



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ
ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

โดย

นรากร ทวยไธสง

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

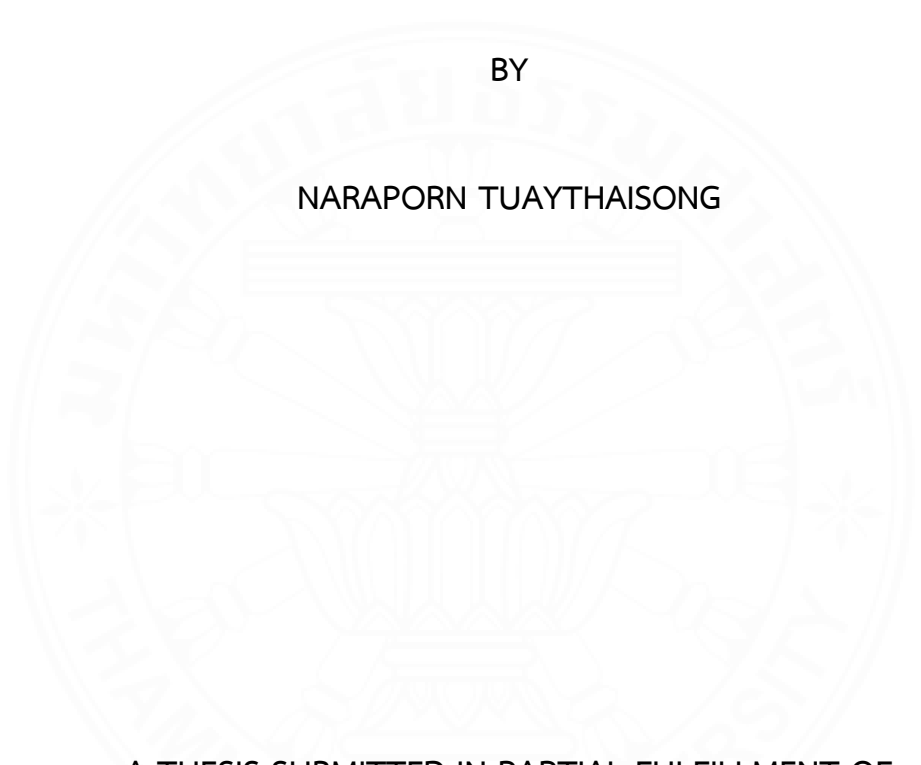
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ปีการศึกษา 2568

FACTORS ASSOCIATED WITH FAMILY FUNCTIONING AMONG FAMILIES
OF OLDER ADULTS WITH UNCONTROLLED TYPE 2 DIABETES MELLITUS

BY

NARAPORN TUAYTHAISONG



A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR THE DEGREE OF MASTER OF NURSING SCIENCE
COMMUNITY NURSE PRACTITIONER
FACULTY OF NURSING
THAMMASAT UNIVERSITY
ACADEMIC YEAR 2025

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

ของ

นรากร ทวยไรสง

เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ
ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้


ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

เมื่อ วันที่ 26 กันยายน 2568

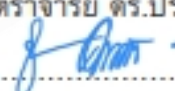
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราภรณ์ กรรมบุตร)

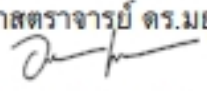
กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก


.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปริย์กมล รัชนกกุล)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม


.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มยุรี นิรัตธราดร)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....
(ศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา)

คณบดี


.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม)

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัว ที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
ชื่อผู้เขียน	นรากร ทวยไธสง
ชื่อปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์	รองศาสตราจารย์ ดร.ปรียกมล รัชกุล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาดา แสงนิมิตรชัยกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มยุรี นิรัทธราทร
ปีการศึกษา	2568

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการทำหน้าที่ของครอบครัว และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยใช้กรอบแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของ Mc Master Model ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง จำนวน 93 ครอบครัว ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ครอบครัว ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้ แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบสอบถามความรู้สึกเป็น

ภาวะของครอบครัวมีค่า CVI = 0.99, 0.90, 0.96 และ 0.98 ตามลำดับ และค่า Cronbach Alpha = 0.82, 0.81, 0.83, และ 0.82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการศึกษา พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีการทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=90.52$, $SD= 14.06$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการควบคุมพฤติกรรม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r=.628$, $p < .01$) แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r=.555$, $p < .01$) และความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r=-.218$, $p < .05$)

