

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขและปัญหาสุขภาพของประชากรทั่วโลก สถานการณ์ปัจจุบันพบว่าปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้นเนื่องจากปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพันธุกรรม และวิถีดำเนินชีวิตแบบใหม่ ที่มีการเปลี่ยนแปลงคุณภาพของโภชนาการ การออกกำลังกายน้อยลง ทำให้เกิดภาวะอ้วนมากขึ้น และมีความเครียดหรือความกดดันในชีวิต โดยทั่วไปพบว่าร้อยละ 90 เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Blake, 1993; Rosett, 1988) และผู้ป่วยเบาหวานชนิดนี้มักมีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และคนที่อ้วนมากเกินไปจะเกิดโรคนี้ได้ง่าย (เทพและคณะ, 2544) แม้ว่าจะในปัจจุบันได้มีการพัฒนาวิธีการต่างๆ เพื่อรักษาโรคเบาหวานแต่ผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีเพียงน้อยกว่าร้อยละ 3 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในภาวะปกติ (จันทร์เพ็ญ, 2543) องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ไว้ว่า ในปี พ.ศ. 2568 จะพบผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มเป็น 300 ล้านคน จากจำนวน 135 ล้านคนในปี พ.ศ. 2538 สำหรับอัตราป่วยของโรคเบาหวานในประเทศไทยที่ผ่านมาในปี พ.ศ. 2528, 2539, และ 2546 มีอัตราเพิ่มขึ้นเป็น 33.30, 135 และ 380.75 ต่อประชากรแสนคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546) ในทำนองเดียวกันผลการสำรวจสถานะสุขภาพของประชาชนในปี พ.ศ. 2541, 2542 และ 2543 พบว่า อัตราตายด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 7.90, 11.40, และ 11.80 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) จากการสำรวจสถานการณ์โรคไม่ติดต่อของสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย แยกตามรายภาค พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานสูงสุดในภาคกลาง รองลงมาคือภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ (จันทร์เพ็ญ, 2539) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ และเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ

โรคเบาหวานมีผลกระทบต่อการทำงานของทุกระบบในร่างกายผู้ป่วย หากไม่มีการควบคุมรักษาอย่างมีประสิทธิภาพจะก่อให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนได้ง่าย ทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย (เทพ และคณะ, 2544) ปัญหาโรคแทรกซ้อนเฉียบพลันคือ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง กรดคั่งในกระแสเลือด ซึมไม่รู้สึกรู้ตัวจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงและน้ำตาลใน

เลือดต่ำความดันโลหิตต่ำมาก สำหรับปัญหาแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง มักจะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปและมีโอกาสเกิดขึ้นกับทุกอวัยวะของร่างกาย เช่น ความผิดปกติที่ไตทำให้ไตเสื่อมและเกิดไตวายได้ ความผิดปกติที่ระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายและเกิดหัวใจวายได้ ความผิดปกติของหลอดเลือดที่ตา ทำให้จอตาเสื่อม สายตามัวและตาบอดได้ ความผิดปกติของระบบประสาท ทำให้ประสาทส่วนปลายมีขนาดของใยประสาทเล็กลงจึงมีอาการชาตามปลายมือปลายเท้า และการรับความรู้สึกสูญเสียไป ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดผลเสียทั้งต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัว และประเทศชาติ (ภาวนา, 2544; สมจิต, 2539) และเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่ ทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ส่งผลต่อรายได้และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา สำหรับผลกระทบทางอ้อมคือ ต้องพึ่งพามูลคอื่น ทำให้มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เกิดปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ทำให้บุคคลในครอบครัวต้องสูญเสียเงินและเวลาในการดูแลผู้ป่วยและรัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาโรค

แม้โรคเบาหวานจะเป็นโรคเรื้อรังและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ก็สามารถควบคุมได้ด้วยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และการรักษาด้วยยาอย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติตลอดจนช่วยลดอาการแทรกซ้อนต่างๆได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2545; Ignatavicius, Workman & Mishler, 1995) การดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับใกล้เคียงปกติซึ่งจะช่วยป้องกันหรือยืดระยะเวลาการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้ (Coates, 1994) ทำให้ผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จะทำให้สามารถมีชีวิตอยู่ได้ตามปกติโดยไม่ต้องพึ่งยาควบคุมน้ำตาลในเลือดโดยเฉพาะอินซูลิน อย่างไรก็ตามในความเป็นจริงพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคที่มีระยะการเจ็บป่วยที่ยาวนานและถาวร ทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมหรือปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรคเบาหวาน (ภาวนา, 2544) ดังนั้นการส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะการที่จะประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานระยะยาวขึ้นอยู่กับกิจกรรมการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยปฏิบัติ ซึ่งต้องอาศัยการควบคุมการดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองด้วยความเอาใจใส่และต่อเนื่องเพื่อควบคุมโรค ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงจากบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะจากครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด สมาชิกในครอบครัวมีหน้าที่ในการช่วยเหลือ รับผิดชอบดูแลกันและกัน ทั้งหน้าที่ส่วนตัวและหน้าที่ต่อสมาชิกคนอื่นในครอบครัว (รุจา, 2541) เหตุการณ์ทุกอย่างในครอบครัวถือเป็นพันธกิจที่สมาชิกทุกคนในครอบครัวจะต้องร่วมกัน รับผิดชอบต่อกันทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ทั้งทางด้านโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยการให้ความรักใคร่ ห่วงใย ผูกพัน และเอื้ออาทรต่อกัน รวมทั้งสร้าง แรงจูงใจให้สมาชิกปฏิบัติกรดูแลตนเองที่เหมาะสม และใช้เหตุผลในการปฏิบัติกรดูแลตนเองที่ ถูกต้อง (พูนสุข, 2548; รุจา, 2541; สุพัตรา, 2542) การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐาน หนึ่งที่อยู่ภายใต้ระบบใหญ่ของครอบครัว โดยหมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติกิจกรรม พื้นฐานร่วมกันตามบทบาทของแต่ละคนเพื่อการดำรงอยู่ของครอบครัว ประกอบด้วย การแก้ปัญหา พื้นฐานของครอบครัว ได้แก่ ปัญหาที่อยู่อาศัย การเงิน การสื่อสาร การแสดงบทบาท การ ตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทั่วไป การทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถประเมินจากการปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัว ความ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ของครอบครัว ในขณะเดียวกัน หากมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพ ครอบครัวจะต้องแสวงหาวิธีในการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาของสมาชิกให้การเจ็บป่วยนั้นหายไป หรือมีสุขภาพที่ดีเหมือนเดิม การกระทำดังกล่าวถือว่าเป็นความสามารถของครอบครัวในการ จัดการเมื่อมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวและในการศึกษาครั้งนี้เรียกว่าศักยภาพ การจัดการของครอบครัว

ครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้เหมาะสมจะมีศักยภาพในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการ พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น (รุจา, 2541) ครอบครัวที่มีสมาชิกละเลย ต่อการปฏิบัติหน้าที่ไม่มีความรับผิดชอบ ขาดความเข้าใจกันในครอบครัวจะทำให้ครอบครัว อ่อนแอ ทำหน้าที่บกพร่อง ไม่สามารถดูแลสมาชิกในครอบครัวทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมได้อย่างเพียงพอ และส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของสมาชิกที่เป็นผู้ป่วย (รุจา, 2541; อุมาพร, 2544) การทำหน้าที่ของครอบครัวมีองค์ประกอบที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสภาพสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม (อุมาพร, 2544) การที่ครอบครัวจะจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างไรนั้นจึง ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งภายในครอบครัว (อุษณีย์, 2549) ดังนั้นการทำหน้าที่ของครอบครัวจึงมีส่วน เกี่ยวข้องกับศักยภาพของครอบครัวในการจัดการกับปัญหาหรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นรวมทั้ง ปัญหาในด้านสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว หากครอบครัวทำหน้าที่ได้ดีย่อมส่งผลต่อ ประสิทธิภาพในการจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม (รุจา, 2541)

ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ระบบครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อทั้งความต้องการการดูแลและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังนั้น หน้าที่ของครอบครัวซึ่งจัดเป็นปัจจัยหนึ่งในระบบครอบครัวจึงมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเพราะการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นการแสดงออกของสมาชิกในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานในครอบครัวร่วมกันเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นการทำหน้าที่ของครอบครัวจึงมีความสัมพันธ์กับศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย การทำหน้าที่ของครอบครัวที่เหมาะสมและเพียงพอส่งผลให้ครอบครัวมีศักยภาพในการจัดการกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในครอบครัว รวมทั้งศักยภาพในการส่งเสริมการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งในที่นี้หมายถึง ศักยภาพในการให้ความรู้และข้อมูล ส่งเสริมการตัดสินใจ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย (ภาวนา, 2544)

ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยประเภทหนึ่ง ซึ่งงานวิจัยที่ศึกษาการสนับสนุนจากครอบครัวในผู้ป่วยมีมากมาย ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เพ็ญกลดา, 2539) พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัว ได้แก่ บุคคลในครอบครัว บุตร คู่สมรส บิดา มารดา และมีการสนับสนุนของครอบครัวอยู่ในระดับสูง มธุริน (2543) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ผู้ป่วยได้รับสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ด้านความรักใคร่ผูกพันสูงสุด ดาริกา (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองของผู้ป่วยธาลัสซีเมียวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบว่า ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก สรลรัตน์, มุกข์ดา และคมสันต์ (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ครอบครัวให้การสนับสนุนผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงเช่นกัน และการสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลให้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยสูงขึ้น ดังนั้น ครอบครัวจึงเป็นประชากรเป้าหมายกลุ่มหนึ่งที่บุคลากรทางสุขภาพให้ความสำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาความสามารถเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินดูแลตนเองเพื่อการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีความพึงพอใจในการให้และรับการช่วยเหลือในด้านความรักใคร่ผูกพัน ได้รับการยอมรับ การรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง การได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น รวมทั้งการได้รับความช่วยเหลือจากสังคม (House, 1981; Weiss as cited in Brande & Weinert, 1981; Brant & Weinert, 1985)

ในช่วงเวลาที่ผ่านมาได้มีการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบการพยาบาลเพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการดูแลตนเองที่ดี สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ งานวิจัยศึกษาเรื่องการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวานโดยจัดในรูปโปรแกรมการสอน (นวลลัดดา, 2536; สมพร และ วิไลวรรณ, 2538) งานวิจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (วิชัย, 2536) งานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษากระบวนการดูแลตนเอง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (ภาวนา, 2544) งานวิจัยแบบมีส่วนร่วมที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตผู้ป่วยและให้ความสำคัญกับผู้ดูแลผู้ป่วย (จอม, 2540) นอกจากนี้ยังพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล (ทัศนีย์, 2538; ปิยะพรรณ, 2540)

สำหรับการศึกษการทำหน้าที่ของครอบครัวส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ การศึกษการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (ชาดา, 2545) การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตจากสารแอมเฟตามีน (อุทิศ, 2545) บทบาทสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค (จินตนา, 2543) การทำหน้าที่ของครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในนักเรียนมัธยมศึกษา (เดือนใจ, 2544) และการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของวัยรุ่นที่ติดสารแอมเฟตามีน (พร้อมพันธุ์, 2546) อย่างไรก็ตามจากการค้นคว้าไม่พบการศึกษการทำหน้าที่ของครอบครัวและศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาในประเด็นดังกล่าวผลที่ได้จากการศึกษาอาจนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อพัฒนาศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน การทำหน้าที่ของครอบครัวและเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพการจัดการของครอบครัวในโรคเรื้อรังต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการทำหน้าที่ของครอบครัวและศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวและศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

### คำถามการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของครอบครัวและศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับใด
2. การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินทั้งโดยรวมและรายด้านในระดับใด

