_2) และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรที่มีสุขภาพ (x_3) กับด้านต่าง ๆ ของการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (y)

แหล่งประ โยชน์สนับสนุน ช่วยเหลือ	การรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย			
	A	B	C	D
การศึกษา	-0.2419*	-0.2889**	-0.1447	-0.1044
แรงสนับสนุนทางสังคม	-0.3161**	-0.2328*	-0.3409**	-0.0797
ความเชื่อถือและยอมรับ ในบุคลากรที่มีสุขภาพ	-0.4175**	-0.3204**	-0.3907**	-0.1030

* $p < 0.01$

** $p < 0.001$

A = ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

B = ด้านความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการ

C = ด้านการได้รับข้อมูลที่แตกต่างกันในแต่ละครั้ง

D = ด้านความไม่สามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและการพยากรณ์โรค

4.1.4 ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เพื่อหาตัวแปรที่สามารถทำนายการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยนำตัวแปรทั้งหมด คือ การศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ เข้าสมการ

ขั้นที่ 1 พิจารณาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากที่สุดเข้าสมการ คือ ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ สามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .1548$, $p < 0.001$) แสดงว่าความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ สามารถทำนายการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินได้ร้อยละ 15.48

ขั้นที่ 2 พิจารณาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอันดับรองลงมาเข้าสมการ คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ผลการวิเคราะห์พบว่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มเป็น .2264 ($R^2 = .2264$, $p < 0.001$) นั่นคือ ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินได้ร้อยละ 22.64 โดยที่แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.16 ($R^2 \text{ Change} = .0716$, $p < 0.001$)

ขั้นที่ 3 พิจารณาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยอันดับที่ 3 คือ การศึกษา เข้าสมการ ผลการวิเคราะห์พบว่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มเป็น .2879 ($R^2 = .2879$, $p < 0.01$) นั่นคือ ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและการศึกษา สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินได้ร้อยละ 28.79 โดยที่การศึกษา สามารถทำนายการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 6.15 ($R^2 \text{ Change} = .0615$, $p < 0.01$)

รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) ระหว่างความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและการศึกษากับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และการทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้น (R^2 Change) ในการทำนายการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ตัวทำนาย	R	R^2	R^2 Change	F
ความเชื่อถือและยอมรับ ในบุคลากรทีมสุขภาพ	.3935	.1548	.1548	21.6125**
แรงสนับสนุนทางสังคม	.4758	.2264	.0716	17.1190**
การศึกษา	.5365	.2879	.0615	15.6307*

* $p < 0.01$

** $p < 0.001$

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (Beta) พบว่าตัวทำนายที่มีค่า Beta สูงสุดคือ ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ ($Beta = -.3651$) รองลงมาคือ แรงสนับสนุนทางสังคม ($Beta = -.2804$) และการศึกษา ($Beta = -.2482$) ตามลำดับ แสดงว่า ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพมีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการทำนายการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน รองลงมาคือแรงสนับสนุนทางสังคม และการศึกษาตามลำดับ โดยสามารถสร้างสมการทำนายการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินได้ดังนี้ คือ

สมการในรูปคะแนนดิบ

$$\hat{Y} = 159.0122 + (-3.1858)X_1 + (-0.0711)X_2 + (-1.2844)X_3$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\hat{Z} = (-0.3651)Z_1 + (-0.2804)Z_2 + (-0.2482)Z_3$$

เมื่อ $\hat{Y}$ = คะแนนการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (คะแนนดิบ)

$\hat{Z}$ = คะแนนการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (คะแนนมาตรฐาน)

a = ค่าคงที่ = 159.0122

X_1 = คะแนนความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ

X_2 = คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม

X_3 = คะแนนการศึกษา

Z_1 = คะแนนมาตรฐานความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ

Z_2 = คะแนนมาตรฐานแรงสนับสนุนทางสังคม

Z_3 = คะแนนมาตรฐานการศึกษา

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนดิบ (B) และคะแนนมาตรฐาน (Beta) การทดสอบความมีนัยสำคัญของ B ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณที่ใช้ทำนายการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ตัวทำนาย	B	Beta	S.E.B	T	Sig T
-ความเชื่อถือและยอมรับ					
ในบุคลากรทีมสุขภาพ	-3.1858	-.3651	.6877	-4.632	.0000
-แรงสนับสนุนทางสังคม	-0.0711	-.2804	.0200	-3.554	.0006
-การศึกษา	-1.2844	-.2482	.4058	-3.165	.0020
R = .5365					
SE = 18.6181					
R ² = .2879					
Constant = 159.0122					
Adjusted R ² = .2695					
Overall F = 15.6307					