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรให้ความสำคัญกับการประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว ที่มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน รวมทั้งให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และลดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวเป็นระบบสนับสนุนที่ดีในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้

คำสำคัญ: การทำหน้าที่ของครอบครัว, ผู้สูงอายุ, โรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้,

แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว, สัมพันธภาพในครอบครัว, ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว

Thesis Title	FACTORS ASSOCIATED WITH FAMILY FUNCTIONING AMONG FAMILIES OF OLDER ADULTS WITH UNCONTROLLED TYPE 2 DIABETES MELLITUS
Author	Naraporn Tuaythaisong
Degree	Master of Nursing Science
Department/Faculty/University	Community Nurse Practitioner Nursing Thammasat University
Thesis Advisor	Associate Professor Dr. Pregamol Rutchanagul, Ph.D.
Thesis Co-Advisor	Assistant Professor Dr. Wipada Sangnimitchaikul, Ph.D. Assistant Professor Dr. Mayuree Nirattharadorn, Ph.D.
Academic Year	2025

ABSTRACT

This descriptive correlational study aimed to assess the level of family functioning and to examine the relationships among family social support, family relationships, and family burden in relation to family functioning among families of elders with uncontrolled type 2 diabetes mellitus. whose blood glucose levels were uncontrolled. The McMaster Model of Family Functioning served as the conceptual framework.

The sample comprised 93 families of elders with uncontrolled type 2 diabetes mellitus receiving care at a diabetes clinic in a sub-district health-promoting hospital. Sample size was determined using the G*Power program. Data were collected using four instruments: the Family Functioning Questionnaire, Family Social Support Questionnaire, Family Relationship Questionnaire, and Family Burden Questionnaire. Content validity, evaluated by three experts, yielded CVI values of 0.99, 0.90, 0.96, and 0.98, respectively. Reliability testing with 30 family caregivers of elders with similar characteristics

produced Cronbach's alpha coefficients of 0.82, 0.81, 0.83, and 0.82, respectively. Data were analyzed using Spearman's rank correlation coefficient.

Results showed that family functioning was at a moderate level ($\bar{X} = 78.46$, $SD = 12.22$), with behavior control scoring lowest among the subdomains. Family relationships ($r = .628$, $p < .01$) and family social support ($r = .555$, $p < .01$) demonstrated moderate positive correlations with family functioning, while family burden showed a weak negative correlation ($r = -.218$, $p < .05$).

These findings suggest that community nurse practitioners should assess family functioning and promote family relationships and social support, while addressing family burden, to enhance the supportive role of families in managing the health of elders with uncontrolled type 2 diabetes mellitus.

Keywords: family functioning, elders, uncontrolled type 2 diabetes mellitus, social support, family relationship, family burden

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ปรีดิ์กมล รัชกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาดา แสงนิมิตรชัยกุล และผู้ช่วยศาสตราจารย์มยุรี นิรัทธราทร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางอันเป็นประโยชน์ และช่วยตรวจทานแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน อาจารย์ ดร.วนลดา ทองใบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐพัชร์ บัวบุญ และแพทย์หญิง สุรัตนา สิงห์ป้อง ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งท่านอาจารย์ที่ถ่ายทอดวิชาความรู้ที่เป็นพื้นฐานในการทำวิจัย คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการทุกท่าน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราภรณ์ กรรมบุตร รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นคณะกรรมการในการสอบ และให้คำแนะนำแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์อันเป็นประโยชน์

ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ผู้อำนวยการสาธารณสุขอำเภอวิเชียรบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่กรุณาและอนุญาตให้ผู้วิจัยได้ลาศึกษาต่อ ขอขอบพระคุณเพื่อนร่วมงานที่คอยช่วยเหลือในเรื่องงานในขณะที่ผู้วิจัยเรียน

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมชั้นเรียนทั้งในและต่างสาขา ที่คอยให้คำปรึกษา รวมไปถึงชี้แนะแนวทางในการทำวิจัยตามขั้นตอนต่างๆ รุ่นพี่ที่จบไปแล้วที่ให้คำแนะนำในการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบคุณ นายนนทกานต์ จันทร์โม ที่คอยอยู่เคียงข้าง คอยเฝ้าดูแลขณะที่ศึกษา และคอยสนับสนุนให้กำลังใจในยามเหนื่อยล้าหรือท้อแท้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณพ่อ แม่ ตา ยาย และขอบคุณน้องสาวที่เป็นกำลังใจ คอยสนับสนุน คอยอยู่เคียงข้าง ให้ความรักและเป็นพลังใจในการเรียน และเป็นแรงผลักดันในการศึกษาครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปตามเป้าหมาย

