

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาระดับการทำหน้าที่ของครอบครัวและระดับศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสอง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวและผู้ป่วยเบาหวาน
2. การทำหน้าที่ของครอบครัว
3. ศักยภาพการจัดการของครอบครัว
4. ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่และศักยภาพการจัดการของครอบครัว

### ผลการวิจัย

#### ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นหญิง (ร้อยละ 63.60) อายุอยู่ในช่วง 31 – 60 ปี (ร้อยละ 69.00) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบุตร (ร้อยละ 40.20) รองลงมา เป็นภรรยา (ร้อยละ 25.80) ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 56.10) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 41.70) รองลงมาคือ ค้าขาย (ร้อยละ 18.20) กลุ่มตัวอย่างครอบครัวที่ศึกษาครั้งนี้มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 12,570 บาท (SD = 12,654.13, median = 8,000) ส่วนใหญ่มีความเพียงพอในการใช้จ่ายภายในครอบครัว (ร้อยละ 62.10) จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 2 – 5 คน (ร้อยละ 79.50) ประกอบด้วยบุตร (ร้อยละ 75.80) สามเณ (ร้อยละ 44.70) และหลาน/ญาติพี่น้อง (ร้อยละ 41.70) ผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในความดูแลของครอบครัวที่ศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.40) อายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 51.50) ระยะเวลาที่เป็นเบาหวานมีตั้งแต่ 3 เดือน ถึง 20 ปี โดยมีช่วงระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน 6 เดือน ถึง 5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 67.5) ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดครั้งล่าสุดอยู่ระหว่าง 73 ถึง 303 mg% ส่วนใหญ่มากกว่า 140 mg% (ร้อยละ 57.80) ความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองตามการรับรู้ของตัวแทนครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.20) รองลงมาระดับสูง (ร้อยละ 22.00) ดังแสดงในตาราง 1

#### ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างครอบครัว และผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในความดูแลของครอบครัว (N=132)

ข้อมูลทั่วไปครอบครัว	จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$ (SD)
<b>ข้อมูลผู้ดูแลหลัก</b>		
<b>เพศผู้ดูแลหลัก</b>		
หญิง	84 (63.60)	
ชาย	48 (36.40)	
อายุ (ปี) (min = 19, max = 92)		46.38 (14.34)
19 – 30	16 (12.10)	
31 – 40	36 (27.30)	
41 – 50	34 (25.80)	
51 – 60	21 (15.90)	
61 ขึ้นไป	25 (18.90)	
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	74 (56.10)	
มัธยมศึกษา	27 (20.50)	
ปริญญาตรี	20 (15.20)	
อนุปริญญา	10 (7.60)	
ไม่ได้เรียน	1 (0.80)	
<b>อาชีพ</b>		
เกษตรกรกรรม	55 (41.70)	
ค้าขาย	24 (18.20)	
รับราชการ	16 (12.10)	
รับจ้าง	15 (11.40)	
แม่บ้าน	14 (10.60)	
ไม่ได้ทำงาน	6 (4.50)	
รัฐวิสาหกิจ	1 (0.80)	
ตาราง 1 (ต่อ)		
ข้อมูลครอบครัว	จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$ (SD)

---

 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

บุตร	53 (40.20)	
ภรรยา	34 (25.80)	
สามี	30 (22.70)	
รายได้ต่อเดือน (บาท) (min = 1,000, max=80,000; median = 8,000)		12,570 (12,654.13)
ความเพียงพอของรายได้		
พอใช้	82 (62.10)	
ไม่พอใช้	35 (26.50)	
เหลือเก็บ	15 (11.40)	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน) ( min = 2, max = 9)		4.09 (1.63)
2 – 5	105 (79.50)	
6 – 9	27 (20.50)	
ข้อมูลผู้ป่วย		
เพศ		
ชาย	43 (32.60)	
หญิง	89 (67.40)	
อายุ (ปี) (min = 34, max = 84)		61.50 (11.09)
34 – 60	64 (48.50)	
60 ขึ้นไป	68 (51.50)	
ระดับน้ำตาล (mg%) (min=73,max=303)		155.29 (45.27)
73 – 140	57 (43.20)	
สูงกว่า 141	75 (56.80)	

---

ตาราง 1 (ต่อ)

---

ข้อมูลครอบครัว	จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X}$ (SD)
----------------	----------------	----------------

---

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (ปี) (min = 3 เดือน, max = 20 ปี)	5.52 (4.40)
3 – 5 เดือน	1 (0.80)
6 – 12 เดือน	12 (9.10)
13 – 60 เดือน	64 (48.50)
61 ขึ้นไป	55 (41.70)
ความสามารถในการดูแลตนเอง	
ระดับต่ำ	13 (9.80)
ระดับปานกลาง	90 (68.20)
ระดับสูง	29 (22)

#### การทำหน้าที่ของครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 3.26$ ,  $SD = 0.65$ ) โดยมีการทำหน้าที่ด้านการแสดงบทบาทสูงสุดและอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 3.49$ ,  $SD = 0.68$ ) รองลงมาคือ การทำหน้าที่ทั่วไป อยู่ในระดับดีมากเช่นกัน ( $\bar{X} = 3.48$ ,  $SD = 0.61$ ) ส่วนด้านที่เหลืออยู่ในระดับดีพอควร ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการตอบสนองทางอารมณ์เท่ากับ ( $\bar{X} = 3.20$ ,  $SD = 0.72$ ) การทำหน้าที่ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ( $\bar{X} = 3.18$ ,  $SD = 0.64$ ) การทำหน้าที่ด้านการสื่อสาร ( $\bar{X} = 3.15$ ,  $SD = 0.69$ ) และการทำหน้าที่ด้านการแก้ปัญหา ( $\bar{X} = 3.13$ ,  $SD = 0.76$ ) สำหรับด้านที่ต่ำสุด คือ ด้านการควบคุมพฤติกรรม ( $\bar{X} = 2.81$ ,  $SD = 0.75$ ) ดังแสดงในตาราง 2

#### ศักยภาพการจัดการของครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ( $\bar{X} = 4.48$ ,  $SD = 1.46$ ) โดยครอบครัวมีศักยภาพการจัดการด้านการใช้ยาสูงสุด ( $\bar{X} = 4.47$ ,  $SD = 1.39$ ) รองลงมาคือ การควบคุมอาหาร ( $\bar{X} = 4.46$ ,  $SD = 1.31$ ) การออกกำลังกาย ( $\bar{X} = 4.20$ ,  $SD = 1.37$ ) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ( $\bar{X} = 4.20$ ,  $SD = 1.42$ ) สำหรับด้านที่มีศักยภาพต่ำสุด คือ ด้านการจัดการความเครียด ( $\bar{X} = 4.07$ ,  $SD = 1.41$ ) ดังแสดงในตาราง 3

เมื่อพิจารณาศักยภาพตามระดับการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติกิจกรรมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ค่อนข้างสูง ( $\bar{X} = 4.48$ ,  $SD = 1.46$ ) และปฏิบัติกิจกรรมในระดับการให้ความรู้และให้ข้อมูลในการดูแลตนเองสูงสุด ( $\bar{X} = 4.55$ ,  $SD = 1.44$ ) รองลงมาคือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการคิดวางแผน และตัดสินใจ ( $\bar{X} = 4.45$ ,  $SD = 1.49$ ) สำหรับระดับที่ปฏิบัติต่ำสุดคือ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และประเมินผลกิจกรรมการดูแลตนเอง ( $\bar{X} = 4.43$ ,  $SD = 1.46$ ) ดังแสดงใน ตาราง 4











### *ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่และศักยภาพการจัดการของครอบครัว*

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว และศักยภาพการจัดการของครอบครัว โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติเพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลงในการวิเคราะห์ โดยการตรวจสอบ

ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงโดยใช้ภาพ Scatterplot และการตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ โดยทดสอบสถิติ One-sample kolmogorov-smirnov test แล้วพบว่า ข้อมูลที่ได้สามารถใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ต่อไป ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยรวม พบว่า มีความสัมพันธ์กันในทางบวกในระดับปานกลาง ( $r = .51, p < .01$ ) เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดของความสัมพันธ์ในแต่ละองค์ประกอบ พบค่าความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางที่น่าสนใจ ดังนี้ 1) การทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวมกับศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง ( $r = .52, p < .01$ ) การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติการดูแลตนเอง ( $r = .50, p < .01$ ) และการให้ความรู้และให้ข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย ( $r = .50, p < .01$ ) (ตาราง 5) การทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวมกับศักยภาพการจัดการของครอบครัวด้านการควบคุมอาหาร ( $r = .58, p < .01$ ) การใช้ยา ( $r = .52, p < .01$ ) การออกกำลังกาย ( $r = .47, p < .01$ ) การจัดการความเครียด ( $r = .47, p < .01$ ) และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ( $r = .40, p < .01$ ) (ตาราง 6) และ 3) ศักยภาพการจัดการของครอบครัวโดยรวมกับการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการแก้ปัญหา ( $r = .52, p < .01$ ) การแสดงบทบาท ( $r = .49, p < .01$ ) การตอบสนองทางอารมณ์ ( $r = .43, p < .01$ ) การทำหน้าที่ทั่วไป ( $r = .43, p < .01$ ) และการสื่อสาร ( $r = .35, p < .01$ ) การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับศักยภาพการจัดการของครอบครัวในระดับการให้ความรู้ข้อมูล แก่ผู้ป่วย ( $r = .33, p < .01$ ) ดังแสดงในตาราง 5 และการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับศักยภาพการจัดการของครอบครัวของครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ( $r = .30, p < .01$ )

#### การอภิปรายผล

การศึกษาการทำหน้าที่และศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินครั้งนี้ ผู้วิจัยจะอภิปรายผลการศึกษาตามลำดับดังนี้ 1) ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง 2) การทำหน้าที่ของครอบครัว 3) ศักยภาพการจัดการของครอบครัว และ 4) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวและศักยภาพการจัดการของครอบครัว

#### ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวแทนครอบครัวส่วนใหญ่เป็นหญิง (ร้อยละ 63.60) และเป็นผู้ดูแลหลัก (ร้อยละ 63.60) ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะสังคมและวัฒนธรรมไทยที่มีประเพณีสืบทอดค่านิยมที่ผู้หญิงจะได้รับการหล่อหลอมให้ทำหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัว (ฉัตรสุมน, 2547; ยูพาพิน, 2539) เช่นเดียวประเทศต่างๆ ในภูมิภาคเอเชีย เช่น อินโดนีเซีย มาเลเซีย และพม่า (Chang, 1992 อ้างตาม นพวรรณ และคณะ, 2542) และสอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่พบจากรายงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานและโรคเรื้อรัง (ขนิษฐา และคณะ, 2546; จินตนา, 2540; นันทพร, 2545; วิณิตา, 2547; สุธิสา, 2548; สุดศิริ, 2541; อนุ, 2549) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลมีอายุอยู่ในช่วง 31 – 60 ปี (ร้อยละ 69.00) ซึ่งจัดเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีประสบการณ์และสามารถพิจารณาเหตุการณ์ได้อย่างรอบคอบ (ชูชื่น, 2541) มีระดับพัฒนาการพัฒนาเต็ม (Orem, 2001) ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือ เป็นบุตร (ร้อยละ 40.20) ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของสังคมไทยที่มีประเพณีนิยมให้บุตรทำหน้าที่เกื้อหนุนแก่บิดามารดา (จอม, 2540; ยูพาพิน, 2539; สุพัตรา, 2542; Chang, 1992 อ้างตาม นพวรรณ และคณะ, 2542) จากความผูกพันทางสายโลหิตดังกล่าวอาจทำให้เกิดความรัก ความผูกพันและเอื้ออาทรจึงทำให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน และเมื่อบิดามารดาเกิดการเจ็บป่วยบุตรมักจะต้องการดูแลเพื่อเป็นการแสดงความกตัญญูตอบแทนผู้มีพระคุณ (จินตนา, ซอลดา และ สาวิตรี, 2542)

สำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในความดูแลของกลุ่มตัวอย่างครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.40) สอดคล้องกับสถานะผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ในปัจจุบัน (เทพและคณะ, 2544; สุนีย์, 2544; สมศักดิ์ และอัชฌา, 2541) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีระยะเวลาที่รับรู้ว่าเป็นเบาหวานตั้งแต่ 3 เดือน ถึง 20 ปี และมีระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน 6 เดือน ถึง 5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 67.5) มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 51.50) ซึ่งเป็นวัยสูงอายุที่มีประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ประกอบกับจากธรรมชาติของเบาหวานที่จัดเป็นโรคเรื้อรังซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลและควบคุมโรคตลอดชีวิตจึงมักทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีประสบการณ์ตรงและเรียนรู้ว่าควรปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างไรที่จะทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ด้วยเหตุนี้จึงอาจส่งผลให้ครอบครัวประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.20) และผู้ป่วยเองก็มีระดับน้ำตาลในเลือดครั้งล่าสุดส่วนใหญ่มากกว่า 140 mg% (ร้อยละ 57.80)

นอกจากนี้จากผลการศึกษาพบว่าครอบครัวที่ศึกษาส่วนใหญ่มีรายได้น้อยต่อเดือน เฉลี่ย 12,570 บาท ซึ่งต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยของครัวเรือนไทยในปี 2549 คือ 17,122 บาทต่อเดือน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ) แต่ก็พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่มีความเพียงพอในการใช้จ่ายภายในครอบครัว (ร้อยละ 62.10) จากสภาพทางเศรษฐกิจดังกล่าวอาจจะส่งผลต่อความสามารถในการแสวงหาสิ่งที่

มีประโยชน์ต่อครอบครัวหรือตัดแปลงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของครอบครัวจึงอาจทำให้ครอบครัวดำเนินชีวิตในขณะที่มีสมาชิกเจ็บป่วยเรื้อรังได้ และในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่าจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ย 2 – 5 คน แสดงถึงลักษณะครอบครัวขนาดเล็กที่ประกอบด้วยบิดา มารดา และบุตร (สุพัตรา, 2542) เป็นครอบครัวที่มีองค์ประกอบค่อนข้างเหมาะสม (Friedman, 1992) ซึ่งอาจจะส่งผลให้ครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างใกล้ชิดมีความเอื้ออาทรต่อกัน เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกและความต้องการของกันและกัน เมื่อมีปัญหาสามารถให้ความช่วยเหลือปลอบโยนซึ่งกันและกันได้ (รุจา, 2541) ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้สมาชิกมีการทำหน้าที่ภายในครอบครัวได้อย่างเหมาะสมและเพียงพอ และอาจจะส่งผลให้ครอบครัวมีศักยภาพในการจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในครอบครัว โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการส่งเสริมการดูแลตนเองจากครอบครัว (ภาวนา, 2544)

#### *การทำหน้าที่ของครอบครัว*

จากผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีเพียง 2 ด้าน คือ ด้านการแสดงบทบาท และการทำหน้าที่ทั่วไปอยู่ในระดับดีมากเช่นกัน สำหรับอีก 5 ด้านที่เหลืออยู่ในระดับดีพอควร ได้แก่ ด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม

จากการที่กลุ่มตัวอย่างมีการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะครอบครัวไทยมีการมอบหมายบทบาทที่ชัดเจนซึ่งอาจทำโดยเปิดเผยหรือไม่เปิดเผยก็ได้ (อุษณีย์, 2549) การมอบหมายบทบาทที่ชัดเจนทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความรับผิดชอบต่อนหน้าที่ของตนเองได้อย่างเต็มที่ (อุมาพร, 2544) และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่มีขนาดเล็ก (จำนวนสมาชิก 2 – 5 คน) ซึ่งจัดเป็นครอบครัวที่มีองค์ประกอบค่อนข้างเหมาะสม (Friedman, 1992) สามารถทำหน้าที่ได้ดีเพราะสมาชิกจะสามารถตอบสนองความต้องการกันและกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (รุจา, 2541) จึงทำให้ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ได้เป็นผลสำเร็จ ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขนาดเล็กน่าจะเป็นปัจจัยเสริมให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้น

นอกจากนี้จากการศึกษาที่พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย (ร้อยละ 62.10) และบางส่วนเหลือเก็บ (ร้อยละ 11.40) ซึ่งโดยทั่วไปรายได้ถือเป็นทรัพยากรที่สำคัญในการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เป็นเครื่องบ่งชี้ทางการเงิน ความมั่นคง (รุจา, 2541; สุพัตรา, 2542) และเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ครอบครัวแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์และเอื้ออำนวย

ต่อสุขภาพ ตลอดจนสามารถเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างเหมาะสม รายได้จึงอาจเป็นปัจจัยเสริมอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ครอบครัวทำหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตได้ดี (อูมาพร, 2544) สอดคล้องกับแนวคิดของ โอเร็ม (Orem, 2001) ที่กล่าวว่า รายได้เป็นแหล่งประโยชน์ของครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตและตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานซึ่งจะส่งผลถึงการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวได้อย่างต่อเนื่อง