4.2 การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาอิทธิพลของการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพต่อการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งผู้วิจัยได้อภิปรายผล ดังนี้คือ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง สมมติฐานข้อที่ 1 แหล่งประโยชน์สนับสนุนช่วยเหลือ ซึ่งประกอบด้วย การศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และสมมติฐานข้อที่ 2 แหล่งประโยชน์สนับสนุนช่วยเหลือ ซึ่งประกอบด้วย การศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม และ ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ สามารถทำนายการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินได้

4.2.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 71.70 อายุเฉลี่ย 57.77 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.05 ปี) ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 66.70 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69.17 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ใช้เวลาศึกษาในระบบเฉลี่ย 5.88 ปี เป็นผู้สูงอายุซึ่งอยู่กับบ้านเฉย ๆ มากที่สุด รองลงมาคือ เกษตรกรรม ทำงานบ้าน รับราชการ และค้าขาย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหลาน คือร้อยละ 55.83 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 12,120.00 บาท(ค่ามัธยฐาน 8,500 บาท) โดยส่วนใหญ่คือร้อยละ 70.80 มีรายได้มากกว่า 3,529 บาทต่อเดือนแสดงว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนมากกว่ารายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือนต่อครอบครัวของประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2536) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.70 สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ มีจำนวนบุคคลที่มีความสำคัญที่ทำให้ความช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยเฉลี่ย 6.23 คน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.31)

4.2.2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตามข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน

เมื่อพิจารณาคุณลักษณะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีระยะเวลาของการป่วยเฉลี่ย 7.71 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.39 ปี) ร้อยละ 75.00 มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานแล้วได้แก่ ซาตามปลายมือปลายเท้า ตามัว ความดันโลหิตสูง และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แต่ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ยังอยู่ในระดับที่สามารถรักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดรับประทานได้ โดยได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยยา กลุ่ม Sulfonylurea ร้อยละ 53.33 และกลุ่ม Sulfonylurea ร่วมกับกลุ่ม Biguanide ร้อยละ 46.67 เมื่อพิจารณาการควบคุมโรคจากระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่ามีค่าเฉลี่ย 157.70 มก./ดล. และส่วนใหญ่คือร้อยละ 46.67 มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับพอใช้คือ 140-200 มก./ดล. (กอบชัย พัววิไล, 2536)

4.2.3 คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม 156.90 คะแนน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 85.82) เมื่อนำค่าคะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคม มาจัดแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือระดับน้อย หมายถึงมีคะแนนน้อยกว่า $\bar{X}-1SD$. ระดับปานกลาง หมายถึงมีคะแนนระหว่าง $\bar{X}\pm 1SD$. และระดับมากหมายถึงมีคะแนนมากกว่า $\bar{X}+1SD$. พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 68.33 มีระดับคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาทางด้านของแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านความผูกพันกัน ร้อยละ 68.33 ด้านการรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรม ร้อยละ 70.00 และด้านการให้ความช่วยเหลือ ร้อยละ 65.00 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ 17.36 คะแนน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.50) เมื่อนำค่าคะแนนของความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพมาจัดแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับน้อยหมายถึงมีคะแนนน้อยกว่า $\bar{X}-1SD$. ระดับปานกลาง หมายถึงมีคะแนนระหว่าง $\bar{X}\pm 1SD$. และระดับมากหมายถึงมีคะแนนมากกว่า $\bar{X}+1SD$. พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและมากมีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 44.17 และ 42.50 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 85.00 คะแนน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 21.78) ซึ่งค่าคะแนนการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของบุญจันทร์ วงษ์สุนทรรัตน์ และคณะ (2535) ที่ศึกษาความรู้เกี่ยวกับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่ได้เข้าโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีคะแนนการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1990) เช่นกัน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 85.78 คะแนน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.60) และเมื่อนำค่าคะแนนของการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย มาจัดแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ระดับน้อยหมายถึงมีคะแนนน้อยกว่า $\bar{X}-1SD$, ระดับปานกลาง หมายถึงมีคะแนนระหว่าง $\bar{X} \pm 1SD$, และระดับมากหมายถึงมีคะแนนมากกว่า $\bar{X}+1SD$, พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือร้อยละ 58.34 มีคะแนนการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาทางด้านของการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน คือ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ร้อยละ 58.33 ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการร้อยละ 65.00 การได้รับข้อมูลที่แตกต่างกันในแต่ละครั้งร้อยละ 50.83 และความสามารถทำนายการเจ็บป่วย การรักษาและการพยากรณ์โรคร้อยละ 63.33 ตามลำดับ