นรากร ทวยไธสง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(2)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(4)
กิตติกรรมประกาศ	(6)
สารบัญ	(7)
สารบัญตาราง	(12)
สารบัญภาพ	(13)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ทั่วไป	8
1.3 คำถามการวิจัย	8
1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย	8
1.5 สมมติฐานการวิจัย	10
1.6 ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	11
1.7 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	11
1.8 ขอบเขตการวิจัย	12

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
2.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้สูงอายุ	14
2.1.1 อุดบัติการณ์	14
2.1.2 หลักการวินิจฉัย	15
2.1.3 การจำแนกโรคเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้	16
2.1.4 ผลกระทบจากการที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	19
2.1.5 สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	24
2.3 การทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	28
2.3.1 ความหมายของการทำหน้าที่ของครอบครัว	28
2.3.2 แนวคิดและองค์ประกอบการทำหน้าที่ของครอบครัว	29
2.3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัว	40
2.4 แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว	43
2.4.1 ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว	43
2.4.2 แนวคิดและองค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว	44
2.4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว	49
2.5 สัมพันธภาพในครอบครัว	50
2.5.1 ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัว	50
2.5.2 แนวคิดและองค์ประกอบของสัมพันธภาพในครอบครัว	51

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
2.5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพในครอบครัวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว	55
2.6 ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว	56
2.6.1 ความหมายของความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว	56
2.6.2 องค์ประกอบของความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว	57
2.6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว	60
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	63
3.1 รูปแบบการวิจัย	63
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	63
3.2.1 ประชากร	63
3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง	63
3.2.2.1 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	64
3.2.2.2 การสุ่มตัวอย่าง	64
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	67
3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	72
3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล	74
3.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	76
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	77

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	79
4.1 ผลการวิจัย	81
4.2 อภิปรายผล	92
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	100
5.1 สรุปผลการวิจัย	100
5.2 ข้อเสนอแนะ	102
5.3 ข้อจำกัดในการทำวิจัย	102

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
รายการอ้างอิง	103
ภาคผนวก	110
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	111
ภาคผนวก ข ผลการทดสอบค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI)	112
ภาคผนวก ค ผลการทดสอบค่าความเที่ยง (Reliability)	113
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร และหนังสือแสดงความยินยอม อาสาสมัครการวิจัย	115
ภาคผนวก จ หนังสือรับรองผ่านการพิจารณาจริยธรรม	125
ภาคผนวก ฉ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	128
ภาคผนวก ช การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติและผลการวิจัยเพิ่มเติม	151
ประวัติผู้เขียน	157

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2.1 หลักเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน	15
2.2 เกณฑ์ที่ใช้ในการแบ่งกลุ่มค่าระดับน้ำตาลในเลือด	16
2.3 การจำแนกตามระดับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	16
2.4 การจำแนกระดับน้ำตาลในเลือดตามลักษณะสุขภาพของผู้สูงอายุ	17
2.5 เกณฑ์ภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้	18
3.1 แสดงจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณตามสัดส่วนประชากรของแต่ละโซนพื้นที่ที่จะเก็บข้อมูล	65
3.2 แสดงการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	73
4.1 แสดงจำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว	81
4.2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน	84
4.3 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการทำหน้าที่ของครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว	86
4.4 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการทำหน้าที่ของครอบครัว ที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำแนกตามรายด้าน	88
4.5 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว	89
4.6 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสัมพันธภาพในครอบครัว จำแนกตามรายด้าน	89
4.7 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว จำแนกตามรายด้าน	90
4.8 ผลการวิเคราะห์ของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	91

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	10
3.1 แผนผังแสดงการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง	66