เมื่อพิจารณาสถานการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีการรณรงค์ให้ความรู้ ข้อมูล ข่าวสารทั้งแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้มีความสามารถในการป้องกัน คัดกรอง ดูแลสุขภาพหรือควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ครอบครัวของผู้ป่วยเหล่านี้ก็มักจะได้รับข้อมูลจากเพื่อนบ้าน แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงอาจเป็นเหตุสนับสนุนให้ครอบครัวมีความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่และกิจกรรมต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น (สุรัตน์, 2538; อินทราพร, 2541) กอปรกับโรคเบาหวานเป็นโรคที่สามารถควบคุมได้โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ซับซ้อน ซึ่งการดูแลตนเองที่จำเป็นในผู้ป่วยเบาหวานประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ 1) การควบคุมอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การใช้ยา 4) การจัดการความเครียด และ 5) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (ฉัตรเลิศ, 2542; เทพ และคณะ, 2544; ปิยะพรรณ, 2540; ภวานา, 2544; เขียวรส, 2539; วิลาวัล, 2539) ครอบครัวส่วนใหญ่จะทำหน้าที่ในการส่งเสริมการปฏิบัติดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเฉพาะบางกิจกรรมที่ผู้ป่วยต้องการให้ช่วยเหลือเท่านั้น จึงทำให้ภาระในการดูแลของครอบครัวไม่หนักจนเกินไป ครอบครัวจึงทำหน้าที่ไม่แตกต่างไปจากเดิมมากนัก ดังนั้นจากระบบเกี่ยวพันด้านสุขภาพและธรรมชาติของผู้ป่วยเบาหวานโดยทั่วไปดังกล่าว อาจเป็นปัจจัยเสริมให้ครอบครัวมีการทำหน้าที่ในการจัดการกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาปัจจัยในตัวแทนครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเบาหวานในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่มีอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย โดยเฉพาะระบบที่เกี่ยวข้องกับการใช้สติปัญญา และการรับรู้และเป็นวัยที่มักจะมีประสบการณ์ การตัดสินใจที่ถูกต้อง สุขุม และมีความรับผิดชอบต่อครอบครัว (สุพิศรา, 2542, Varner & Younger, 1995) กอปรกับส่วนใหญ่มีงานอาชีพ (ร้อยละ 95.50) มีเพียงร้อยละ 4.50 เท่านั้นที่ไม่ได้ทำงาน ซึ่งโดยทั่วไปการประกอบอาชีพเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดรายได้และสามารถใช้ในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อครอบครัวทำให้ครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี (จันทร์, 2540; เพ็ญศรี, 2540; มาลี, 2540) ดังนั้นเศรษฐกิจของผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นตัวแทนของครอบครัวในการศึกษาครั้งนี้จึงอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของครอบครัวใน

การทำหน้าที่ในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในครอบครัว กล่าวโดยสรุปปัจจัยต่างๆที่กล่าวมา อันได้แก่ ลักษณะครอบครัว รายได้ของครอบครัว การได้รับข้อมูลจากหน่วยบริการสุขภาพ บุคลากร สื่อต่างๆ และลักษณะของผู้ดูแล น่าจะเป็นปัจจัยเสริมให้ครอบครัวทำหน้าที่ได้ดีขึ้น

สำหรับผลการวิจัยที่พบว่าครอบครัวซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีการปฏิบัติหน้าที่ด้านการแสดงบทบาทและการทำหน้าที่ทั่วไปอยู่ในระดับดีมาก อาจเนื่องจากครอบครัวส่วนใหญ่รับรู้ที่สามารถปฏิบัติตามบทบาทของครอบครัวตามที่สังคมคาดหวังได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่ครอบครัวดำรงอยู่ซึ่งอาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากสมาชิกในครอบครัวรับรู้ เข้าใจในบทบาท และสามารถปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายได้เป็นอย่างดี (รุจา, 2541) โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยคือบุตร (ร้อยละ 40.20) ซึ่งมีความสอดคล้องกับลักษณะของสังคมไทยที่มีประเพณีนิยมให้บุตรทำหน้าที่เกือบดูแลบิดามารดา (จอม, 2540; ยุพาพิน, 2539; สุพัตรา, 2542; Chang, 1992 อ้างตาม นพวรรณ และคณะ, 2542) เมื่อบิดามารดาเกิดการเจ็บป่วยบุตรให้การดูแลเพื่อเป็นการแสดงความกตัญญูตอบแทนผู้มีพระคุณ กอรปกับบุตรส่วนใหญ่จะมีความผูกพันและเต็มใจปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทลูกตามที่สังคมคาดหวัง นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยเป็นวัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยที่สังคมได้ตระหนักถึงความสำคัญ ดังจะเห็นได้จากการกำหนดนโยบายของประเทศที่ได้มีมาตรการดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยได้กำหนดมาตรการในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัว และให้ได้รับความเคารพ รัก ความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ และการยอมรับในบทบาทภายในครอบครัว (ศศิพัฒน์, 2549) จะเห็นได้ว่าการรับรู้ในบทบาทและหน้าที่ที่กำหนดโดยสังคมอันเนื่องมาจากวัฒนธรรมประเพณีไทยและมาตรการทางสังคมในปัจจุบันอาจทำให้สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีการตระหนักในการทำหน้าที่ดังกล่าวซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นปัจจัยเสริมที่ส่งผลให้การทำหน้าที่และการแสดงบทบาทของสมาชิกในครอบครัวมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ส่วนการทำหน้าที่ของครอบครัวอีก 5 ด้าน อันได้แก่ ด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ และการควบคุมพฤติกรรม ซึ่งพบว่าอยู่ในระดับดีพอควร อาจเนื่องจากครอบครัวที่มีผู้เจ็บป่วยเรื้อรังมักทำให้ครอบครัวมีภาระการดูแลเพิ่มขึ้น อาจประสบปัญหาต่างๆ ได้แก่ ปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ สุขภาพ ภาวะเศรษฐกิจ อันเป็นผลจากความไม่สะดวกในการดำเนินชีวิตเหมือนอย่างที่เคยมีมา รวมทั้งความวิตกกังวลและความขัดแย้งที่เกิดจากการต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย แต่ในเวลาเดียวกันต้องประกอบอาชีพให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (สุจิตรา, 2537) หากครอบครัวไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้เพียงพอ