4.2.4 สมมติฐานข้อที่ 1 แหล่งประโยชน์สนับสนุนช่วยเหลือ ซึ่งประกอบด้วย การศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคมและความเชื่อถือและยอมรับในสถานการณ์สุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

4.2.4.1 การศึกษา

ผลการวิจัยพบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในทางลบ ($r_{xy} = -0.2323$, $p < 0.01$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 1 แสดงว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีระดับการศึกษาสูงจะรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำโดย Mishel และ Braden (1988) กล่าวว่าการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมกับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความสัมพันธ์ทางตรงคือการศึกษาช่วยในการจัดเรียงลำดับข้อมูลวิเคราะห์และประมวลข้อมูลหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงจะสามารถจัดเรียงลำดับข้อมูล วิเคราะห์และประมวลข้อมูลหรือเหตุการณ์ได้ง่ายและรวดเร็ว จึงทำให้รับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับที่ต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า

นอกจากนี้ การศึกษายังมีความสัมพันธ์ทางอ้อมกับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยช่วยให้เกิดการสร้างโครงสร้างของเหตุการณ์ในรูปแบบตัวกระตุ้น โดยขยายความรู้พื้นฐานเดิม ช่วยให้ผู้ป่วยแปลความหมายของอาการแสดงของโรคได้ดีขึ้นและเพิ่มข้อมูลเดิมที่มีอยู่ จึงช่วยให้มีความคุ้นเคยในเหตุการณ์มากขึ้น มีผลทำให้ลดการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลง

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Christman และคณะ (1988) ที่ศึกษาการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียดและอารมณ์เครียดภายหลังการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูงรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อยกว่า และสมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2534) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารักษ์ กรวีโรธชัย (2536) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เช่นกัน

4.2.4.2 แรงสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในทางลบ ($r_{xy} = -0.3084, p < 0.001$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 1 แสดงว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่รับรู้ว่าคุณเองมีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับต่ำ โดยที่ผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงความผูกพันกันทางด้านบวก ได้รับการรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมและได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของเงินทองหรืออื่น ๆ จากบุคคลใกล้ชิดที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นบุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน บุคลากรที่สุขภาพหรือบุคคลอื่น ๆ และมีโอกาสได้แสดงความรู้สึกผูกพันด้านบวก มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือความช่วยเหลือกับบุคลากรเหล่านี้ ทั้งนี้ Kahn และ Antonucci (1979 อ้างถึงใน Funch, Maeshall และ Gebhardt, 1986) กล่าวว่าผู้ที่ให้แรงสนับสนุนทางสังคม ต้องเป็นบุคคลซึ่งผู้รับการสนับสนุนและผู้ให้การสนับสนุนต่างมีความเชื่อถือไว้วางใจซึ่งกันและกัน โดยบุคคลที่หาหน้าที่ให้แรงสนับสนุนทางสังคมอาจแตกต่างกันไป ขึ้นกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลและประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ

แรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินรับรู้ได้นี้ จะทำหน้าที่ป้องกันการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในภาวะวิกฤตของชีวิตได้ในหลายกรณี (Mishel, 1988) คือช่วยให้การป้องกันความหมายของเหตุการณ์ ที่เกี่ยวข้องกับอาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้กลุ่มบุคคลใกล้ชิดที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยซึ่งเป็นแหล่งที่ให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยนี้ จะร่วมแสดงความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะหรือยอมรับสนับสนุนพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เพื่อควบคุมโรคเบาหวานให้ถูกต้องเหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ทำให้เกิดความชัดเจนของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย เข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งที่เกิดจากการเจ็บป่วยและเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่น มีการควบคุมอาหาร การรับประทานยาตรงตามเวลา มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและมีการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมซึ่งเป็นผลดีต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเอง

Mishel (1988) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมนี้มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย อิทธิพลทางตรงคือ ช่วยแก้ไขการรับรู้ถึงความไม่แน่นอน 3 ด้าน คือ ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล และความสามารถทำนายอนาคตหรือพยากรณ์โรคได้ ส่วนอิทธิพลทางอ้อมคือ ช่วยเพิ่มความชัดเจนของแบบแผนอาการแสดง โดยการให้ข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน ผ่านไปในกลุ่มผู้ป่วยสู่ผู้ให้การดูแลและจากผู้ดูแลสู่ผู้ป่วย หรือการให้ข้อมูลข่าวสารกันระหว่างผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่ได้รับการวินิจฉัยเหมือนกันหรือได้รับการรักษาเหมือนกัน จะแลกเปลี่ยนข้อมูลกันเพื่อให้เกิดความชัดเจนของอาการหรือการรักษาที่ไม่คุ้นเคย

นอกจากนี้แรงสนับสนุนทางสังคม ยังมีหน้าที่ในการช่วยหลีกเลี่ยงการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยทำให้มีเครือข่ายทางสังคม ซึ่งสมาชิกในเครือข่ายทางสังคมนี้จะพึ่งพาอาศัยความรู้ความชำนาญจากผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคหรือการรักษาที่มากกว่า โดยที่ Kahn (1979 อ้างถึงใน Norbeck, 1981) กล่าวถึงเครือข่ายทางสังคมนี้ว่า บุคคลจะรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมผ่านทางเครือข่ายทางสังคม ซึ่ง Kahn เรียกว่า "พาหนะ" (convoy) ที่นำมาซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นการที่บุคคลมีเครือข่ายทางสังคมมาก ย่อมทำให้รับรู้ว่ามีแรงสนับสนุนทางสังคมมากตามไปด้วย ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นคู่สมรสและบุตรหลาน (ร้อยละ 55.83) และมีเครือข่ายทางสังคมเฉลี่ย 6.23 คน

แรงสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบของการช่วยเหลือทางวัตถุหรือเงินทองนั้น Mishel (1988) กล่าวว่าจะช่วยลดการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลงได้ โดยช่วยให้

ผู้ป่วยรับรู้ถึงความมั่นคง ทั้งจากบุคคลและแหล่งการเงินที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำนายเกี่ยวกับรายได้และสภาพทางเศรษฐกิจของตนเองได้ ซึ่งในผู้ป่วยที่ศึกษาี้ ส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 3,529 บาท (ร้อยละ 70.80) ซึ่งมากกว่ารายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่อครอบครัวของประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากส่วนราชการต้นสังกัด (ร้อยละ 71.70) จึงทำให้รับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ทำให้มีการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

ผลการศึกษา เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคม กับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้สอดคล้องกับการศึกษาหลาย ๆ การศึกษาที่ผ่านมา คือ Mishel และ Braden (1987) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของแรงสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการปรับตัวทางจิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งทางนรีเวช พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ ต่อมา Mishel และ Braden (1988) ได้ศึกษาการค้นหาคำหมาย: ปัจจัยนำของการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งทางนรีเวช พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการลดการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยช่วยลดความคลุมเครือของความเจ็บป่วย และ Wineman (1990) ได้ศึกษาการปรับตัวต่อโรค Multiple Sclerosis ในเรื่องบทบาทของแรงสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการหาพื้นที่และการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมดี จะรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ ส่วนจุฬารักษ์ กวีวิวิธชัย (2536) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา วจนันทนการ (2536) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าผู้ป่วยที่มาจากรอบครัวใหญ่ มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะเป็นทรัพยากรที่ช่วยให้ผู้ป่วยประเมินเหตุการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาได้ชัดเจนขึ้น เนื่องจากมีคู่สมรสหรือบุคคลในครอบครัวคอยสนับสนุนให้กำลังใจ เป็นที่ปรึกษา มีแหล่งสนับสนุนจากภาครัฐบาลในด้านการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ทำให้ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาลดลง มีความมั่นคงในสถานะเศรษฐกิจ ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงเช่นกัน

