

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวและศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมเนื้อหาหัวข้อตามลำดับต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
 - 1.1 การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
 - 1.2 ศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเอง
2. การทำหน้าที่ของครอบครัว
 - 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวและศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
 - 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัวและศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

จากการศึกษาของ คิงและคณะ (King, Aubert, & Herman, 1998) ได้ประมาณว่า ในปี ค.ศ. 2025 ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยเบาหวาน 300 ล้านคน สำหรับประเทศไทยองค์การอนามัยโลก คาดการณ์ว่า จะมีผู้ป่วยเบาหวาน ในปี 2568 เพิ่มขึ้นเป็น 1.92 ล้านคน (จันทร์เพ็ญ, 2543) และเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ร้อยละ 99 (ชนวนทอง และ พิสมัย, 2542) โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย และครอบครัว ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนั้นผู้ป่วยโรคนี้ต้องการการดูแลและการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ในหลายด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การจัดการความเครียด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทั้งนี้เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้อย่างต่อเนื่อง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น และมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข การดูแลตนเองในเรื่องเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ต้องการเวลาในการเรียนรู้ เวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน

รวมทั้งเปลี่ยนวิธีคิดเพื่อให้ยอมรับกับภาวะการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นเพื่อคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองที่ต่อเนื่องและตลอดไป ครอบครัวเป็นหน่วยที่มีบทบาทสำคัญในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติดูแลตนเองที่ดี เรียนรู้ในการจัดการกับความเจ็บป่วยเรื้อรังได้ โดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับใกล้เคียงปกติซึ่งจะช่วยป้องกันหรือยืดระยะเวลาการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ (Coates, 1994) ทำให้ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

พยาธิสรีรภาพ

โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ภาวะปริมาณของอินซูลินในกระแสเลือดสูงแต่จำนวนอินซูลินรีเซพเตอร์ (insulin receptor) น้อย ทำให้ร่างกายทนต่อภาวะที่มีระดับอินซูลินในกระแสเลือดสูง เกิดภาวะร่างกายคือต่อฮอร์โมนอินซูลิน หรือความผิดปกติในการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินลดลงจนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งพบได้ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด โดยทั่วไปลักษณะของตับอ่อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจะมีน้ำหนักปกติ จำนวนและขนาดของ อีสเลท ออฟ แลนเกอฮาร์ด (islets of langerhan) ลดลงแต่ไม่มากนัก โดยมีความหนาแน่นน้อยลง จำนวนของเบต้าเซลล์ (β - cell) ลดลง หรือผนังหลอดเลือดในตับอ่อนมีความแข็งและหนาขึ้น (vascular sclerosis) และมีพังผืดสะสมอยู่ในอีสเลท ออฟ แลนเกอฮาร์ด จึงมีผลต่อการทำงานของอินซูลินและทำให้จำนวนของอินซูลินรีเซพเตอร์ลดลง ซึ่งปกติอินซูลินรีเซพเตอร์จะทำงานร่วมกับอินซูลิน โดยนำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ ดังนั้น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินโดยทั่วไปจึงไม่ได้ขาดอินซูลินอย่างแท้จริง ตับอ่อนยังคงสามารถสร้างอินซูลินได้ แต่อาจน้อยลง การหลั่งอินซูลินช้ากว่าภาวะปกติ หรือความผิดปกติของการตอบสนองของเนื้อเยื่อโดยมีระดับของอินซูลินรีเซพเตอร์ลดลงดังกล่าวแล้ว จากการที่อินซูลินทำงานได้ลดลงจึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าภาวะปกติ ซึ่งส่วนใหญ่พบในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป มีรูปร่างอ้วนหรือน้ำหนักเกิน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ผลของเมตาบอลิซึมในร่างกายเมื่อขาดฮอร์โมนอินซูลิน จะทำให้มีการสลายตัวของไขมันและโปรตีนในร่างกายเพื่อใช้เป็นพลังงานใช้ในการประกอบกิจกรรม มีผลต่อทำให้มีระดับของกรดไขมันอิสระ และกลีเซอรอล (glycerol) เพิ่มขึ้นทำให้มีการสะสมสารคีโตน (ketone) และมีกรดอะมิโน (amino acid) มากขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยบางรายที่มีภาวะร่างกายขาดฮอร์โมนอินซูลินอาจจะมึน้ำหนักลดลงได้แต่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าระดับปกติ

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมักไม่จำเป็นต้องได้รับอินซูลินเพื่อการอยู่รอด แต่ในระยะหลังของโรคมักต้องใช้อินซูลินเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล (ชัยชาญ, 2546) โรคเบาหวาน

ชนิดนี้จะไม่ทำให้เกิดภาวะกรดในกระแสเลือด (ketoacidosis) โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มักจะไม่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ระยะแรก เนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจะเกิดขึ้นช้าๆ และส่วนใหญ่ในระยะแรกจะไม่พบว่ามีอาการผิดปกติ แต่จะมีอาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป (ชัยชาญ, 2546; เทพ และคณะ, 2544) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ได้แก่ การถ่ายทอดทางพันธุกรรม คือ มีประวัติเบาหวานในครอบครัวโดยเฉพาะญาติสายตรง (เทพ และคณะ, 2544; บุญทิพย์, 2539) การไม่ออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวน้อย โรคอ้วน การบริโภคไม่ถูกสุขลักษณะ สำหรับการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้กำหนดคุณลักษณะของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินไว้ให้เป็น ผู้ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวานและไม่ใช้ยาฉีดอินซูลินเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ทั้งนี้เพื่อควบคุมให้ผู้ป่วยที่เป็นตัวอย่างในการศึกษามีความคล้ายคลึงกันในด้านพยาธิสรีรภาพของโรคดังกล่าว

ภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็นระยะเวลานานก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะที่สำคัญของร่างกาย มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง

1. ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินชนิดเฉียบพลัน เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในร่างกายอย่างรวดเร็ว

1.1. ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (hyperglycemic crisis) มักเป็นภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมากโดยไม่มีภาวะกรด (hyperosmolar hyperglycemic nonketotic) พบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี โดยร่างกายยังคงมีการผลิตอินซูลินได้อยู่บ้างแต่ไม่เพียงพอ ทำให้มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูง ผู้ป่วยจะมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 400 มก./ดล. และมีระดับความเข้มข้นของเลือดสูงกว่า 315 มก./ดล. และไม่พบสารคีโตนในร่างกาย ยกเว้นในกรณีที่เกิดภาวะช็อก หรือภาวะไตวายร่วมด้วย อาการและอาการแสดงที่พบคือ อาการซึม สับสน ไม่รู้สึกตัว มีอาการขาดน้ำอย่างมากผิวหนังแห้ง ตาลึก ระบายน้ำ ถ่ายปัสสาวะบ่อย มีอาการทางระบบประสาทส่วนกลาง ชัก กระตุก อัมพาตครึ่งซีก และหมดสติ

1.2. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) เป็นภาวะที่มีระดับน้ำตาลในหลอดเลือดต่ำกว่า 50 มก./ดล. อาการแสดงภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ 1) อาการที่เกิดจากการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ซิมพาเทติก (sympathetic) ได้แก่ ใจสั่น เหงื่อแตก มือสั่น หงุดหงิด ชาบริเวณรอบปาก ชาปลายมือปลายเท้า อ่อนเพลีย และเป็นลม (วิทยา และ ชาติ, 2542) และ 2) อาการจากสมองขาดน้ำตาล (neuroglycopenia) ได้แก่ ปวดศีรษะ สับสน อารมณ์

เปลี่ยนแปลง ตาพร่ามัว ว่าง ซึม หาว วิงเวียน มึนงง กิริยาท่าทางเปลี่ยนแปลง ซีดลม ชักกระตุก หมดสติ และอาจชักได้

2. ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิดเรื้อรัง เป็นภาวะที่ร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเป็นระยะเวลานาน ส่งผลทำให้การทำงานของอวัยวะในร่างกายทำหน้าที่บกพร่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิดเรื้อรัง ดังนี้

2.1 โรคหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่พบได้ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยเบาหวาน ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงนานๆ ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาขึ้น ทำให้มีการนำไตรกลีเซอไรด์และโคเลสเตอรอลไปยังผนังหลอดเลือดเพิ่ม ร่วมกับการมีไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำมาก (very low density lipoprotein) และการมีไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (low density lipoprotein) ในเลือดสูง ทำให้มีการนำไตรกลีเซอไรด์และโคเลสเตอรอลไปยังผนังหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ร่วมกับการมีไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (high density lipoprotein) ในเลือดต่ำ ทำให้มีการนำโคเลสเตอรอลไปยังตับลดลง เกิดภาวะหลอดเลือดตีบแข็งจากการอุดตันของหลอดเลือด ก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อน เช่น โรคความดันโลหิตสูงพบได้ประมาณ 2 เท่า ของคนที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน (สุนทร และ วลัย, 2535) เกิดเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดฝอยในไต ทำให้อัตราการกรองลดลง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และอัมพาต จากหลอดเลือดในสมองตีบตัน

2.2 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท โรคเบาหวานทำให้มีผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนปลาย อัตราเร็วในการนำสัญญาณของเส้นประสาทจะช้ากว่าปกติประมาณร้อยละ 25 ของผู้ป่วยเบาหวาน ปัญหานี้เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีภายในเส้นประสาท ความผิดปกติของตัวของเซลล์ประสาท (schwan cell) และแกนของเซลล์ประสาท (axon) นอกจากนี้ปริมาณน้ำตาลในเลือดและปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะยังสูงมีผลต่ออัตราเร็วในการนำสัญญาณประสาทที่ยิ่งช้าลง โดยเฉพาะระบบประสาทส่วนปลายเสื่อม (peripheral sensorimotor neuropathy) จะมีอาการชาและเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด และเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดแผลโดยผู้ป่วยไม่รู้ตัว โดยเฉพาะแผลที่เท้า พบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 15 จะเกิดแผลที่เท้าและมีอัตราการถูกตัดเท้าสูงกว่าผู้ที่ไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวานถึง 15 – 45 เท่า และแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานถูกตัดเท้าร้อยละ 85

2.3 ภาวะแทรกซ้อนทางไต (diabetic nephropathy) เป็นภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่เกิดขึ้นเนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับการหนาตัวของเยื่อหุ้มเบสเมมเบรน (basement membrane) ของหลอดเลือดฝอยในโกลเมอรูลัส (glomerulus) ทำให้เลือดไปเลี้ยงไตได้น้อยลง เป็นผลทำให้เกิดการเสื่อมของไต (nephropathy) ทำให้อัตราการกรองของไต