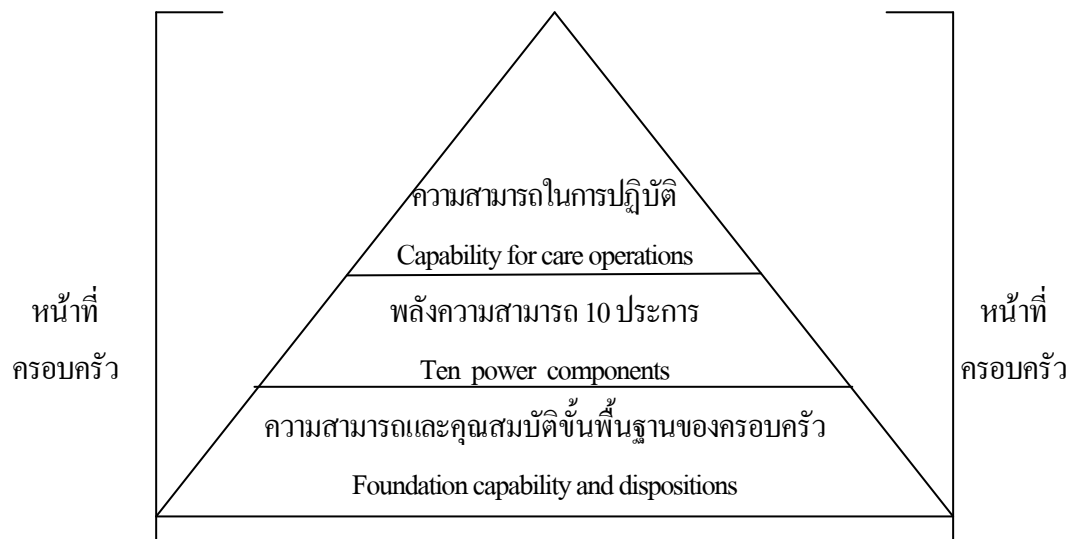
### สมมติฐานการวิจัย

การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) เป็นกรอบในการศึกษา โดยใช้แนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent Care Agency) ซึ่งเป็นความสามารถของผู้ให้การดูแลในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 2001; Taylor, 1989 อ้างตาม สมจิต, 2539) ในที่นี้ หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในฐานะผู้ให้การส่งเสริมการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เพื่อให้มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองในการรักษาและควบคุม โรคอย่างต่อเนื่อง

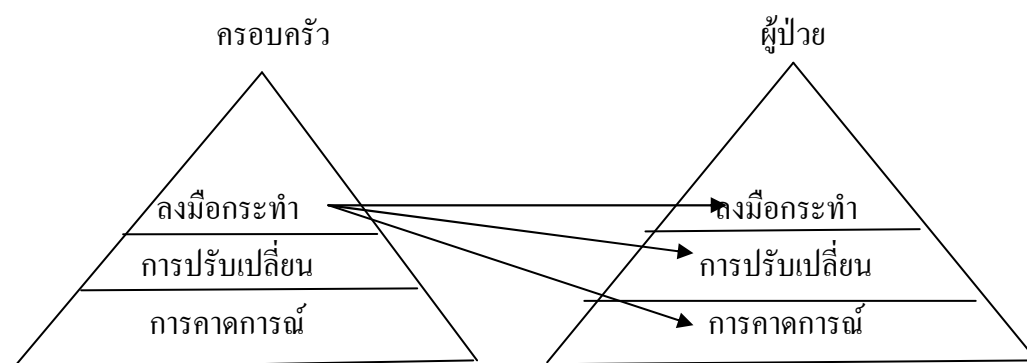
ความสามารถของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของครอบครัว (foundation capability and dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นของครอบครัวในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ ความสามารถที่จะรู้ ความสามารถที่จะกระทำ และปัจจัยที่มีผลต่อการกระทำของครอบครัว ระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) เป็นความสามารถของครอบครัวในการกระทำกิจกรรมที่มีเป้าหมายในการส่งเสริมการดูแลตนเองของบุคคลที่ต้องพึ่งพาอย่างมีประสิทธิภาพ และระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของบุคคลที่ต้องพึ่งพา (capabilities for care operation) เป็นความสามารถที่สะท้อนระยะต่างๆของครอบครัวจากการปฏิบัติ ดังภาพ 1



ภาพ 1 โครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเองของครอบครัว

ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ความสามารถระดับที่ 3 เป็นความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ในการศึกษาครั้งนี้เป็นความสามารถในการปฏิบัติของครอบครัวเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน เปรียบเสมือนศักยภาพการจัดการให้เกิดการลงมือปฏิบัติเพื่อดูแลหรือส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประกอบด้วย 1) ศักยภาพในการส่งเสริมการคาดการณ์ของผู้ป่วย (estimative operations) โดยครอบครัวมีการจัดการให้ความรู้และข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยทราบความหมายและวิธีการปฏิบัติในการดูแลตนเองให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของโรค 2) ศักยภาพในการส่งเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองของผู้ป่วย (transitive operations) โดยครอบครัวมีการจัดการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เกิดทักษะในการคิด วางแผน กำหนดเป้าหมาย และตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่ควรปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง และ 3) ศักยภาพในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยลงมือกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง (productive operations) โดยครอบครัวมีการจัดการส่งเสริมการวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความต้องการการดูแลที่จำเป็นในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินสามารถสรุปได้เป็น 5 ด้าน คือ 1) การควบคุมอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การช้ยา 4) การจัดการความเครียด และ 5) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (ฉัตรเลิศ, 2542; ปิยะพรรณ, 2540; กวานา, 2544; เขียวเรศ, 2543; วิลาวัล, 2539)

แนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ความสามารถแต่ละระดับดังที่กล่าวมาแล้วจะเป็นพื้นฐานในระดับสูงขึ้นไป กล่าวคือ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ และพลังความสามารถจะเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติการ หรืออาจกล่าวได้ว่า ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน และพลังความสามารถ เป็นโครงสร้างที่อยู่ภายใต้ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลของบุคคลหรือครอบครัว (Gast, et al., 1989 อ้างใน สมจิต, 2539) ในทำนองเดียวกันศักยภาพในการส่งเสริมการคาดการณ์ และศักยภาพในการส่งเสริมทักษะการปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองของผู้ป่วย ก็จะเป็นพื้นฐานในศักยภาพการจัดการเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยลงมือกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาความสามารถของครอบครัวในระดับสูงสุดคือ การปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งในที่นี้หมายถึง ศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองดังกล่าว ทั้งนี้เพราะศักยภาพในระดับนี้จะสะท้อนถึงผลรวมของความสามารถของครอบครัวทั้งหมดในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่เป็นรูปธรรมมากที่สุด ดังภาพ 2



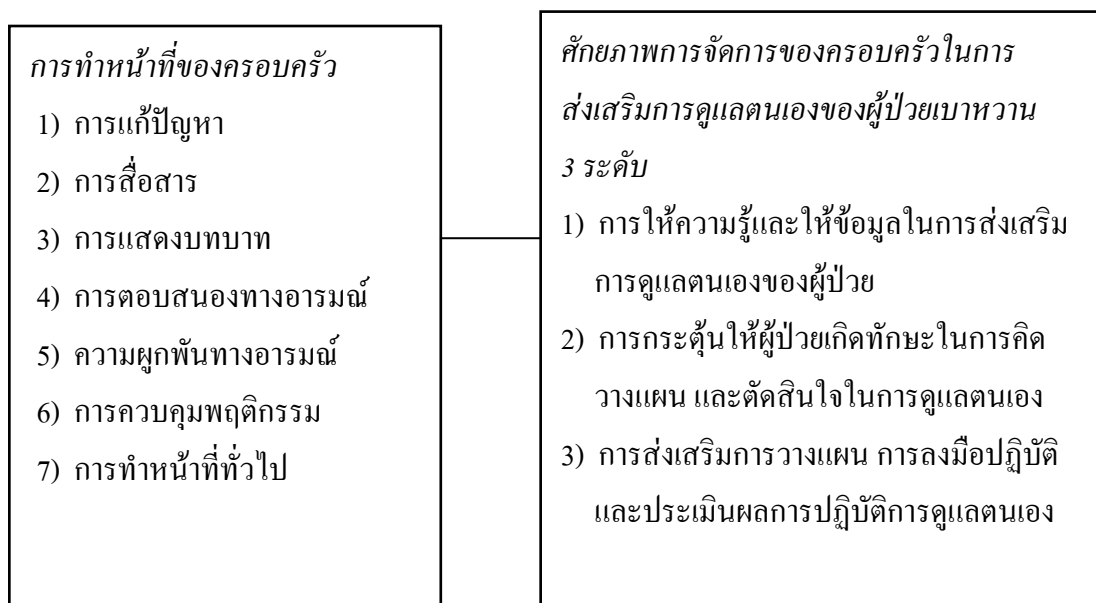
ภาพ 2 ศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

นอกจากนี้ ตามแนวคิดของ โอเร็ม (Orem, 2001) ศักยภาพของครอบครัวในฐานะผู้ให้การดูแลจะขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานหลายประการ (basic conditioning factors) ระบบครอบครัวเป็นปัจจัยที่นำมาพิจารณาความสามารถในการดูแลสมาชิกในครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งในระบบครอบครัวที่แสดงถึงการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานของครอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งความต้องการในการดูแลตนเองของสมาชิกผู้เจ็บป่วย การทำหน้าที่ของครอบครัวจึงเกี่ยวข้องกับศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยใช้แนวคิดการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์ (McMaster Model of