ยอมก่อให้เกิดปัญหาในระหว่างการดูแล และภารกิจในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ในครอบครัวเป็นสิ่งที่ต้องกระทำด้วยความเข้าใจในธรรมชาติของความเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องใช้ทักษะความชำนาญหลายด้าน ตลอดจนมีการวางแผนจัดการที่เป็นระบบ โดยครอบครัวจะต้องมีทักษะในการบริหารจัดการเรื่องการทำงาน การสื่อสาร และการวางแผนการดูแลประจำวัน (Watt & Calder, 1981 อ้างตาม สุจิตรา, 2537)

นอกจากนี้ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นในครอบครัวมักทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องเปลี่ยนบทบาทของตนเองซึ่งบางครั้งบทบาทที่เปลี่ยนแปลงนั้นอาจเป็นบทบาทที่สมาชิกปรับตัวและยอมรับได้ยาก (Farkas, 1980) สัมพันธภาพที่เคยมีมาอาจจะเปลี่ยนแปลงไป สำหรับครอบครัวที่มีบุตรเป็นผู้รับภาระในการดูแลอาจทำให้ประสบปัญหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทค่อนข้างมากเนื่องจากการดูแลบิดามารดามักก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจโดยเฉพาะผู้เป็นบุตรอาจกลัวที่จะต้องสูญเสียบิดามารดาไปเนื่องจากความเจ็บป่วย นอกจากนี้สัมพันธภาพระหว่างบุตรและบิดามารดาอาจเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากความต้องการในการดูแลที่เกิดขึ้น นอกจากนี้บุตรที่เป็นผู้ดูแลอาจประสบปัญหาระหว่างพี่น้องในการที่จะมาช่วยทำหน้าที่บ้างในบางโอกาส บุตรที่เป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่มักเกิดความไม่พอใจที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากพี่น้อง (สุจิตรา, 2537) ดังนั้น จากสภาพที่ครอบครัวต้องมีการปรับตัวในทุกด้านดังที่กล่าวมา โดยเฉพาะด้านการจัดการปัญหาอารมณ์ และการสื่อสาร ซึ่งเป็นสิ่งที่ละเอียดอ่อนและลึกซึ้งเป็นอย่างมาก จึงอาจเป็นการยากสำหรับครอบครัวที่จะสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกในด้านดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็นผลให้ครอบครัวมีการทำหน้าที่ในด้านต่างๆดังกล่าวได้อยู่ในระดับดีพอควรเท่านั้น

#### *ศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย*

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างครอบครัวส่วนใหญ่มีศักยภาพการจัดการในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรคเบาหวานเป็นที่รู้จักของประชาชน โดยทั่วไป กอปรกับหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดบริการคลินิกเบาหวานทั้งในระดับโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และรับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวานและการดูแลรักษา ทราบผลกระทบที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ครอบครัวเกิดกระบวนการคิด และการตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น และจากแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่กล่าวว่า ระดับความสามารถของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของครอบครัว



ดังนั้นการอภิปรายผลจากการศึกษาข้างต้นจึงอยู่ภายใต้แนวคิดดังกล่าว โดยเชื่อว่า ปัจจัยพื้นฐานบางประการของครอบครัวกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยเป็นทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือขัดขวางต่อการพัฒนาความสามารถดังกล่าว และสำหรับในกรณีนี้ความสามารถของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองน่าจะได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเสริมมากกว่าปัจจัยขัดขวาง ปัจจัยที่คาดว่ามีส่วนช่วยส่งเสริมพัฒนาความสามารถของครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ รายได้ของครอบครัว และลักษณะของครอบครัว ส่วนปัจจัยขัดขวางได้แก่ การศึกษาของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งรายละเอียดสนับสนุนข้อสันนิษฐานดังกล่าวจะอธิบายดังต่อไปนี้

รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตเพราะเป็นแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกมั่นคงและมีความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (บุษกร, 2539; Orem, 2001; Pender, 1986) และ โอเร็ม (Orem, 2001) เชื่อว่ารายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตและการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของครอบครัว การที่มีผู้ป่วยเบาหวานเกิดขึ้นในครอบครัวจะทำให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเนื่องจากจะต้องมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น อันได้แก่ การจัดหาอาหารที่เหมาะสมต่อผู้ป่วย ค่าเดินทางไปรับการรักษา การจัดสิ่งแวดล้อมหรืออุปกรณ์ต่างๆที่เอื้อต่อผู้ป่วยเบาหวาน ดังนั้นการที่ครอบครัวมีรายได้เพียงพอจะส่งผลกระทบต่อศักยภาพของครอบครัวในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย จากการศึกษาค้นคว้าพบว่ารายได้ของครอบครัวกลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอในการใช้จ่ายภายในครอบครัว ดังนั้นรายได้จึงเป็นปัจจัยสนับสนุนให้ครอบครัวกระทำกิจกรรมในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (ภาวนา, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของนักวิจัยหลายท่านซึ่งพบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (จารุวรรณ, 2544; ฉัตรวลัย, 2533; ทศนีย์, 2538; มาลี, 2540; ภาวนา, 2537; วัลลา, 2540; อรทัย, 2538)

ลักษณะของครอบครัวจัดเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อความต้องการการดูแลของสมาชิกครอบครัวที่มีลักษณะต่างกันจะมีความต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน (สมจิต, 2539) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิก 2 – 5 คน และมีความสัมพันธ์เป็นแบบพ่อแม่ลูกซึ่งเป็นครอบครัวที่มักมีความใกล้ชิดกัน ทำให้สมาชิกรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น อาจจะช่วยกันส่งเสริมให้เพื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ด้วยความรักและใกล้ชิดสนิทสนม (อุษณีย์, 2549) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเบาหวานในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุซึ่งจะเป็นวัยที่ได้รับการปรนนิบัติช่วยเหลือและการดูแลจากครอบครัวมากขึ้น เนื่องจากวัฒนธรรมของครอบครัวไทยที่ให้การเคารพเชื่อฟังตามลำดับอาวุโส (สุพัตรา, 2542)

และผู้สูงอายุในครอบครัวมักมีบทบาทในการให้คำปรึกษาหารือ และถ่ายทอดประสบการณ์ทัศนคติ และทักษะในการดำเนินชีวิตให้กับสมาชิกในครอบครัว (พิชญกานต์, คารุณี, วันเพ็ญ และวิลาวัลย์, 2545) ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวมักจะทำการส่งเสริมการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นเบาหวานส่วนใหญ่จะกระทำด้วยความอบอุ่นถ่อมตนและให้ความเคารพในฐานะผู้อาวุโสในครอบครัว กล่าวโดยสรุป ลักษณะของครอบครัวที่เป็นครอบครัวขนาดเล็กและมีผู้สูงอายุเป็นผู้ป่วยในครอบครัวซึ่งสมาชิกทุกคนมีความใกล้ชิดสนิทสนมในให้ความเคารพในฐานะบุพการีอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อศักยภาพการจัดการของครอบครัว ดังที่ สุภิญญาพรหม (2542) กล่าวว่า ลักษณะโครงสร้างของครอบครัวมีผลต่อการดูแลสมาชิกที่ป่วยในแต่ละครอบครัว

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดศักยภาพของครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยพบว่า ครอบครัวมีศักยภาพในการส่งเสริมด้านการใช้ยาแก่ผู้ป่วยสูงสุด สะท้อนให้เห็นว่าครอบครัวของผู้ป่วยเบาหวานในการศึกษาคั้งนี้ให้ความสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองด้านการใช้ยา ทั้งนี้อาจเนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด แต่สามารถควบคุมอาการของโรคไม่ให้รุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนได้ โดยทั่วไปเชื่อว่าการรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดในขนาดที่เหมาะสมตามแผนการรักษาจะส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ และสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ (เทพ และคณะ, 2545; วิทยา, 2542; วีรพันธ์, 2545) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยไปรับการรักษาจึงมักได้รับยามารับประทาน ครอบครัวจึงให้ความสำคัญกับการดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษามากที่สุด การให้ความสำคัญในกิจกรรมการดูแลดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยเสริมให้ครอบครัวปฏิบัติส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในกิจกรรมด้านการใช้ยาสูงสุด

สำหรับผลการศึกษาที่พบว่าครอบครัวผู้ป่วยมีศักยภาพการจัดการเพื่อการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยการให้ความรู้และข้อมูลในการดูแลตนเองสูงสุด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากครอบครัวคาดว่าการมีความรู้จะเป็นพื้นฐานของความคิด การตัดสินใจ จึงทำให้มีการตระหนักถึงความสำคัญ และเห็นประโยชน์ของการแสวงหาความรู้เพื่อเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน สอดคล้องกับโอเร็ม (Orem, 2001) ที่กล่าวว่า การให้ความรู้จะช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแล นอกจากนี้การชี้แนะและการสนับสนุน จะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พัฒนาศักยภาพด้านการคิด การตัดสินใจ และรู้สึกอิสระที่จะเลือกวิธีการดูแลตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินผลในสิ่งที่ได้ลงมือปฏิบัติ จากการศึกษาของภวานา (2544) และวิลาวัลย์ (2539) พบว่า การส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานภายใต้การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและสอดคล้องกับสภาพชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นที่

ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า หากผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจถึงสิ่งที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพแล้วนั้นย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถคิด วางแผน และปฏิบัติเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับศักยภาพการจัดการของครอบครัวในระดับ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ และ ประเมินผลกิจกรรมการดูแลตนเองซึ่งมีค่าต่ำสุด อาจเนื่องจากลักษณะของครอบครัวไทยมักมีการแก้ปัญหาต่างๆที่มาจากความสมดุลของครอบครัวอย่างไม่เป็นไปตามขั้นตอนแต่ขึ้นอยู่กับลักษณะของปัญหา (อุมาพร, 2544) ดังนั้น ศักยภาพครอบครัวด้านการวางแผนเพื่อการลงมือปฏิบัติจึงมีระดับต่ำสุด นอกจากนี้จากผลการศึกษาที่พบว่าครอบครัวมีการปฏิบัติในระดับการวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลกิจกรรมด้านการจัดการความเครียดต่ำสุด ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินของโรคนานจึงส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการปรับตัวมาแล้วระยะเวลาหนึ่งและปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยส่วนใหญ่อาจเป็นปัญหาที่ไม่แตกต่างไปจากเดิม จึงทำให้ครอบครัวและผู้ป่วยให้ความสำคัญต่อการวางแผนต่ำสุดในด้านดังกล่าว