ลดลง และมีการรั่วของโปรตีนทางปัสสาวะ จากภาวะเบาหวานพบว่าร้อยละ 25 – 40 ของผู้ที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเป็นระยะ 25 ปีขึ้นไป เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดในไต (microvascular hemodynamic) เป็นต้นเหตุที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพของกลุ่มเส้นเลือดฝอยในไต (glomeruli) สัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง การเสื่อมของหน่วยไตยังเป็นสาเหตุของการติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะได้ง่ายเมื่อเชื้อเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะเกิดภาวะกระเพาะปัสสาวะอักเสบ ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะลุกลามท่อไตและเนื้อไตได้ทำให้เกิด กรวยไตอักเสบ (pyelonephritis) ได้

2.4 ภาวะแทรกซ้อนทางตา (diabetic retinopathy) ผู้ป่วยเบาหวานจะพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงที่กระจกตา และเยื่อตา ได้แก่ ความรู้สึกรับสัมผัสของกระจกตา (corneal sensitivity) ลดลง โดยแปรผันตามระยะเวลาที่เป็นโรคและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานนาน 5 – 10 ปี มีพยาธิสภาพที่เรตินา ร้อยละ 25 ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 10 – 15 ปี มีพยาธิสภาพที่เรตินา ร้อยละ 60 ป่วยเป็นโรคเบาหวานนานกว่า 15 ปี มีพยาธิสภาพที่เรตินาร้อยละ 80 ซึ่งสาเหตุการเปลี่ยนแปลงของเรตินา คือ เส้นโลหิตฝอยหนาตัวเพิ่มขึ้น (อภิชาติ, 2535) พบว่าเซลล์เยื่อหุ้มมีรูปร่างและขนาดเปลี่ยนแปลงไปไม่สม่ำเสมอ การกระจายของเซลล์ผิดปกติ ผู้ป่วยเบาหวานมีโอกาสเกิดกระจกตาถลอกได้มากกว่าคนปกติ นอกจากนี้การยึดเกาะของเยื่อหุ้มกระจกตากับกระจกตาน้อยลง ภาวะแทรกซ้อนทางตาส่งผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานตาบอดได้จากการเปลี่ยนแปลงของเส้นโลหิตในเรตินา ซึ่งสืบเนื่องมาจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงกว่าปกติและระยะการเจ็บป่วยที่ยาวนาน

ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานนานๆ มักจะมีความต้านทานโรคต่ำ และติดเชื้อได้ง่ายเนื่องจากประสิทธิภาพของเม็ดเลือดขาวลดลง การติดเชื้อตามผิวหนังที่พบบ่อย เช่น บริเวณขาหนีบและข้อพับ บริเวณที่อับชื้นและเหงื่อออกมาก ทำให้ติดเชื้อได้ง่าย และถ้ามีแผลเกิดขึ้นเชื้อแบคทีเรียจะทำให้แผลลุกลามมากขึ้น เชื้อแบคทีเรียที่พบตามแผลผู้ป่วยเบาหวาน พบได้ทั้งชนิดแอโรบิก (aerobic) และแอนแอโรบิก (anaerobic) แกรมบวก, แกรมลบ, คอคโค (coci) , แบซิลไล (bacilli)

การป้องกันภาวะภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองไปตลอดชีวิต โดยจุดมุ่งหมายหลักในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในภาวะปกติมากที่สุดเพื่อลดและชะลอภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งต้องมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างต่อเนื่อง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การดูแลรักษา

ปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินให้หายขาด แต่สามารถควบคุมอาการของโรคได้โดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การเรียนรู้เพื่อการดูแลตนเอง การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับโรค การติดตามการรักษา (ฉัตรเลิศ, 2542; เพลินดา และสุวรรณ, 2544; ไพบูลย์, 2539)

1. การควบคุมอาหาร เป้าหมายการควบคุมอาหาร เพื่อป้องกันไม่ให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และรักษาระดับน้ำตาลให้คงที่ ควบคุมระดับไขมันในเลือดให้เป็นปกติ ควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสมกับวัยและสภาวะร่างกาย ลดปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ หลักการเลือกอาหารที่เหมาะสม มีพลังงานที่พอเหมาะ มีการกระจายตัวของสารอาหารในรูปโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และไขมันที่พอเหมาะ มีปริมาณวิตามินและเกลือแร่เพียงพอสอดคล้องกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

1.1 อาหารคาร์โบไฮเดรต ควรได้รับพลังงานร้อยละ 50 – 60 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมดและควรเป็นอาหารที่มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ เช่น อาหารประเภทแป้งและอาหารที่มีใยพืชชนิดละลายน้ำได้

1.2 อาหารประเภทโปรตีน ผู้ป่วยควรได้รับร้อยละ 10 – 20 ของพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน และควรเป็นโปรตีนจากเนื้อปลา หรือเนื้อสัตว์ที่เป็นเนื้อล้วนๆ ไม่ติดหนังและมัน หลีกเลี่ยงการรับประทานเครื่องในสัตว์ เช่น ตับ ไต หรือไข่แดง เพื่อป้องกันระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง และควรเป็นโปรตีนที่มีคุณภาพดี เช่น โปรตีนจากไข่ขาว น้านม เต้าหู้ ถั่วเหลือง ถั่วเขียว ถั่วแดง

1.3 อาหารประเภทไขมัน ควรได้รับร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับต่อวัน ควรรับประทานอาหารไขมันชนิดไม่อิ่มตัวจากพืชและสัตว์ เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด ปลา ทู ปลาทูน่า ซึ่งจะช่วยลดระดับคอเลสเตอรอลในเลือด ส่วนอาหารที่มีไขมันชนิดอิ่มตัว มีในอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไขมันสัตว์ กะทิ และน้ำมันปาล์ม ควรรับประทานไม่เกินร้อยละ 10 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด

1.4 ผัก อาหารประเภทผักผู้ป่วยรับประทานได้ทุกชนิดไม่จำกัด ควรเลือกรับประทานผักที่มีน้ำและกากมาก เช่น ผักบุ้ง แดงกวา ผักกาด ผักคะน้า ผักตำลึง มากกว่าผักประเภท ราก หัว ดอก เช่น หอมหัวใหญ่ ดอกกะหล่ำ

1.5 ผลไม้ ผลไม้แต่ละชนิดมีคาร์โบไฮเดรตไม่เท่ากัน ควรรับประทานผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด มีคาร์โบไฮเดรตน้อย เช่น ส้มเขียวหวาน มะละกอ สับปะรด แดงโม

1.6 ใยพืชม ใยพืชมมี 2 ประเภทคือ ใยพืชมที่ละลายน้ำได้ เช่น ผลไม้ ถั่วสด ถั่วเมล็ดแห้ง ข้าวโอ๊ต ซึ่งใยพืชมประเภทนี้ แนะนำให้รับประทาน 20 – 30 กรัมต่อวัน และชนิดไม่ละลายน้ำ ชนิดไม่ละลายน้ำพบได้ในพืช ผัก รำ ข้าวสาลี ธัญพืชมไม่ขัดสี และผักเป็นส่วนใหญ่ ประโยชน์ของใยพืชม ในการควบคุมโรคเบาหวาน คือ ช่วยทำให้การดูดซึมกลูโคสจากลำไส้ช้าลงและทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหารไม่สูง (มันทนา และ วงเดือน, 2540)

2. การออกกำลังกาย มีผลต่อความสมดุลของแหล่งพลังงานในร่างกาย การออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่หักโหม ในระยะเวลาพอสมควรคือ ประมาณ 15 – 30 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ จะทำให้การควบคุมเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ได้ดีขึ้น ลดปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ในคนอ้วนมากแต่ระดับไขมันไม่มาก โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจจะลดลง (Xavier, 2000)

3. การใช้ยาเม็ดชนิดรับประทาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มีความจำเป็นเมื่อร่างกายขาดปริมาณอินซูลิน หรือไม่สามารถควบคุมโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ด้วยการควบคุมอาหาร หรือการออกกำลังกาย ยาที่ใช้ในการรักษาเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในปัจจุบันคือยาเม็ดรับประทาน (ภาวนา, 2544)

3.1 ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด ใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ปัจจุบันแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ตามกลไกการออกฤทธิ์ดังนี้

3.1.1. ยาที่กระตุ้นให้ตับอ่อนสร้างและหลั่งอินซูลิน ได้แก่

1) ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (sulfonylurea) ยาจะกระตุ้นการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อน เช่น คลอโพรพามาไมด์ (chlorpropamide) โกลเบนคาไมด์ (glibenclamide)

2) เรปิด แอคติ้ง นอนซัลโฟนิลยูเรีย อินซูลิน ซีเครีตทาโกกู (rapid acting non sulfonylurea insulin secretagogue) ออกฤทธิ์เช่นเดียวกับซัลโฟนิลยูเรีย แต่ออกฤทธิ์เร็วกว่า เลือกใช้ในผู้ป่วยขาดอินซูลิน หรือผู้ที่รับประทานอาหารไม่ค่อยเป็นเวลาหรือในผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำได้มาก ได้แก่ รีพากลิไนด์ (repaglinide) นาเทกลีไนด์ (nateglinide)

3.1.2 ยาที่ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น

1) ยากลุ่มไบกัวไนด์ (biguanides) คือ เมตฟอร์มิน (metformin) ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการสร้างกลูโคสจากตับเป็นหลัก เพิ่มการใช้กลูโคสของกล้ามเนื้อ ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ที่กล้ามเนื้อได้ดี ลดการดูดซึมกลูโคสจากทางเดินอาหาร และไม่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และน้ำหนักตัวไม่เพิ่มขึ้น

2) ไทอะโซลิดิไดนิดีโอน(Thiazolidinedion) ออกฤทธิ์โดยทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ที่กล้ามเนื้อ เป็นผลทำให้น้ำตาลเข้าสู่เซลล์กล้ามเนื้อ ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ที่ตับเพิ่มขึ้น และยับยั้งการสร้างอินซูลินจากตับด้วย ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ โรซิไกลิทาโซน (rosiglitazone), ไพโอไกลิทาโซน (pioglitazone)

3.1.3 ยาที่ยับยั้งการดูดซึมอาหารคาร์โบไฮเดรตในลำไส้ เป็นผลให้ลดระดับน้ำตาลหลังอาหาร โดยมีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ กลูโคซิเดส (glucosidase) ที่ผนังลำไส้ ทำให้ลดการดูดซึมกลูโคสเป็นผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ได้แก่ อะคาโบส (acabose) และ โวลีโบส (volibose)

สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงอันตรายจากการใช้ยารักษาโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เช่น มีการใช้ยาเกินขนาด อาจทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำ หมดสติ และอาจเสียชีวิตได้ หลังรับประทานยา หากมีอาการใจสั่น มึนงง เวียนศีรษะ หน้ามืด ควรรีบรับประทานของหวานทันที ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จึงไม่ควรปรับขนาดยาเอง ในกรณีที่ใช้ยาผิดเวลาก็เป็นเรื่องสำคัญ เพราะยาแต่ละชนิดออกฤทธิ์แตกต่างกัน การซื้อยากินเอง โดยไม่ได้ผ่านการสั่งจากแพทย์อาจทำให้ขนาดยาไม่เหมาะสมกับโรค ก่อให้เกิดอันตรายและภาวะแทรกซ้อนได้ เป็นพฤติกรรมที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

4. การเรียนรู้เพื่อการดูแลตนเองเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การดูแลสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีภูมิต้านทานโรคต่ำ จึงมีโอกาสติดเชื้อต่างๆได้ง่ายจึงควรปฏิบัติดังนี้

4.1 นอนหลับให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงความเครียดทางอารมณ์ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ชั่งน้ำหนักทุกวัน หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า พบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

4.2 การดูแลเท้าในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ผู้ป่วยควรหมั่นตรวจเท้าและนิ้วเท้าของตัวเองเป็นประจำ การสวมรองเท้าควรหลีกเลี่ยงรองเท้าหนีบที่ต้องใส่หัวแม่เท้า และนิ้วเท้าในการหนีบหุรองเท้า อาจทำให้เกิดการอักเสบบริเวณนิ้วเท้าได้ง่าย รองเท้าไม่ควรรัดเกินไป และที่สำคัญไม่ควรเดินเท้าเปล่า (ธเนศ, 2542) อาการสำคัญอันดับหนึ่งที่น่าผู้ป่วยมาโรงพยาบาล คือ การเป็นแผลที่เท้า คิดเป็นร้อยละ 29 ของภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด (บุญทิพย์, 2539)

4.3 การดูแลสุขภาพผิวหนัง ควรดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายอย่างทั่วถึง อาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง หรือ เช้า-เย็น สระผมสัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง ดูแลรักษาความสะอาดอย่างทั่วถึงโดยเฉพาะตามซอกอับชื้น เช่น ใต้ราวนม รักแร้ และขาหนีบ หลังอาบน้ำต้องมีการเช็ด

บริเวณเหล่านี้ไม่ให้ยับยั้ง มิฉะนั้นจะเกิดเชื้อราได้ง่าย ถ้าผิวหนังแห้งควรทาครีมเพื่อให้ผิวชุ่มชื้น อยู่เสมอ สวมเสื้อผ้าที่สะอาดและสบาย หากมีการอักเสบของผิวหนังควรปรึกษาแพทย์ทันที

4.4 การดูแลสุขภาพฟัน ต้องแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อและอักเสบ ควรพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพปากและฟันทุก 6 เดือน

4.5 การดูแลตนเองเมื่อเกิดแผล การรักษาให้สะอาด แผลสดควรทำความสะอาด น้ำดื่มน้ำดื่มที่ดื่งทิ้งไว้จนเย็น ชับให้แห้ง ทายาฆ่าเชื้อโรคที่ไม่ระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อ เช่น น้ำยาเบต้าดีน ถ้าแผลอักเสบมากควรพบแพทย์ไม่ควรรักษาด้วยตัวเอง (พัชรินทร์, 2543)

4.6 การดูแลสุขภาพตา ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ควรพบจักษุแพทย์ ตรวจสุขภาพตาโดยละเอียดอย่างน้อยปีละครั้ง (เทพ และคณะ, 2544) ถ้ามีอาการผิดปกติทางตา เช่น ตามัว ควรปรึกษาจักษุแพทย์

5. การติดตามการรักษา โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยจึงต้องพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ถึงแม้ไม่มีอาการผิดปกติ การตรวจตามแพทย์นัดทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้ตรวจสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาหรือมีการสงสัยอาการผิดปกติ ควรพบแพทย์ไม่ต้องรอให้ถึงวันนัดหมาย การมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อเป็นการประเมินระดับน้ำตาลในเลือดและการเปลี่ยนแปลงของโรคที่สำคัญยิ่ง เนื่องจากผู้ป่วยอาจจะต้องการเปลี่ยนแปลงขนาดยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การมีภาวะติดเชื้อ ภาวะเครียดทางจิตใจ (บุญทิพย์, 2539)

การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

การส่งเสริมการดูแลสุขภาพ เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อสุขภาพ และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น (WHO, 1986 อ้างตาม สมจิต, 2540) ดังนั้น การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน คือ การเพิ่มสมรรถนะให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มีความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมปัจจัยต่างๆที่ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด จากการทบทวนเอกสาร พบว่า การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ประกอบด้วย การดูแลตนเองด้านการควบคุมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้อย่างต่อเนื่อง การลดความวิตกกังวล และการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ ดังนั้นผู้วิจัยจึงแบ่งการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เป็น 5 ด้าน คือ 1) การควบคุมอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การใช้ยา 4) การจัดการความเครียด และ

5) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (ฉัตรเลิศ, 2542; เทพ และคณะ, 2544; ปิยะพรรณ, 2540; กาวานา, 2544; เขาวเรศ, 2539; วิลาวัล, 2539) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การควบคุมอาหาร

อาหารมีบทบาทอย่างมากในการควบคุมโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (วิมลรัตน์, 2543) โภชนบำบัดทางการแพทย์เป็นองค์ประกอบหลักที่จำเป็นอย่างยิ่งในการควบคุมเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (American Diabetes Association, 2000) มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยในการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตกลับคืนสู่สภาพปกติ ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการดีจะลดภาวะแทรกซ้อน การควบคุมอาหารเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดในการดูแลรักษาโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน แต่เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติได้ยากที่สุด (ธงชัย, 2539)

การควบคุมอาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่จะต้องเปลี่ยนอุปนิสัยบริโภค ควรกระทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป การรับประทานอาหารเบาหวานควรรับประทานแบบมีจุดมุ่งหมาย คือ ควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียงปกติให้มากที่สุดจะเป็นการช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ช้าที่สุด (มันทนา, 2542) เช่น โรคเส้นเลือดตีบแข็ง และการควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม สามารถทำได้โดยการควบคุมปริมาณอาหาร หรือแคลอรีที่รับประทานตลอดทั้งวันซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนมีความต้องการไม่เท่ากัน ปริมาณอาหารที่ได้รับขึ้นอยู่กับขนาดรูปร่างและกิจกรรมประจำวันของแต่ละคน ผู้ป่วยจึงต้องรู้จักเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่

การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม โดยมีสัดส่วนการรับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต โปรตีนและไขมัน เป็นสัดส่วน 55: 15: 30 มีปริมาณคาร์โบไฮเดรตครอบคลุมอย่างน้อยครึ่งหนึ่งของพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน (ร้อยละ 50 – 60) อาหารคาร์โบไฮเดรตควรเป็นอาหารที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ เช่น อาหารประเภทแป้ง และอาหารที่มีใยพืชสูง อาหารที่มีใยพืชสูงสามารถชะลอการดูดซึมน้ำตาล ได้แก่ ผักใบเขียว ข้าวโพดอ่อน ถั่วฝักยาว ถั่วเขียว แครอท วิตามินและเกลือแร่ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่รับประทานอาหารได้เป็นปกติมักได้รับวิตามินและเกลือแร่เพียงพอจากการรับประทานอาหาร แต่ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดูดซึมหรือการติดเชื้ออาจทำให้ได้รับวิตามินและเกลือแร่ไม่เพียงพอ ควรให้วิตามินและเกลือแร่เพิ่มเป็นพิเศษ เกลือแร่ที่พบว่าขาดบ่อยในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ได้แก่ โปแตสเซียม โครเมียม

สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนในเรื่องไตวาย ควรงดอาหารเค็มและเนื้อสัตว์ โดยเฉพาะเนื้อหมู หากมีไขมันในเลือดสูงต้องลดอาหารไขมันจากสัตว์ งดไข่แดง หลีกเลี่ยงกะทิ อาหาร

ประเภททอดน้ำมัน ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงดเค็ม ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลผ่านการแปรรูป ได้แก่ ขนมหวาน น้ำหวาน น้ำผลไม้ ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง เพราะทำให้น้ำตาลในเลือดสูงเร็ว ผู้ป่วยจะต้องเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย จะช่วยให้ร่างกายได้รับสารอาหารอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินร้อยละ 12 สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นอย่างดี โดยวิธีการควบคุมอาหารหรือโภชนาบำบัดเพียงอย่างเดียว (Bloomgarden, 1996 อ้างตาม จิตตินันท์, 2541) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมีการควบคุมอาหารเป็นสิ่งที่ดีที่สุด เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้มีค่าปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

2. การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยทำให้อัตราการใช้กลูโคสที่อวัยวะส่วนปลายสูงขึ้น กว่าการผลิตกลูโคสที่ตับ (ADA, 2000) และทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ในระดับเนื้อเยื่อดีขึ้น เพราะเพิ่มความไวในการใช้อินซูลินของกล้ามเนื้อ (ภาวนา, 2544) การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดน้ำหนัก ลดไขมันที่เกาะตามร่างกาย ลดความดันโลหิต ป้องกันโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ระยะยาว (ภาวนา, 2544) การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอจะส่งผลให้ระดับน้ำตาลลดลง (อูระณี และคณะ, 2536) ผลจากการศึกษาการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่า การออกกำลังกายนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลให้ดีขึ้น (วิลาวัล, 2539; ศรีสุพรรณ, 2544) โดยผู้ป่วยควรควบคุมอาหาร การให้อาหารให้ถูกต้อง และออกกำลังกายที่เหมาะสมร่วมด้วย เวลาที่เริ่มออกกำลังกายไม่ควรเป็นเวลาที่ต้องว่าง ควรรับประทานอาหารไปแล้ว 1 – 2 ชั่วโมง การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ควรเป็นการออกกำลังกายแบบต่อเนื่อง (aerobic exercise) เช่น เดินเร็ว วิ่ง ว่ายน้ำ เล่นกีฬาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 – 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30 – 60 นาที (ADA, 2002) ซึ่งการออกกำลังกาย ต้องให้แรงพอจนสามารถทำให้ชีพจรเพิ่มขึ้นประมาณ ร้อยละ 50 – 70 และควรมี 3 ระยะ คือ 1) ระยะอบอุ่นร่างกาย (warm up) เพื่อเตรียมความพร้อมในการใช้อวัยวะและลดการบาดเจ็บของกระดูกและกล้ามเนื้อใช้เวลา 2 – 10 นาที 2) ระยะออกกำลังกายที่ต่อเนื่องกันโดยเวลา 20 – 30 นาที และ 3) ระยะผ่อนคลาย (cool down) หลังออกกำลังกายเสร็จ ซึ่งใช้เวลา 5 – 10 นาที (อภิสิทธิ์, 2545) เพื่อให้อวัยวะเคลื่อนไหวช้าลง มีการบริหารร่างกายเบา ๆ เพื่อให้ระบบต่าง ๆ คืนสู่สภาพปกติ