4.2.4.3 ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในทางลบ ($r_{xy} = -0.3935$, $p < 0.001$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 แสดงว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพสูง จะรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับต่ำ ซึ่งบุคลากรทีมสุขภาพในการศึกษาค้างนี้ หมายถึงแพทย์ผู้ให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพนั้นเป็นทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์ การรักษาและเป็นความคาดหวังของผู้ป่วยเกี่ยวกับคุณภาพของการรักษา ความพึงพอใจต่อแพทย์ผู้ให้การรักษา ความเพียงพอของข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์ และความเชื่อถือในความสามารถของแพทย์ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยมักไม่เข้าใจข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของเขา การที่แพทย์ให้คำแนะนำต่าง ๆ เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากความเจ็บป่วยของเขาและช่วยตัดสินใจ หรือให้คำแนะนำที่มีคุณค่าสำหรับเขา จะทำให้ความคลุมเครือของความเจ็บป่วยและความซับซ้อนของระบบการดูแลสุขภาพลดลง ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

นอกจากนี้ การที่แพทย์ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีการติดต่อกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น นัดมาตรวจและติดตามผลการรักษาเป็นระยะ ๆ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคยในเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย สามารถใช้ประสบการณ์หรือข้อมูลที่ได้รับอย่างต่อเนื่องเหล่านี้ช่วยในการคาดการณ์หรือทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองต่อไป จะทำให้การรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงได้เช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mishel และ Braden (1988) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งทางนี้เวชที่มีความเชื่อถือในการรักษาพยาบาลของแพทย์และพยาบาลดี จะช่วยในการประเมินเหตุการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาได้ชัดเจน ทำให้มีความเชื่อมั่นว่าการรักษาด้วยรังสีจะช่วยให้หายจากความเจ็บป่วยได้แน่นอน และการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถสร้างกรอบแนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้ชัดเจนขึ้น ช่วยให้เกิดการรับรู้ถึงความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ตรงกันมากขึ้น ซึ่งมีผลทำให้การรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของบุญจันทร์ วงษ์สุนทรรัตน์และคณะ (2535) ที่ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าและไม่เข้าโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้เข้าโครงการให้ความรู้ มีคะแนนของการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกี่ยวกับ

ความซับซ้อนของการรักษาและระบบบริการ รวมทั้งการได้รับข้อมูลที่ไม่ตรงกันสูงกว่ากลุ่มที่เข้าโครงการ และจากการศึกษาของนิตยา วจนันทกร (2536) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ที่ไม่น่าเชื่อถือในความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าผู้ป่วยที่มีความเชื่อดีในการให้บริการสุขภาพของแพทย์และพยาบาลที่ดีมาก จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรักษาพยาบาลขณะที่ได้รับรังสีรักษา มีความเชื่อมั่นว่าการรักษาด้วยรังสีสามารถรักษาโรคให้หายได้แน่นอน ทำให้ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาลดลง

4.2.5 สมมติฐานข้อที่ 2 แหล่งประโยชน์สนับสนุนช่วยเหลือ ซึ่งประกอบด้วย การศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ สามารถทำนายการรับรู้ถึงความไม่น่าเชื่อถือในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินได้

ผลการศึกษา เมื่อใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ในการทำนายการรับรู้ถึงความไม่น่าเชื่อถือในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จากตัวแปรทำนาย คือ การศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ พบว่าตัวแปรทำนายทั้งสาม สามารถร่วมกันทำนายการรับรู้ถึงความไม่น่าเชื่อถือในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินได้ร้อยละ 28.79 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งผลการศึกษาสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า