Family Functioning หรือ MMFF) ซึ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดดังกล่าว หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการกระทำเพื่อประโยชน์ในการดำรงอยู่ของครอบครัว ประกอบด้วยการทำหน้าที่ 7 ด้าน ได้แก่ 1) การแก้ปัญหา 2) การสื่อสาร 3) บทบาท 4) การตอบสนองทางอารมณ์ 5) ความผูกพันทางอารมณ์ 6) การควบคุมพฤติกรรม และ 7) การทำหน้าที่ทั่วไป สำหรับการทำหน้าที่ของครอบครัวไทย อูมาพร (2544) ได้นำแนวคิดดังกล่าวมาพัฒนาเป็นแบบประเมินเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทเฉพาะสำหรับครอบครัวไทย (Chulalongkorn Family Inventory: CFI)

ศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินมี 3 ระดับ คือ 1) การให้ความรู้และข้อมูลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย 2) การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการคิด วางแผน กำหนดเป้าหมาย และตัดสินใจในการดูแลตนเอง และ 3) การส่งเสริมการวางแผน การลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยศักยภาพการจัดการแต่ละระดับจะครอบคลุมกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยเบาหวาน 5 ด้าน ดังนี้ 1) การควบคุมอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การช้ยา 4) การจัดการความเครียด และ 5) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยสามารถสรุปเป็นแผนภูมิของ ตัวแปรในการศึกษา ดังภาพ 3



ภาพ 3 กรอบแนวคิดในการศึกษา การทำหน้าที่ของครอบครัวและศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน

## นิยามศัพท์

การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานของครอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิก ซึ่งวัดได้โดยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว (Chulalongkorn Family Inventory: CFI) โดยแบ่งหน้าที่ของครอบครัวออกเป็น 7 ด้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การแก้ปัญหา หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของครอบครัวในการปรึกษา วางแผนร่วมกันเพื่อช่วยกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวรวมทั้งการประเมินผลในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น
2. การสื่อสาร หมายถึง กิจกรรมการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ระหว่างกันของสมาชิกในครอบครัว โดยมีการสื่อสารอย่างตรงไปตรงมา และเข้าใจความรู้สึกต่อกัน
3. การแสดงบทบาท หมายถึง กิจกรรมหรือหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่กำหนดขึ้นเพื่อให้สมาชิกแต่ละคนมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆของครอบครัวตามความเหมาะสมและมีความสอดคล้องกับสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว
4. การตอบสนองทางอารมณ์ หมายถึง ลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์หรือความรู้สึกที่สมาชิกในครอบครัวตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น รวมทั้งอารมณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ปกติ และสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อน
5. ความผูกพันทางอารมณ์ หมายถึง การแสดงออกถึงความห่วงใยที่สมาชิกมีต่อกันในครอบครัว รวมทั้งการแสดงออกถึงความสนใจและการเห็นคุณค่าของกันและกัน
6. การควบคุมพฤติกรรม หมายถึง การควบคุมหรือจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้ปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมโดยไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อตนเองและผู้อื่น
7. การทำหน้าที่ทั่วไป หมายถึง การทำหน้าที่โดยภาพรวมของครอบครัวที่สะท้อนให้เห็นถึงการมีความสุขหรือไม่มีความสุขของครอบครัว

ศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน หมายถึง ผลรวมของความสามารถของครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยครอบคลุมกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน 5 ด้าน คือ 1) การควบคุมอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การใช้ยา 4) การจัดการกับความเครียด และ 5) การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- 1) ให้ความรู้และข้อมูลในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
- 2) กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการคิด วางแผน และตัดสินใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

3) ส่งเสริมการวางแผน การลงมือปฏิบัติ และประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

#### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวและศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวานในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง

#### ความสำคัญของการวิจัย

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการพยาบาล เพื่อพัฒนาศักยภาพการจัดการของครอบครัวในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาการทำหน้าที่ของครอบครัวต่อการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆต่อไป