3. การใช้ยา

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยเฉพาะคนอ้วน หากมีการควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนักรวมทั้งการออกกำลังกายจะสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ และทำให้ผู้ป่วยบางคนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ใกล้เคียงกับคนปกติโดยไม่ต้องใช้ยารับประทาน แต่หากควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ด้วยการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายก็จำเป็นต้องใช้ยาในการควบคุมระดับน้ำตาล ซึ่งยาลดระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจำเป็นต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง และถูกชนิด ขนาดและเวลา เพื่อให้ยาออกฤทธิ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ต้องให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการใช้ยา วิธีการรับประทานยา การเก็บยา ผลข้างเคียงของยา ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา กระตุ้นให้ผู้ป่วยการสังเกตอาการข้างเคียงของยา และประเมินการใช้ยาในผู้ป่วย บริหารยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการขาดยาหรือได้รับยาไม่สม่ำเสมอ

4. การจัดการความเครียด

การเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยที่พบบ่อยคือความเครียด(ทิพวัลย์, 2543) ภาวะเจ็บป่วยของโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อให้เกิดความเครียดได้ทั้งจากธรรมชาติของโรค คือความเจ็บป่วยที่ยาวนานรักษาไม่หาย หรือจากความไม่สุขสบาย จากพยาธิสภาพของโรค โรคแทรกซ้อนอื่นๆ ทั้งวิธีการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้งภาพลักษณ์และอัตมโนทัศน์ที่เปลี่ยนแปลงไปก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ป่วยได้ (สมจิต, 2540) ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเป็นผู้ที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเครียดกับสภาพที่ต้องมีการในการดูแลตนเอง ผลกระทบด้านร่างกาย จิต สังคม และเศรษฐกิจ รวมทั้งความไม่แน่นอนจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ และสังคม อันก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้

มีการศึกษาถึงการรับรู้ความเครียดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่าระยะแรกที่ได้รับรู้ว่าเป็นเบาหวาน ผู้ป่วยจะรู้สึกหวาดกลัว วิตกกังวล และปฏิเสธ (บุญทิพย์, 2539) ความวิตกกังวลมีสาเหตุมาจากหลายเรื่อง เช่น การไม่สามารถรักษาโรคให้หาย การถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ ความไม่แน่นอนของระดับน้ำตาลในเลือด การไม่อาจพยากรณ์โรคได้แน่นอนสำหรับสาเหตุที่ผู้ป่วยวิตกกังวลมากที่สุดคือความวิตกกังวลเรื่องภาวะแทรกซ้อน ซึ่งความวิตกกังวล และความเครียดอย่างเรื้อรัง มีผลทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเลวลง (พงศอมร, 2542) การศึกษาบทบาทของสมาชิกครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยปลูกถ่ายไตโรงพยาบาลรามารินทร์ (พัชรพร, 2540)

พบว่า บุคคลในครอบครัวให้การดูแลด้านอารมณ์จิตใจของผู้ป่วยในระดับดีมาก โดยให้การกำลังใจ หลีกเลี่ยงการพูดคุยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ทำให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็ง เกิดการยอมรับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัว ดังนั้นครอบครัว ควรจะมีวิธีการจัดการความเครียดให้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยให้คำแนะนำหรือ ให้คำปรึกษา และเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย และการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข

5. การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจะต้องสังเกตอาการ การเปลี่ยนแปลงความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่เกิดขึ้น การดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม ในการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การไปตรวจตามนัด ทุกครั้ง หรือการเข้ารับการรักษาทันทีที่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น การรักษาความสะอาดของร่างกาย การดูแลเท้า การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น มีความสนใจในการดูแลสุขภาพจากแหล่งต่างๆ เช่น จากบุคลากรทางสุขภาพ สื่อต่างๆ วิทยุ โทรทัศน์ วารสาร หนังสือ การตรวจร่างกายอย่างละเอียดอย่างน้อยปีละครั้ง

การที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน สามารถดูแลตนเองให้ครอบคลุมในด้าน การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การจัดการความเครียด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้อย่างมีประสิทธิภาพได้นั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมจากครอบครัว ที่มีศักยภาพในการปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

ศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อ การดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพาความสามารถในการส่งเสริมการดูแลตนเองจากครอบครัวและการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 5 ด้าน คือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การจัดการความเครียด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากความต้องการในการส่งเสริมการดูแลตนเองดังกล่าว ครอบครัวจะต้องมีศักยภาพในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามแนวทฤษฎีของ โอเร็ม (Orem, 2001) นั้น แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. การให้ความรู้และข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองในการควบคุมโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โดยควบคุมการดูแลตนเองที่สำคัญ 5 ประการ ดังนี้

1.1 การควบคุมอาหาร โดยครอบครัวจะต้องบอกให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทานอาหาร การเลือกชนิด ปริมาณของอาหาร ควบคุมจำนวนแคลอรีให้เหมาะสมและเพียงพอ เพื่อควบคุมน้ำหนักให้ใกล้เคียงปกติ การรับประทานอาหารให้ตรงเวลา ควรรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ

1.2 การออกกำลังกาย โดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ความสำคัญและความจำเป็นในการออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ครอบครัวจะต้องบอกระยะเวลาที่เหมาะสมในการออกกำลังกาย การเลือกวิธีการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ความสม่ำเสมอการออกกำลังกาย บอกลดผลดีของการออกกำลังกาย คือ ช่วยลดน้ำหนัก ลดไขมันที่เกาะตามร่างกาย ลดความดันโลหิต ป้องกันโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ช่วยเพิ่มความไวของเนื้อเยื่อในการตอบสนองต่ออินซูลิน ทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในระยะยาว ช่วยลดความเครียด ทำให้จิตใจสดชื่น แจ่มใส (ภาวนา, 2544; วรณิ, 2535; อูระณี และคณะ, 2536)

1.3 การใช้ยา โดยจะต้องบอกผู้ป่วยในการใช้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด วิธีการรับประทานยาอย่างถูกต้องและระยะเวลาที่เหมาะสมในการรับประทานยา รวมทั้งบอกให้ทราบถึงผลข้างเคียงของการใช้ยาและประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

1.4 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยครอบครัวจะต้องบอกอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ อาการใจสั่น หน้ามืด ซึม บวมจากภาวะไตเสื่อม สายตามัวจากความผิดปกติของหลอดเลือดที่ตาทำให้จอตาเสื่อม ชาตามปลายมือปลายเท้าจากความผิดปกติของระบบประสาท บอกลดผลเสียของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ รวมทั้งแนะนำวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแก่ผู้ป่วยด้วย

1.5 การจัดการความเครียด โดยครอบครัวจะต้องบอกให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า ความเครียดมีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดและบอกวิธีการจัดการความเครียดหรือผ่อนคลายความเครียดให้แก่ผู้ป่วย และครอบครัวจะต้องมีการประเมินผลหลังจากให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อนำมาวางแผนในการให้ข้อมูลในครั้งต่อไป

2. การกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีทักษะในการคิด วางแผน กำหนดเป้าหมายและตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่ควรปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองโดยในระดับนี้ครอบครัวจะต้องฝึกการปฏิบัติเพื่อให้

ผู้ป่วยได้มีทักษะในการวางแผน การลงมือปฏิบัติกิจกรรมให้ครอบคลุมกิจกรรมการดูแลตนเอง ทั้ง 5 ด้าน ดังนี้

2.1 การควบคุมอาหาร โดยครอบครัวจะต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยวางแผนในการรับประทานอาหารเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารแบบมีจุดมุ่งหมาย โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับอาหารครบทั้ง 5 หมู่ มีสัดส่วนการรับประทานอาหารและพลังงานที่ได้รับแต่ละวันในปริมาณที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยวางแผนในการรับประทานอาหารให้ตรงมือเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำวางแผน

2.2 การออกกำลังกาย โดยครอบครัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเลือกกิจกรรมการออกกำลังกายที่ส่งผลให้มีการบริหารกล้ามเนื้อเพื่อให้ร่างกายสามารถใช้กลูโคสได้ดีขึ้น และการออกกำลังกายจะต้องออกตามความหนักเบา ที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยและชนิดที่ผู้ป่วยชอบ เวลาที่เริ่มออกกำลังกายไม่ควรเป็นเวลาที่ยาว และต้องเตรียมการแก้ปัญหาเมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำโดยการพก ลูกอมไว้ให้พร้อม

2.3 การใช้ยา โดยครอบครัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยวางแผนในการใช้ยา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ดังนั้นครอบครัวจะต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยวางแผนในการรับประทานยาอย่างถูกวิธี โดยเฉพาะการรับประทานยาก่อนมื้ออาหารจะต้องรับประทานอย่างน้อย 30 นาที วางแผนแก้ไขปัญหาเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นหลังการใช้ยา เช่น ใจสั่น หน้ามืด มึนงง แน่นหน้าอกจะต้องเน้นให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้น

2.4 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยครอบครัวจะต้องมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยตรวจร่างกายอย่างละเอียดอย่างน้อยปีละครั้ง และให้ผู้ป่วยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพื่อที่จะได้รับการแก้ไขอย่างทันที

2.5 การจัดการความเครียด โดยครอบครัวจะต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยวางแผนในการจัดการความเครียดทำได้โดยการมุ่งที่การแก้ปัญหาและจัดการกับอารมณ์ (สมจิต, 2540)

ครอบครัวจะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยตัดสินใจในการเลือกกิจกรรมที่ควรปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองได้อย่างมีเหตุผล ผ่านการคิดและพิจารณาเป็นอย่างดี เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายที่เป็นรูปธรรมเพื่อที่จะปฏิบัติดูแลสุขภาพตามวิธีที่เลือกไว้นั้น การตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างครอบครัวกับผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองให้สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ จากผลการศึกษาวิจัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง โดยให้ผู้ป่วยมีอำนาจในการคิด ตัดสินใจ และปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองดีขึ้น (ภาวนา, 2537; วิลาวัล, 2539; วัลลา, 2540) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยแต่ละคนอาจจะมีวิธีการในการคิด วางแผนที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแผนการดำเนินชีวิตของ

ผู้ป่วยแต่ละคน ดังนั้นครอบครัวในฐานะผู้ให้การส่งเสริมการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยจะต้องคอยช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยวางแผนในการดูแลตนเองเพื่อที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้สูงขึ้น

3. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยลงมือกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยครอบครัวจะมีการจัดการส่งเสริมการวางแผนและลงมือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งประเมินผลโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองโดยการวางแผน การลงมือปฏิบัติในการควบคุมกิจกรรมการดูแลตนเองใน 5 ด้าน ดังนี้