การศึกษา ช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาทางสติปัญญา รับรู้และเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น สามารถไตร่ตรองเรื่องราวต่าง ๆ ได้อย่างมีเหตุผล และสามารถนำสิ่งที่ได้รับรู้มาประยุกต์ในสภาพความเป็นจริงหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น เมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วย เช่นในกรณีของโรคเบาหวานซึ่งมีอาการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและต้องเผชิญกับโรคอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน รวมทั้งต้องพบกับระบบการดูแลสุขภาพที่ต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป การศึกษาจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดเรียงลำดับข้อมูล วิเคราะห์และประมวลข้อมูลหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ง่ายและรวดเร็ว ทำให้เข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ง่าย จึงรับรู้ถึงความไม่น่าเชื่อถือในความเจ็บป่วยน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่ทำนายการรับรู้ถึงความไม่น่าเชื่อถือในความเจ็บป่วยอีกตัวหนึ่งในการศึกษารั้งนี้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การที่แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคม ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพหรือความเจ็บป่วยของมนุษย์ ดังนั้นการที่ผู้ป่วยรับรู้

แรงสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมของเขา จะเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่า มีผู้ที่ให้ความรัก ความผูกพัน ให้การดูแลเอาใจใส่ ยกย่องให้เกียรติ ได้รับการรับรองหรือเห็น พ้องกับพฤติกรรม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความมั่นคงทางจิตใจ มั่นใจในแนวทางการปฏิบัติหรือ แนวทางการเผชิญปัญหาหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งรับรู้ว่ามีผู้คอยให้ความช่วยเหลือ ทั้งทางด้านสิ่งของเงินทอง ให้ข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์สำหรับการ เผชิญกับความเจ็บป่วย รับรู้ถึงความมั่นคงทางเศรษฐกิจ จึงทำให้สามารถหาความช่วยเหลือ เหลือที่คาดว่าจะได้รับในอนาคตได้ จึงช่วยลดการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลง

ความเชื่อถือนและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นตัวแปรอีกตัวหนึ่งที่ร่วมทำนายการรับรู้ ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในการศึกษครั้งนี้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยโรค เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มีทัศนคติที่ดีต่อบุคลากรทีมสุขภาพที่ให้การดูแลรักษา เชื่อถือในความ สามารถ พึ่งพอใจในคุณภาพของการรักษา และรับรู้ว่าได้รับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่าง เพียงพอ ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม จะช่วยให้ ผู้ป่วยคาดการณ์หรือทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองได้ จึงทำให้ รับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าความเชื่อถือนและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพมีความสำคัญ เป็นอันดับแรก ในการทำนายการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ($Beta = -.3651$) รองลงมาคือแรงสนับสนุนทางสังคม ($Beta = -.2804$) และอันดับสุดท้ายคือ การศึกษา ($Beta = -.2482$) สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยโรค เบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาล ในระดับตติยภูมิที่ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีความพร้อมในด้านการบริการ และได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ ที่ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดี ซึ่งจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 44.17 และ 42.50) มีคะแนนความเชื่อถือนและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและสูง ตามลำดับ รวมทั้งส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินนี้ค่อนข้างนานคือ เฉลี่ย 7.71 ปี ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้พบแพทย์อย่างต่อเนื่อง ได้รับคำแนะนำและการ รักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองมีอาการดีขึ้น ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยคาดการณ์หรือทำนายเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยได้ ส่วนการที่แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นอันดับรองลงมา อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ สูงอายุ คือมีอายุเฉลี่ย 57.77 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.05 ปี) ซึ่ง Norbeck (1981) กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมลดลง เนื่องจากจำนวนเครือข่ายทางสังคมลดลง

จากการเสียชีวิต หรือจากการเกษียณอายุ ทำให้รับรู้ว่าจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมลดลง จึงทำให้รับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากขึ้น ตัวแปรที่ร่วมทำนายการรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตัวสุดท้าย คือ การศึกษา ซึ่งอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คือ ร้อยละ 69.17 ใช้เวลาศึกษาในระบบเฉลี่ยเพียง 5.88 ปี ซึ่งค่อนข้างน้อยจึงทำให้รับรู้ถึงความรู้ที่กไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้มากขึ้น