#### *ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่และศักยภาพการจัดการของครอบครัว*

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยรวมจึงพบว่า มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลาง สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่กล่าวว่า ความสามารถของครอบครัวในฐานะผู้ให้การดูแลผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานหลายประการ (basic conditioning factors) ระบบครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลสมาชิกในครอบครัว และสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้มีส่วนสำคัญที่มีผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้การทำหน้าที่ของครอบครัวจึงเป็นปัจจัยสำคัญของระบบครอบครัวที่สะท้อนถึงการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานของครอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกทั้งในยามสุขภาพปกติและเมื่อเจ็บป่วย และยังเป็นคุณลักษณะพื้นฐานของครอบครัวที่แสดงถึงการร่วมกันของสมาชิกในการกระทำกิจกรรมตามบทบาทที่ได้รับมอบหมายเพื่อรักษาสมดุลของครอบครัวไว้

ในขณะเดียวกันศักยภาพการจัดการของครอบครัวเป็นความสามารถในการจัดการกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งในกรณีนี้ คือ การส่งเสริมให้สมาชิกที่เป็นโรคเบาหวานในครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้น สมาชิกครอบครัวจึงต้องมีการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นดังกล่าวเพื่อที่จะให้ครอบครัวดำรงไว้โดยส่งเสริม สนับสนุน หรือช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวานด้วยการให้ความรู้และข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย ส่งเสริมทักษะผู้ป่วยในการคิด

วางแผน กำหนดเป้าหมาย และตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่ควรปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองที่จำเป็น และส่งเสริมการวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นความสามารถของครอบครัวในการจัดการเมื่อครอบครัวมีผู้ป่วยเบาหวานเกิดขึ้น กล่าวโดยสรุปครอบครัวมีหน้าที่ในการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นเพื่อรักษาสมดุลของครอบครัวไว้ และตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวได้ ซึ่งการทำหน้าที่ของครอบครัว ประกอบด้วยด้านต่างๆดังนี้ ด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร การแสดงบทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และด้านการทำหน้าที่ทั่วไป (อุมพร, 2544) เมื่อพิจารณาภาพรวมทุกด้านของการทำหน้าที่พบว่า ครอบครัวทำหน้าที่อยู่ในระดับดีมาก และศึกษาภาพการจัดการของครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง โดยการทำหน้าที่ของครอบครัวและศึกษาภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่ครอบครัวปฏิบัติไปพร้อมๆกันแต่อาจจะมีเฉพาะในแต่ละด้านที่แตกต่างกัน ดังนั้นการทำหน้าที่ของครอบครัวกับศึกษาภาพการจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจึงมีความสัมพันธ์กันในทางบวก สอดคล้องกับ รุจา (2541) ที่กล่าวว่า ครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้เหมาะสมจะมีศึกษาภาพในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตามความสามารถในการทำหน้าที่และศึกษาภาพการจัดการในการส่งเสริมการดูแลของแต่ละครอบครัวย่อมมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานหลายประการ ด้วยเหตุนี้ในการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่าการทำหน้าที่และศึกษาภาพการจัดการของครอบครัวมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลาง ซึ่งอธิบายได้ว่าตัวแปรทั้งสองสัมพันธ์กันแต่ยังมีปัจจัยพื้นฐานอื่นๆเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังจะเห็นได้จากสภาพความเป็นจริงที่อาจพบว่า บางครอบครัวอาจจะทำหน้าที่ได้ดีแต่ศึกษาภาพการจัดการอาจจะไม่ดี หรือในทางกลับกันบางครอบครัวอาจจะทำหน้าที่ไม่ดีแต่ศึกษาภาพการจัดการในการดูแลผู้ป่วยดี สำหรับปัจจัยบางประการที่อาจทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่และศึกษาภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันเพียงในระดับปานกลางนั้นสามารถอภิปรายในรายละเอียดได้ดังต่อไปนี้

1. ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลักของครอบครัว โดยทั่วไปยอมรับกันว่า ระดับการศึกษา มีความสำคัญต่อศึกษาภาพด้านต่างๆของบุคคล มีการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา จะมีหลักในการแก้ไขปัญหา และตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดี รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้รับการศึกษา (วิมลรัตน์, 2537) ดังนั้นการที่ครอบครัวมีผู้ดูแลหลักที่มีพื้นฐานการศึกษาต่างกันย่อมทำให้กระบวนการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวแตกต่างกัน

ด้วยเหตุนี้ระดับการศึกษาของผู้ดูแลหลักในการศึกษาคั้งนี้จึงอาจเป็นปัจจัยร่วมที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่และศักยภาพการจัดการในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และเป็นผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองลดลง

2. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้สะท้อนได้จากระยะเวลาในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยคั้งนี้ที่เป็นสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วยมากกว่า 6 เดือน ซึ่งจัดเป็นผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มหนึ่ง และการที่ครอบครัวมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังอาจทำให้สมาชิกมีประสบการณ์ในการดูแล เข้าใจความรู้สึกและความต้องการการดูแล จึงอาจเป็นปัจจัยเสริมให้ครอบครัวมีศักยภาพในการจัดการเพื่อการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น ในทางกลับกันระยะการเจ็บป่วยที่ยาวนานดังกล่าวอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัวเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมักจะทำให้ครอบครัวมีภาระเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพ ดังนั้นหากครอบครัวมีรายได้ต่ำ หรือมีปัญหาทางเศรษฐกิจอาจทำให้ครอบครัวทำหน้าที่ด้านอื่นๆรวมทั้งด้านการดูแลผู้ป่วยลดลง (จารุวรรณ, 2544; ทักษิณีย์, 2538; มาลี, 2540; ภาวนา, 2537; วัลลา, 2540) นอกจากนี้ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานอาจมีผลต่อสภาพจิตใจ และแรงจูงใจในการดูแลของสมาชิกโดยอาจทำให้เกิดความเบื่อหน่ายและขาดความกระตือรือร้นในการดูแล ดังนั้น ประสบการณ์ของการดูแลอาจมีต่อการทำหน้าที่และศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยได้ในลักษณะที่ต่างกัันดังกล่าว ระยะเวลาในการดูแลจึงเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่และศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานลดลง

3. ลักษณะและขนาดของครอบครัว เนื่องจากครอบครัวกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขนาดเล็กที่ประกอบด้วย บิดา มารดา และบุตรอยู่ด้วยกัน ซึ่งจัดเป็นครอบครัวที่มีองค์ประกอบค่อนข้างเหมาะสม (Friedman, 1992) ปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัวอาจจะมีน้อยกว่าครอบครัวขนาดใหญ่ (สุพัตรา, 2542) เป็นผลให้ครอบครัวมีความแข็งแกร่งสามารถที่จะดูแล ส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวได้ดี (อุมาพร, 2544) แต่อย่างไรก็ตามครอบครัวขนาดเล็กที่มีภาระการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นย่อมทำให้สมาชิกแต่ละคนต้องมีภาระหน้าที่ในครอบครัวเพิ่มมากขึ้นด้วยเช่นกัน อาจส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของครอบครัวลดลงได้จากลักษณะและขนาดของครอบครัวเล็กที่มีผลต่อการทำหน้าที่และศักยภาพการจัดการของครอบครัวได้ใน 2 ลักษณะดังกล่าวส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่และศักยภาพการจัดการของครอบครัวลดลง

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสองในรายละเอียดพบว่าคู่ความสัมพันธ์ที่มีค่าสูงสุดคือ การทำหน้าที่ของครอบครัวด้านการแก้ปัญหาเกี่ยวกับศักยภาพการจัดการเพื่อการส่งเสริม

การดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร สะท้อนให้เห็นว่าครอบครัวที่ทำหน้าที่ด้านการแก้ปัญหา ได้ดีจะมีศักยภาพการจัดการในด้านการควบคุมอาหารได้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากครอบครัว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีการทำหน้าที่ดีมักจะให้ความสนใจเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยเพื่อแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเฉพาะการควบคุม โรคเบาหวาน ซึ่ง โดยทั่วไปมักจะยอมรับว่าการควบคุมอาหารเป็นสิ่ง ที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยเหตุนี้จึงอาจเป็นปัจจัยเสริม ให้ครอบครัวให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการดูแลตนเองในด้านดังกล่าว ดังนั้นอาจจะสรุปได้ว่า ครอบครัวที่มีผู้ป่วยเบาหวานจะมีการทำหน้าที่เพื่อการแก้ปัญหาที่เป็นผลจากโรคเพิ่มขึ้น และครอบครัวจะมีศักยภาพในการจัดการเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น จากการศึกษาของ ธาดา (2545) พบว่า การทำหน้าที่ด้านการแก้ปัญหของครอบครัวมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัว

การศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว แรงสนับสนุนของครอบครัว และผลต่อความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังเช่นการศึกษาของ ศิริมา (2541) ซึ่งพบว่า ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวดี มีการยอมรับภายในครอบครัว มีการให้คุณค่าแก่กันและกัน ในครอบครัวมีผลให้ความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิกในครอบครัวเพิ่มขึ้น นอกจากนี้จากผลการศึกษาของ กัญญา, 2546; กุมมาภิชาติ, 2542; วิราช, 2542; ศิริมา, 2541; สิริสุดา, 2541; แสงทอง, 2548 ยังสามารถสรุปได้ว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลสมาชิกในครอบครัว กล่าวคือ ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ที่ดี สมาชิกมีความใกล้ชิด รักใคร่ผูกพัน เข้าใจความรู้สึก และความต้องการของกันและกัน จะเป็นปัจจัยสนับสนุนที่ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับคู่ความสัมพันธ์ที่มีค่าต่ำสุด คือ การทำหน้าที่ด้านการสื่อสารกับศักยภาพการจัดการด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ครอบครัวมีการทำหน้าที่ด้านการสื่อสารดีอาจมีศักยภาพการจัดการด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่ำได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากลักษณะผู้ป่วยในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งครอบครัวไทยโดยทั่วไปมักจะให้การดูแลเอาใจใส่อย่างดี ดังนั้นการทำหน้าที่ด้านการสื่อสารของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยมักจะเป็นการทำหน้าที่เพื่อการให้กำลังใจ การแสดงความรักหรือสร้างความรู้สึกอบอุ่นให้กับผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม กอปรกับลักษณะของสังคมไทยที่ให้ความเคารพผู้อาวุโส ซึ่งการที่สมาชิกจะมุ่งทำหน้าที่ด้านการสื่อสารเพื่อส่งเสริมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานอาจเหมือนเป็นเรื่องขัดแย้งกับค่านิยมของสังคมไทยที่ลูกหลานมักจะได้รับคำแนะนำจากผู้ใหญ่ใน

ครอบครัว นอกจากนี้จากธรรมชาติของโรคเบาหวานที่เป็นโรคเรื้อรังจึงทำให้ครอบครัวและผู้ป่วย เกิดเป็นความเคยชินต่อการแลกเปลี่ยนความรู้หรือการสื่อสารเพื่อควบคุมภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น จึงอาจเป็นผลให้ครอบครัวมีการพัฒนาศักยภาพน้อยลง