3.1 การควบคุมอาหาร คือ ผู้ป่วยจะได้รับประทานอาหารที่มีความเหมาะสมทั้งชนิดของอาหาร ปริมาณ พลังงานที่เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย

3.2 การออกกำลังกาย ครอบครัวส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกาย เช่น ช่วยอำนวยความสะดวก จัดเตรียมสถานที่สำหรับให้ผู้ป่วยออกกำลังกาย ผู้ป่วยควรจะได้ออกกำลังกายโดยการจัดเริ่มจากใช้กำลังเบาๆ และค่อยๆเพิ่มแรงขึ้นตามลำดับ และควรปฏิบัติอย่างน้อยอาทิตย์ละ 3 ครั้ง และครอบครัวจะต้องร่วมมือกับผู้ป่วยในการประเมินความสามารถของผู้ป่วยว่าวิธีการออกกำลังกายมีความเหมาะสมหรือไม่เพื่อที่จะได้ปรับให้เหมาะกับผู้ป่วย

3.3 การใช้ยาครอบครัวส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติโดยผู้ป่วยได้การรับประทานยาถูกต้องทั้งขนาดยา เวลาที่เหมาะสม พร้อมทั้งสอบถามอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา และการประเมินความสามารถ ความสม่ำเสมอของผู้ป่วยในการใช้ยา

3.4 ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ครอบครัวส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง คือ ควบคุมการรับประทานอาหาร การรับประทานยาอย่างเคร่งครัด ต้องสังเกตและประเมินอาการผิดปกติ

3.5 ด้านการจัดการความเครียด ครอบครัวส่งเสริมการปฏิบัติด้านนี้โดยให้ผู้ป่วยระบายความเครียดให้สมาชิกในครอบครัวรับทราบและร่วมกันหาแนวทางในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นและประเมินผลหลังจากปฏิบัติกิจกรรม การส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองให้ครอบคลุม ทั้ง 5 ด้านดังที่กล่าวมาแล้ว ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองต่อไป โดยครอบครัวจะต้องให้กำลังใจ ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และครอบครัวจะติดตามการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การส่งเสริม สนับสนุน และปรับแก้กิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลสภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

การทำหน้าที่ของครอบครัว

ลักษณะของสังคมไทยเมื่อบุคคลในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเกิดการเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร บิดามารดา ญาติพี่น้อง จะต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย (วิมลรัตน์, 2537) และส่วนใหญ่ครอบครัวเป็นมักจะได้รับควมไว้วางใจจากผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นครอบครัวจึงมีหน้าที่ในการช่วยเหลือ รับผิดชอบ ดูแลสมาชิกในครอบครัวและเป็นแหล่งประโยชน์ที่สร้างแรงจูงใจที่สำคัญให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายการดูแลตนเอง หากผู้ป่วยได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพอย่างดีจากครอบครัวจะมีผลทำให้ภาวะสุขภาพทั้งการดำเนินชีวิตและสิ่งแวดล้อมอยู่ในภาวะที่มีสุขภาพดี (รุจา, 2541) สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินซึ่งมีปัญหาสุขภาพเรื้อรังต้องการความสามารถในการส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องจากครอบครัว เพื่อที่จะดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นหน่วยที่ใกล้ชิดและทำหน้าที่ในการสนับสนุนและส่งเสริมผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดียิ่งขึ้น

แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยรวมเกิดจากสมาชิกที่มีความสัมพันธ์กันมารวมกันและมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้สมาชิกอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มีความรักใคร่ ห่วงใย ผูกพัน และเอื้ออาทรต่อกัน เป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญ คอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ได้ดี สมาชิกในครอบครัวแสดงบทบาทได้เหมาะสม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันจะช่วยให้การปรับตัวของสมาชิกดีขึ้น สมาคมเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย (2542) ได้ให้ความหมายของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวไว้ว่า เป็นงานที่ครอบครัวพึงปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัวเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยดี ความสำคัญของการปฏิบัติหน้าที่ครอบครัวจะเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย การประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นวิธีการหนึ่งที่บุคลากรทีมสุขภาพใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของครอบครัว เพื่อนำมาวางแผนให้การช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพครอบครัวได้อย่างสอดคล้อง เหมาะสมกับความต้องการของครอบครัวนั้นๆ มีแนวคิดหลายแบบที่อธิบายหน้าที่ของครอบครัว แต่ละแนวคิดอธิบายครอบครัวในแง่มุมต่างกัน ขึ้นอยู่กับผลของการศึกษาและประสบการณ์ของนักทฤษฎีแนวคิดที่นิยมใช้กันอย่างมีความหลากหลาย ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของฟริดแมน

ฟริดแมน (Friedman, 1998) แบ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1.1 ด้านความรักความเอาใจใส่ (affective function) เป็นหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของสมาชิก แสดงออกโดยการให้ความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่แก่สมาชิก เพื่อให้สมาชิกมีสุขภาพดี มีบุคลิกที่มั่นคง มีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวที่ได้รับความรักความอบอุ่น ไม่ถูกทอดทิ้ง และมีคนคอยช่วยเหลือ

1.2 ด้านการอบรมเลี้ยงดู (socialization function) เป็นหน้าที่ของครอบครัวจะอบรมระเบียบทางสังคม รวมทั้งการเรียนรู้สิ่งแวดลอมสังคมภายในและภายนอกครอบครัว วัฒนธรรม เพื่อเป็นการปลูกฝังให้สมาชิกเป็นพลเมืองดีของชาติ และสามารถปรับตัวในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม

1.3 ด้านการผลิตสมาชิกใหม่ (reproductive function) ครอบครัวมีหน้าที่ในการสร้างหรือผลิตสมาชิกใหม่เพื่อการสืบสกุล ส่วนทางด้านสังคมเป็นการสืบเผ่าพันธุ์ของเชื้อสายมนุษยชาติ

1.4 ด้านการจัดหาทรัพยากรทางเศรษฐกิจ (economic function) เป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะต้องจัดการรายได้ที่จะนำมาใช้จ่ายสิ่งที่จำเป็นทางกายภาพให้กับครอบครัว เช่น จัดหาเสื้อผ้า อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และจัดสรรรายได้ที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.5 ด้านการดูแลสุขภาพ (health care function) ครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของสมาชิกทั้งในขณะที่สุขภาพดีและเจ็บป่วย จึงทำหน้าที่เสมือนบุคลากรทางด้านสุขภาพ เป็นผู้ตัดสินใจและจัดการดูแลสุขภาพ ประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

แนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของฟริดแมน ประเมิน โครงสร้างของครอบครัวซึ่งประกอบด้วยโครงสร้างค่านิยม วัฒนธรรม แบบอย่างที่ยึดปฏิบัติในครอบครัวและความสัมพันธ์ของหน่วยต่างๆที่เป็นองค์ประกอบย่อย โดยมองว่าโครงสร้างของครอบครัวส่งผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว การศึกษาครั้งนี้ต้องการศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่มีผลเกี่ยวเนื่องมาจากโครงสร้างของครอบครัวจึงไม่นำแนวคิดการทำหน้าที่ของฟริดแมนมาใช้ในการศึกษาวิจัย

2. แนวคิดเซอร์ระบบสามภรรยาและระบบครอบครัว (circumplex model of marital and family systems) ของ ออลสันและคณะ (Olson et al., 1989 อ้างตาม อูมาพร, 2544)

ออลสันและคณะ (Olson et al., 1989 อ้างตาม อูมาพร, 2544) มองมิติการทำหน้าที่ของครอบครัวใน 3 ด้าน ดังนี้

2.1 ความผูกพันกลมเกลียวในครอบครัวที่สมาชิกมีต่อกัน (family cohesion) เป็นความผูกพันทางอารมณ์ของครอบครัวมี ตั้งแต่ระดับต่ำมากไปจนถึงระดับสูงมาก ครอบครัวที่ปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพจะมีความผูกพันระดับกลางก่อนไปทางต่ำและระดับกลางก่อนไปทางสูง เป็นระดับที่สมาชิกสามารถเป็นอิสระและเป็นตัวของตัวเองในขณะที่ยังผูกพันอยู่กับครอบครัว ส่วนครอบครัวที่มีความผูกพันในระดับต่ำมาก สมาชิกมีความเป็นตัวของตัวเองมากเกินไปจนทำให้ต่างคนต่างอยู่ มีความผูกพันและความร่วมมือร่วมใจกันน้อยทำให้ครอบครัวไม่เป็นปึกแผ่น แต่ในครอบครัวที่มีความผูกพันในระดับสูงมาก สมาชิกจะมีความจงรักภักดีต่อครอบครัวมากเกินไปและเห็นพ้องต้องกันมากเกินไปจนไม่สามารถเป็นตัวของตัวเอง พัฒนาการทางจิตใจ อารมณ์ และสังคมของสมาชิกจะบกพร่องด้วย

2.2 การปรับตัว (adaptability) เป็นความสามารถของครอบครัวโดยเฉพาะระบบคู่สมรสในอันที่จะเปลี่ยนแปลงโครงสร้างแห่งอำนาจ บทบาท รวมทั้งความสัมพันธ์ให้เหมาะสมเพื่อที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

2.3 การสื่อสารภายในครอบครัว (communication) เป็นการสื่อสารภายในครอบครัว เป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้สมาชิกมีการปรับตัวและมีความผูกพันกลมเกลียวกันในครอบครัว

แนวคิดการทำหน้าที่ระบบสามภรรยาและระบบครอบครัว (Circumplex Model) ของ ออลสัน และคณะ (Olson et al., 1989 อ้างตาม อุมภาพร, 2544) ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านความผูกพันทางด้านอารมณ์ที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกันและกัน ความสามารถของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง บทบาท และสัมพันธภาพเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์และความเครียดที่เกิดขึ้น และการสื่อสารภายในครอบครัว เป็นแนวคิดที่มีความเหมาะสมกับครอบครัวที่เริ่มต้นชีวิตครอบครัวใหม่หรือสมรสใหม่ การประเมินครอบครัวที่มีความใกล้เคียงกับแนวคิดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวแบบแมคมาสเตอร์ แต่มีมิติของการทำหน้าที่ที่กว้างกว่า ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำแนวคิดนี้มาใช้ในการศึกษาในครั้งนี้

3. แนวคิดระบบของบีฟเวอร์ (Beavers System Model)

บีฟเวอร์และคณะ (Beavers et al., 1985 อ้างตาม อุมภาพร, 2544) แบ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็น 2 ด้าน คือ

3.1 ความสามารถ (competence) เป็นความสามารถของครอบครัวในการจัดระบบภายในให้ดำเนินไปอย่างเรียบร้อย ความสามารถในการทำหน้าที่มี 5 ระดับ คือ 1) ครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้เหมาะสม (optimal family) 2) ครอบครัวที่ทำหน้าที่ดีเพียงพอ (adequate family) 3) ครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ปานกลาง (midrange family) 4) ครอบครัวที่ทำหน้าที่

ไม่ค่อยดี (borderline family) และ 5) ครอบครัวที่ทำหน้าที่บกพร่องอย่างมาก (severely dysfunctional family)

ครอบครัวที่มีความสามารถดีมีลักษณะดังนี้ มีความเป็นผู้นำเท่าเทียมกันระหว่างสามี ภรรยา มีความร่วมมือกันอย่างดีระหว่างพ่อแม่หรือผู้ใหญ่ภายในครอบครัว มีขอบเขตระหว่างรุ่นที่ชัดเจน สมาชิกมีความเป็นตัวของตัวเองอย่างเพียงพอ สมาชิกยอมรับความแตกต่างได้อย่างเหมาะสม สื่อสารอย่างเปิดเผยไม่อ้อมค้อม สมาชิกแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม มองโลกในแง่ดีมองปัญหาที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของครอบครัว ในครอบครัวที่มีความสามารถต่ำ จะมีลักษณะพ่อแม่ไม่ค่อยร่วมมือกัน บางครั้งพ่อแม่เข้าพวกกับลูก ไม่มีความเป็นผู้นำที่ชัดเจนหรือมีแบบไร้ประสิทธิภาพ ไม่มีขอบเขตระหว่างระบบที่ชัดเจน สมาชิกไม่มีความเป็นตัวของตัวเอง ขาดความไว้วางใจกัน การสื่อสารไม่ดี ไม่สามารถยอมรับความแตกต่างหรือแก้ไขความขัดแย้งระหว่างกันได้ดีพอ

3.2 แนวทาง (style) เป็นทิศทางของปฏิสัมพันธ์ที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกัน และต่อระบบภายนอก แบ่งเป็น 2 แบบ คือ

3.2.1 แบบที่มีทิศทางเข้าหาครอบครัว (centripetal-CP) มีลักษณะแสวงหาความสุขจากภายในครอบครัว ไม่ค่อยไว้วางใจคนภายนอกครอบครัว สมาชิกแสดงความรู้สึกทางบวกเป็นส่วนใหญ่ และเก็บกอดความรู้สึกทางลบ ลูกๆจะแยกออกไปจากครอบครัวได้ยากเพราะมีความผูกพันมากเกินไป สมาชิกมักมีปัญหาทางอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า กังวล

3.2.2 แบบที่มีทิศทางออกจากครอบครัว (centrifugal-CF) มีลักษณะแสวงหาความสุขจากภายนอกครอบครัว สนุกกับคนนอกมากกว่าคนในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวมักแสดงความรู้สึกทางลบ มากกว่าความรู้สึกทางบวก เช่น โกรธ ไม่พอใจ ผลักดันให้ลูกออกจากครอบครัวโดยลูกยังไม่พร้อม สมาชิกมักมีปัญหาทางพฤติกรรม เช่น ขัดคำสั่ง เกร

แนวความคิดทำหน้าที่ของครอบครัวแบบบีฟเวอร์ (Beavers Systems Model) ของ บีเวอร์ แฮมสัน และ ฮัลกัส (Beavers, Hamson, & Hulgus อ้างตาม อุมพร, 2540) จะประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านความสามารถของครอบครัว (competence) ในการจัดระบบภายในให้ดำเนินไปได้อย่างเรียบร้อย และทิศทางของปฏิสัมพันธ์ ที่ครอบครัวมีต่อกันเอง และมีต่อระบบภายนอก แนวคิดนี้จะมีข้อจำกัดคือ ใช้ร่วมกับการสังเกตทางคลินิกในการรักษาครอบครัว ประเมินสุขภาพของครอบครัว เนื่องจากรูปแบบนี้พัฒนามาจากครอบครัวกลุ่มชนผิวขาว ระดับกลางและเป็นครอบครัวที่มีทั้งบิดาและมารดา ดังนั้นการนำรูปแบบนี้ไปใช้กับครอบครัวที่มีความหลากหลายทั้งทางเศรษฐกิจและวัฒนธรรม อาจทำให้ผลการประเมินไม่ชัดเจน (Friedman,

2003) การศึกษาครั้งนี้ไม่นำแนวคิดนี้มาใช้ในการศึกษาเนื่องจากไม่เหมาะสมกับบริบทของครอบครัวไทย

4. แนวคิดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวแบบแมคมาสเตอร์ (McMaster Model)

แนวคิดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามรูปแบบของแมคมาสเตอร์ (McMaster Model of Family Functioning หรือ MMFF) โดยเอ็พทิน บัลด์วิน และบิชอป (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1984 อ้างตาม อุมพร, 2540) ใช้หลายทฤษฎีในการอธิบาย คือ ทฤษฎีการสื่อสาร ทฤษฎีการเรียนรู้และทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยทั้งหมดนี้จะอยู่ภายใต้กรอบใหญ่ของทฤษฎีระบบ (system theory) โดยแบ่งหน้าที่ของครอบครัวออกเป็นด้านต่าง ๆ 6 ด้าน คือ 1) การแก้ปัญหา 2) การสื่อสาร 3) บทบาท 4) การตอบสนองทางอารมณ์ 5) ความผูกพันทางอารมณ์ และ 6) การควบคุมพฤติกรรม ในแต่ละด้านมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กันเสมอ สำหรับการทำหน้าที่ในบริบทของครอบครัวไทย อุมพร (2544) ได้นำแนวคิดแมคมาสเตอร์มาใช้พัฒนาเป็นแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวไทย (Chulalongkorn Family Inventory: CFI) โดยเพิ่มการทำหน้าที่ทั่วไปของครอบครัวเพื่อให้มีความเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของครอบครัวไทย โดยทั่วไป มีรายละเอียดของแต่ละด้านดังนี้

4.1 การแก้ไขปัญหา (problem solving) เป็นความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ปัญหา คือ สิ่งที่คุกคามความสมดุลของครอบครัวหรือประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของครอบครัว แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) ปัญหาทางวัตถุ (instrumental) เป็นปัญหาพื้นฐานในการดำรงชีวิต เช่น ปัญหาที่อยู่อาศัย การเงิน และ 2) ปัญหาทางอารมณ์ (affective) เช่น ความโกรธไม่พอใจระหว่างสมาชิกในครอบครัว การประเมินประสิทธิภาพในการแก้ปัญหของครอบครัว โดยทั่วไปมีการดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

4.1.1 แยกแยะประเด็นปัญหา มีการชี้ชัดลงไปว่าอะไรเป็นปัญหา และแยกแยะปัญหาออกมาได้อย่างถูกต้อง

4.1.2 การสื่อสารให้เข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นการบอกให้สมาชิกในครอบครัวได้รับรู้ข้อมูลเพื่อที่จะได้ร่วมกันแก้ปัญหา หรือบอกญาติ เพื่อน แหล่งสนับสนุนของครอบครัวตามความเหมาะสมได้รับรู้ถึงปัญหา เพื่อจะได้ช่วยกันแก้ไขให้เหมาะสมกับสถานการณ์

4.1.3 การวางแผนแก้ปัญหา มีการร่วมกันคิดหาวิธีต่างๆในการแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธีแทนแก้ไขปัญหแบบเก่าที่ไม่ประสบผลสำเร็จ

4.1.4 ตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสม มีการตัดสินใจที่จะใช้วิธีการที่แน่ชัดในการแก้ปัญหา และเตรียมวิธีการต่อไปหากใช้วิธีแรกไม่ได้ผล

4.1.5 ดำเนินการแก้ไขปัญหานั้นเป็นไปอย่างครบถ้วน ครอบคลุมไว้
ดำเนินการแก้ไขปัญหามาที่ได้ตกลงกันไว้จนครบถ้วน บางครอบครัวยังทำตามแผนเพียงส่วนหนึ่งหรือไม่ได้ทำเลย

4.1.6 ติดตามให้การแก้ปัญหานั้นเป็นไปอย่างครบถ้วน ครอบครัวยังมีการติดตามอย่างจริงจังว่าได้ใช้วิธีแก้ปัญหานั้นตามที่ตกลงกันไว้หรือไม่

4.1.7 ประเมินความสำเร็จของวิธีแก้ปัญหา ครอบครัวยังประเมินว่าวิธีแก้ปัญหานั้นได้ผลมากน้อยเพียงไร มีการวิเคราะห์ถึงผลดี ผลเสียที่เกิดขึ้น มีการเรียนรู้จากปัญหาดังกล่าวอย่างไร

โดยทั่วไปแต่ละครอบครัวย่อมมีทักษะในการแก้ปัญหาแตกต่างกัน สำหรับครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดีนั้น การแก้ปัญหาโดยรวมจะเป็นไปอย่างเรียบร้อย ไม่ยุ่งเหยิงวุ่นวาย แม้จะมีบางปัญหาที่แก้ไขไม่ได้แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นก็ไม่รุนแรงหรือเรื้อรังจนทำให้การทำหน้าที่ด้านอื่นๆของครอบครัวบกพร่องไปด้วย

4.2. การสื่อสาร (communication) เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันและกันของสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีอยู่สองรูปแบบ คือการสื่อสาร โดยใช้คำพูด (verbal communication) และไม่ใช่คำพูด (nonverbal communication) เนื้อหาการสื่อสารแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) เนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน และ 2) เนื้อหาเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก ในครอบครัวที่มีการสื่อสารด้านวัตถุคืออาจมีการสื่อสารด้านอารมณ์ไม่ดีก็ได้ แต่ครอบครัวที่มีการสื่อสารด้านวัตถุไม่ดีมักจะมีปัญหาด้านอารมณ์ร่วมกันเสมอ

การสื่อสารสามารถวิเคราะห์ได้ใน 2 ด้าน คือ ด้านเนื้อหาและด้านจุดหมายปลายทาง การสื่อสารที่ดีจะต้องมีความชัดเจนทั้งด้านเนื้อหา และสื่อได้ตรงกับบุคคลเป้าหมาย การสื่อสารในครอบครัวแบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ ซึ่งประกอบด้วย 1) เนื้อหาชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย (clear and direct) 2) เนื้อหาชัดเจนแต่ไม่ตรงต่อตัวบุคคลเป้าหมาย (clear and indirect) 3) เนื้อหาไม่ชัดเจนตรงต่อบุคคลเป้าหมาย (masked and indirect) 4) เนื้อหาไม่ชัดเจนและไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย (masked and indirect) ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพสามารถทำหน้าที่ได้ดี จะมีการสื่อสารที่ชัดเจน และสื่อได้ตรงกับบุคคลเป้าหมาย ถ้าการสื่อสารคลุมเครือไม่ชัดเจนมากเท่าไร จะทำให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้ไม่ดีเท่านั้น ครอบครัวที่มีการสื่อสารที่ดีมักจะเป็นครอบครัวที่สมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และสมาชิกแสดงบทบาทได้เหมาะสม สำหรับ

ครอบครัวที่สื่อสารไม่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดความขัดแย้งและสับสนก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาทภายในครอบครัว

4.3. การแสดงบทบาท (role) เป็นแบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพฤติต่อกันและซ้ำๆเป็นประจำ เพื่อให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ การประเมินบทบาทในครอบครัวพิจารณา 2 ด้านดังนี้

4.3.1 การมอบหมายหน้าที่ตามบทบาท (role allocation) เป็นการมอบหมายความรับผิดชอบในหน้าที่ให้สมาชิก การมอบหมายนี้อาจทำโดยเปิดเผยหรือไม่ก็ได้ ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพจะมีการมอบหมายหน้าที่อย่างชัดเจนให้กับบุคคลที่เหมาะสม

4.3.2 การดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบในบทบาท (role accountability) เป็นวิธีการที่ครอบครัวดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบต่อบทบาทและหน้าที่ของตนเอง คือครอบครัวจะต้องมีวิธีการตรวจสอบการทำหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนว่าทำครบถ้วนหรือไม่

4.4 การตอบสนองทางอารมณ์ (affective responsiveness) เป็นความสามารถของสมาชิกในครอบครัวที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันและกันทั้งด้านคุณภาพและปริมาณอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในครอบครัว อารมณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวจะมีความหลากหลาย เช่น อารมณ์รัก สุข กลัว หรือ โกรธ ครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สมาชิกต้องสามารถแสดงอารมณ์ได้หลายชนิดในระดับหรือปริมาณที่เหมาะสม แต่ครอบครัวที่มีปัญหามักมีความจำกัดในการแสดงออกทางอารมณ์

4.5 ความผูกพันทางอารมณ์ (affectiveness involvement) เป็นระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกัน รวมทั้งการแสดงออกซึ่งความสนใจและการเห็นคุณค่าของกันและกัน ความผูกพันทางอารมณ์มีหลายระดับ คือ

4.5.1 ปราศจากความผูกพัน (lack of involvement) คือ สภาวะที่สมาชิกในครอบครัวไม่สนใจใยดีกันเลย เป็นครอบครัวที่มีความหมายเพียงการมาอยู่ร่วมชายคาเดียวกันเท่านั้น

4.5.2 ผูกพันแบบไม่มีความรู้สึก (involvement devoid of feeling) คือ สภาวะที่สมาชิกในครอบครัวมีความสนใจต่อกันเพียงเล็กน้อยโดยปราศจากความลึกซึ้งทางอารมณ์และความห่วงใยด้วยใจจริง ความสนใจในความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัวแทบไม่มีเลย

4.5.3 ผูกพันเพื่อตนเอง (narcissistic involvement) คือ สภาวะที่สมาชิกในครอบครัวมีความสนใจในอีกฝ่ายหนึ่งเพื่อตนเอง (egocentric) เพื่อเสริมคุณค่าให้ตนเองไม่ใช่ความสนใจอย่างจริงใจ

4.5.4 ความผูกพันอย่างมีความเข้าใจ (empathic involvement) คือ สภาวะที่สมาชิกในครอบครัวมีความสนใจผูกพันมีต่ออีกฝ่ายอย่างแท้จริง โดยมีพื้นฐานอยู่บนความเข้าใจในความต้องการของอีกฝ่ายหนึ่ง ความผูกพันแบบนี้มีความเหมาะสมที่สุด เพราะจะสนองตอบความต้องการทางอารมณ์ของอีกฝ่ายได้อย่างเหมาะสม

4.5.5 ผูกพันมากเกินไป (over involvement) คือ สภาวะที่สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันเป็นไปอย่างปกป้องหรือจู้จี้จ้านมากเกินไป จนอีกฝ่ายไม่มีความเป็นตัวของตัวเองอย่างเพียงพอ

4.5.6 ผูกพันเหมือนเป็นบุคคลเดียวกัน (symbiotic involvement) คือ สภาวะที่สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันที่แน่นแฟ้นจนทั้งคู่เป็นเหมือนบุคคลเดียวกัน และขอบเขตส่วนตัวของแต่ละคนนั้นไม่ชัดเจนหรือแทบไม่มีเลย

ครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพจะมีความผูกพันทางอารมณ์ในระดับปานกลาง ความผูกพันทางอารมณ์ของครอบครัวอาจมีความแตกต่างกันไปในแต่ละช่วงของวงจรชีวิต เช่น ระยะเวลาที่ลูกยังเล็ก มีความผูกพันอย่างแน่นแฟ้นระหว่างเด็กกับพ่อแม่ แต่เมื่อลูกเข้าสู่วัยรุ่น ลูกจะเริ่มสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลภายนอกครอบครัวมากขึ้นความผูกพันกับพ่อแม่จะลดลง

4.6 การควบคุมพฤติกรรม (behavior control) เป็นวิธีการที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการพฤติกรรมของสมาชิก การควบคุมพฤติกรรมเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกปฏิบัติตนอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสม ไม่ทำให้เกิดความเดือดร้อนต่อตนเองและผู้อื่น พฤติกรรมที่ต้องมีการควบคุมแบ่งเป็นด้านต่างๆ ดังนี้ 1) พฤติกรรมที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจและชีวภาพ เช่น การกิน การนอน ความต้องการทางเพศ และความก้าวร้าว เป็นต้น 2) พฤติกรรมทางสังคม เช่น การคบเพื่อนฝูง 3) พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายหรือทรัพย์สิน เช่น การเล่นอย่างขาดโผนในเด็ก การขับรถเร็วอย่างไม่ระมัดระวัง และ 4) การรักษาระเบียบวินัยภายในครอบครัว สำหรับการควบคุมพฤติกรรมในครอบครัวแบ่งได้เป็น 4 แบบ ดังนี้

4.6.1 การควบคุมพฤติกรรมแบบเข้มงวด (rigid behavior control) ครอบครัวกำหนดหน้าที่ของสมาชิกไว้อย่างแน่นอน มีกฎที่เข้มงวดและมีบทลงโทษเมื่อฝ่าฝืนกฎ ครอบครัวสมาชิกแต่ละคนรู้ว่าตนต้องทำอะไร แต่ไม่มีโอกาสต่อรองอาจนำไปสู่การต่อต้านแบบดื้อเงียบ

4.6.2 การควบคุมพฤติกรรมแบบยืดหยุ่น (flexible behavior control) ครอบครัวมีมาตรฐานและกฎเกณฑ์ที่ยืดหยุ่นตามความเหมาะสมโดยพิจารณาจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

การควบคุมแบบนี้มีประสิทธิภาพมากที่สุดเพราะเป็นไปด้วยความเข้าใจและการยอมรับในตัวบุคคล มีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะให้เกิดความมีระเบียบวินัย ดังนั้นสมาชิกจะเกิดความรู้สึกอยากร่วมมือและปฏิบัติตามกฎที่ตั้งไว้

4.6.3 การควบคุมพฤติกรรมแบบอะไรก็ได้ (laissez-faire behavior control) ครอบครัวไม่มีทิศทางแน่นอนว่าสมาชิกควรประพฤติตัวอย่างไร ไม่มีกฎสำหรับเรื่องใดๆเลย ใครทำอะไรก็ได้ตามใจชอบ ไม่มีการชี้แนะและการตัดสินใจหรือการแทรกแซงจากสมาชิกอื่นเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม การมอบหมายบทบาทไม่มีความชัดเจน สมาชิกมักขาดความรับผิดชอบในหน้าที่ของตนเอง การสื่อสารมักมีปัญหาเพราะไม่มีใครฟังใคร และอาจจะมีลักษณะการเรียกร้องความสนใจ ครอบครัวแบบนี้มักจะปฏิบัติหน้าที่ได้ไม่ดี

4.6.4 การควบคุมพฤติกรรมแบบยุ่งเหยิง (chaotic behavior control) ครอบครัวมีการควบคุมพฤติกรรมแบบขึ้นๆลงๆบางครั้งเข้มงวด บางครั้งยืดหยุ่นและบางครั้งใครทำอะไรก็ได้ตามความพอใจ ลักษณะแบบนี้ทำให้สมาชิกสับสนว่าควรจะทำอย่างไร การควบคุมแบบนี้ไม่เหมาะสมที่สุด เพราะทำให้ครอบครัวไม่มีเสถียรภาพและไม่มีความเสมอต้นเสมอปลายในการปฏิบัติหน้าที่

4.7 การทำหน้าที่ทั่วไป เป็นการทำหน้าที่ในภาพรวมของครอบครัว หรือการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัว ความรักใคร่ปรองดองกัน การยอมรับ ความไว้วางใจ การพึ่งพากันและกัน การตกลงเรื่องต่างๆร่วมกัน ที่สะท้อนให้เห็นถึงการมีความสุขหรือไม่มีความสุขของครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการทำหน้าที่ตามกรอบแนวคิดของแมคมาสเตอร์ สำหรับประเทศไทย อุมพร (2544) ได้พัฒนาแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวตามกรอบแนวคิดของแมคมาสเตอร์ (McMaster Model of Family Functioning หรือ MMFF) โดยใช้ชื่อ เรียกว่า จุฬาลงกรณ์แฟมิลีอินเวนทอรี (Chulalongkorn Family Inventory: CFI) มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ แบบประเมินดังกล่าวช่วยให้เข้าใจความรู้สึกนึกคิดของสมาชิกที่มีต่อครอบครัวดีขึ้น และมีผู้ทำการศึกษาและหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินนี้พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.82-0.89 (ธาดา, 2544; ภูมิภาษิต, 2542; อรัญญา, 2544) ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดของแมคมาสเตอร์ ในการศึกษาครั้งนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่และศักยภาพการจัดการของครอบครัว

ดังที่ได้กล่าวแล้วว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของระบบครอบครัวซึ่งจัดเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อระบบการดูแลตนเองหรือระบบการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของทั้งระดับ

บุคคลและกลุ่มคน (Orem, 2001) ซึ่งในที่นี้คือ ครอบครัว ดังนั้นการทำหน้าที่ของครอบครัวจึงเป็นปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มีงานวิจัยที่ศึกษามากมายที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว แรงสนับสนุนของครอบครัว และผลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังเช่นการศึกษาของศิริมา (2541) ซึ่งพบว่า ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวดี มีการยอมรับภายในครอบครัว มีการให้คุณค่าแก่กันและกัน ในครอบครัวมีผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิกในครอบครัวเพิ่มขึ้น นอกจากนี้จากผลการศึกษาของ กัญญา, 2546; ภูมิภักขิต, 2542; วิราช, 2542; ศิริมา, 2541; สิริสุดา, 2541; แสงทอง, 2548 ยังสามารถสรุปได้ว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลสมาชิกในครอบครัว กล่าวคือ ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ที่ดี สมาชิกมีความใกล้ชิด รักใคร่ผูกพัน เข้าใจความรู้สึก และความต้องการของกันและกัน จะเป็นปัจจัยสนับสนุนที่ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่และศักยภาพการจัดการของครอบครัว

ดังที่ได้กล่าวแล้วว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของระบบครอบครัวซึ่งจัดเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อระบบการดูแลตนเองของบุคคล (Orem, 2001) ซึ่งในที่นี้คือศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้นการทำหน้าที่ของครอบครัวและศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจึงมีความสัมพันธ์กัน มีงานวิจัยที่ศึกษามากมายเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถของครอบครัวในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา ดังรายละเอียดดังนี้

ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวดี ได้รับการยอมรับจากครอบครัว การให้คุณค่าแก่กันและกัน ในครอบครัวมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น (ศิริมา, 2541)

ครอบครัวที่มีรายได้ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของครอบครัวในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา กล่าวคือ สามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว จัดหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวมีความสามารถในการ

การดูแลสมาชิกในครอบครัวสูงขึ้น (จารุวรรณ, 2544; ทศนีย์, 2538; มาลี, 2540; ภาวนา, 2537; วัลลา, 2540 และศิริมา, 2541)

ลักษณะครอบครัวมีขนาดที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลสมาชิกในครอบครัว (รุจา, 2541; ศิริมา, 2541; สุพัตรา, 2542; Friedman, 1992) กล่าวคือ ครอบครัวที่มีขนาดที่เหมาะสมทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างใกล้ชิดมีความเอื้ออาทรต่อกัน เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกและความต้องการของกันและกัน ให้ความช่วยเหลือปลอบโยนกัน และแก้ปัญหาาร่วมกันส่งผลให้เกิดพลังความสามารถในการจัดการสิ่งที่มาคุกคามความสมดุลของครอบครัวรวมทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของสมาชิกในครอบครัว

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลสมาชิกในครอบครัว (กัญญา, 2546; ภูมิภักษาคติ, 2542; วิราช, 2542; ศิริมา, 2541; สิริสุดา, 2541) กล่าวคือ ครอบครัวที่สมาชิกมีความสัมพันธ์ที่ดี สมาชิกมีความใกล้ชิด รักใคร่ผูกพัน เข้าใจความรู้สึก ความต้องการของกันและกัน สนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรม ทักษะการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว (กัญญา, 2546; ภูมิภักษาคติ, 2542; วิราช, 2542; ศิริมา, 2541; สิริสุดา, 2541; แสงทอง, 2548; อุษณีย์, 2549) กล่าวคือ ครอบครัวที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในครอบครัวรวมทั้งมีความสามารถในการส่งเสริมให้สมาชิกลงมือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นการทำหน้าที่ของครอบครัวและศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินจึงมีความสัมพันธ์กันตามข้อเสนอเชิงทฤษฎี และการปฏิบัติของครอบครัว

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่และศักยภาพการจัดการของครอบครัว

โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ขึ้นอยู่กับปัจจัยขั้นพื้นฐานของผู้ให้การดูแล (basic conditioning factors) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้การดูแล คือ ครอบครัวซึ่งเป็นหน่วยรวมของสมาชิกผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ด้วยเหตุนี้ปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ คือ ระบบครอบครัว ซึ่งมีผลต่อศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการ

ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน และการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นระบบย่อยของระบบครอบครัวที่คาดว่าจะมีผลต่อศักยภาพของครอบครัวด้วย

รายได้ของครอบครัว

รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานของการดำเนินชีวิตและการสนองความต้องการของบุคคลที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นสิ่งที่แสดงถึงสภาพเศรษฐกิจและสังคม ครอบครัวที่มีเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว สามารถจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย เช่นการจัดหาอาหารที่มีคุณค่ามารับประทานได้อย่างเหมาะสม ค่าใช้จ่ายในการรักษาและการเดินทางมารับบริการอย่างต่อเนื่อง ทำให้สิ้นเปลืองเงินทอง หากครอบครัวมีรายได้ต่ำหรือมีปัญหาทางเศรษฐกิจที่จะต้องทำงานเพื่อเลี้ยงชีพส่งผลให้ไม่มีเวลาให้ความสนใจช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยทำให้มีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมที่จะดูแลผู้ป่วย (จารุวรรณ, 2544; ธีตรวดี, 2533; ทักษิณี, 2538; มาลี, 2540; ภavana, 2537; วัลลา, 2540) กล่าวโดยสรุป ครอบครัวที่มีรายได้ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของครอบครัวในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ส่งผลให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลสมาชิกในครอบครัวสูงขึ้น อย่างไรก็ตามมีบางรายงานวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่า รายได้ไม่มีผลต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพ (กาญจนา, 2541; จันทิมา, 2543; ศิริมา, 2541; สگارรัตน์, 2538; อัจฉริยา, 2534; Orem, 2001; Pender, 1982)

ความสัมพันธ์ในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยพบว่าสมาชิกในครอบครัวมีส่วนทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวจากการมีส่วนร่วมในการดูแลกันและกัน การสนับสนุนทางอารมณ์จากครอบครัวส่งผลให้ผู้ป่วยเผชิญกับการเจ็บป่วย สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆ รวมทั้งสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น (จันทร์เพ็ญ, 2543; นงลักษณ์, ประไพวรรณ และ ทักษิณี, 2546; อุมาพร, 2544) โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มักจะรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตัวเอง วิตกกังวลกับอาการต่างๆที่เกิดขึ้น การที่มีครอบครัว เข้าใจ คอยให้กำลังใจ เห็นอกเห็นใจ ให้การดูแลเอาใจใส่ ให้ความรักความห่วงใย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น จะช่วยลดความเครียดให้กับผู้ป่วยได้ (เบญจวรรณ, 2546; Morrow & Wilson, 1961, อ้างตาม พวงผกา, 2538)

ลักษณะของครอบครัว

ลักษณะของครอบครัวเป็นปัจจัยภายในของครอบครัว ที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแล สุขภาพของสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากเป็นแหล่งช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว (รุจา, 2541) ในสังคมไทยครอบครัวมี 2 ลักษณะ คือ ครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) ประกอบด้วยสามี ภรรยาและ บุตร เป็นครอบครัวที่มีอิสระ และมีการช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยกัน ทำหน้าที่ในด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ และความผูกพันทางอารมณ์ได้ดีกว่าครอบครัว ขยาย (พรพิมล และจันทรชนก, 2542) ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มีลักษณะ ครอบครัวเดี่ยวควรจะได้รับ การส่งเสริมการดูแลตนเองจากครอบครัวได้ดีกว่า ส่วนครอบครัวขยาย (extended family) เป็นครอบครัวที่รวมทั้งสามี ภรรยา บุตร ครอบครัวทางสามีและครอบครัวทาง ภรรยา รวมถึงปู่ ย่าตา ยาย ครอบครัวมีความผูกพันทางจิตใจและมีความอบอุ่นแต่ขาดความเป็น อิสระทางด้านความคิด การตัดสินใจและการแสดงพฤติกรรม (Friedman, 1986) ผู้ป่วยที่มีลักษณะ ครอบครัวขยาย จะมีโอกาสในการได้รับการส่งเสริมจากครอบครัวในด้านข้อมูลเกี่ยวกับ โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ การเงิน เป็นแหล่งประโยชน์ในการ จัดการเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแล แต่บางครั้งครอบครัวอาจขัดขวางการพัฒนาศักยภาพ ในการดูแลตนเองได้เช่นกัน (Taylor, 1989 อ้างตาม สมจิต, 2540) โดยสรุป ลักษณะครอบครัว ขนาดที่เหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลสมาชิกในครอบครัว (รุจา, 2541; ศิริมา, 2541; สุพัตรา, 2542; Friedman, 1992) เนื่องจากครอบครัวที่มีขนาดที่เหมาะสมทำ ให้สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างใกล้ชิดมีความเอื้ออาทรต่อกัน เข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกและความต้องการของกันและกัน ให้ความช่วยเหลือปลอบโยนกัน และแก้ปัญหา ร่วมกันส่งผลให้เกิดพลังความสามารถในการจัดการสิ่งที่มาคุกคามความสมดุลของครอบครัว รวมทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของสมาชิกในครอบครัว

สรุปผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพานั้นต้องผ่านกระบวนการคิดพิจารณา และการ ตัดสินใจก่อนการลงมือปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนมีความต้องการ ใน การดูแลตนเองที่แตกต่างกัน ครอบครัวที่มีความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน รวมทั้งพลัง ความสามารถ 10 ประการ อย่างเพียงพอ จะสามารถปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยได้อย่าง มีประสิทธิภาพ มากยิ่งขึ้น

ครอบครัวเป็นกลุ่มเป้าหมายการพยาบาลที่สำคัญตามแนวคิดของ โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวคือ เป็นหน่วยที่รับผิดชอบดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจาก โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่ง อินซูลิน โดยทำหน้าที่เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญในการให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยที่มี

ความพร้อมในการดูแลตนเอง และครอบครัวเป็นหน่วยที่ต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลเมื่อมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพานั้น ครอบครัวต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทที่เหมาะสม เรียนรู้ แสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจ การปรับเปลี่ยน และการลงมือปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง ผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยวิธีการต่างๆ เช่น การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้สอน ให้คำปรึกษา ชี้นำ การเข้ากลุ่มสนับสนุน การฝึกทักษะทางสังคม เป็นวิธีการที่สามารถพัฒนาความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้น

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำเป็นต้องมีความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเอง 5 ด้าน ดังนี้ 1) การควบคุมอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การใช้ยา 4) การจัดการความเครียด และ 5) การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นครอบครัวจะต้องมีศักยภาพในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งประกอบด้วย 3 ระดับ คือ การให้ความรู้และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลตนเองของโรคเบาหวาน การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการวางแผนและตัดสินใจในการดูแลตนเอง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยลงมือกระทำกิจกรรมในการดูแลตนเอง โดยการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 3 ระดับ ดังกล่าว จะต้องครอบคลุม ปัจจัยกำหนดภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานทั้ง 5 ด้าน ดังที่กล่าวมา

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัวและศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินพบว่า รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว และลักษณะของครอบครัว ซึ่งคาดว่าปัจจัยดังกล่าวจะสนับสนุนให้ครอบครัวมีความสามารถในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง ผลการศึกษาที่พบส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้สูงอายุ ซึ่งยังไม่มีผลการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงในครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้นการศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวและศักยภาพการจัดการของครอบครัว ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอิน จะ เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาระบบการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือครอบครัวและผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินต่อไป

บทที่ 3