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดเป็นอันดับ 5 ของประเทศภูมิภาค ตะวันตก ในปี 2567 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 589 ล้านคน และคาดว่าในปี 2593 จะเพิ่มเป็น 853 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 29 (International Diabetes Federation, 2024) และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 3 แสนคน ต่อปี เป็นอุบัติการณ์ที่สูงเป็นอันดับ 2 ใน 5 ของกลุ่มโรคเรื้อรัง และร้อยละ 90-95 ป่วยด้วย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2567) ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดมีเพียงร้อยละ 26.3 ของประชากร โรคเบาหวาน ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ คือ มากกว่าร้อยละ 40 (กรมอนามัย, 2566) ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า ร้อยละ 21.12 เป็นผู้สูงอายุ (กรมอนามัย, 2565) และมีแนวโน้มว่าผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานจะเพิ่มมากขึ้นตามโครงสร้างประชากรสูงวัย (Centers for Disease Control and Prevention, 2023)

ในเขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ พบผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นในทุกปีสอดคล้องกับทิศทาง ของประเทศและทั่วโลก จากผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในปีงบประมาณ 2565 พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานปี 2561-2565 มากเป็นลำดับที่ 5 ใน 17 ของจังหวัดภาคเหนือ และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องร้อยละ 18.4, 19.0, 20.2, 21.2, 21.8 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์, 2568) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดเพียงร้อยละ 36.83 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด ในจังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 21.48 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดในจังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งเป็นจังหวัดเดียวที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานของกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย เมื่อเทียบกับ 4 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2 ของภาคเหนือ ได้แก่ ตาก สุโขทัย อุตรดิตถ์ พิษณุโลก อีกทั้งยังพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 1 เมื่อเทียบกับผู้ป่วย โรคเบาหวานวัยอื่นๆ (กระทรวงสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์, 2567)

ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมาระยะหนึ่งมักเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือโรคเรื้อรังอื่นๆตามมา จากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น ประมาณ 13 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุน้อย (สายฝน ม่วงคุ้ม และคณะ, 2563; อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, 2563)

จากการเสื่อมถอยทางด้านร่างกายร่วมกับภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง เมื่อร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะกระตุ้นให้เกิด advanced glycation end products (AGEs) เกิดกระบวนการกระตุ้นให้ตีเอ็นเอ โปรตีน และเยื่อหุ้มเซลล์ในร่างกายอักเสบ โดยเฉพาะหลอดเลือดที่แข็งตัวจะเพิ่มการทำงานของระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน-อัลโดสเตอโรน (RAAS) ส่งผลให้เกิดการคั่งของน้ำและเลือด ทำให้การบีบตัวของหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้น จึงเกิดความดันโลหิตสูงตามมา อีกทั้งยังส่งผลต่อไต โดยระดับน้ำตาลในเลือดที่สูง จะเกิดการสะสมของ AGEs ในโกลเมอรูลัสหลอดเลือดที่ไต (Glomerular capillaries) ถูกทำลาย ส่งผลให้การกรองของไตลดลง (GFR) เกิดภาวะไตวายเรื้อรัง อีกทั้งยังส่งผลต่อการสะสมของไขมันและแผ่นพลาจ (Atheromatous plaque) ในหลอดเลือด และเกิดลิ้มเลือดส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง (American Diabetes Association, 2024) จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า ความชุกของการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อร้อยละประชากร ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 81.48 รองลงมาคือโรคไตวายเรื้อรังร้อยละ 14.81 โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองร้อยละ 1.23 บางรายมีแผลที่เท้าอาจนำไปสู่การถูกตัดอวัยวะ เกิดความพิการร้อยละ 2.47 (ไมยรา เศรษฐมาศ, 2566) จากการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ใน 24 ประเทศทั่วโลกพบว่า ในระยะเวลา 3 ปี มักจะเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 1 อย่าง ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็กร้อยละ 31.5 ส่วนใหญ่มักพบอาการชาบริเวณมือและเท้า ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดใหญ่ร้อยละ 16.6 ส่วนใหญ่พบโรคหลอดเลือดหัวใจ (Arnold et al., 2022) และหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ก็มีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ (สายฝน ม่วงคัม และคณะ, 2563)

ผลกระทบที่ต่อเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน นอกจากจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาแล้ว ยังส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกท้อแท้จากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ส่งผลให้เกิดความเครียดจากการเจ็บป่วย นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้มากกว่าวัยอื่นมากถึงร้อยละ 18.2 (พรทิพย์ แก้วสว่าง, 2564) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานบางรายที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด อาจไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน หรือพบปะกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันได้เหมือนเดิม ต้องอยู่ในบ้านเป็นส่วนใหญ่ส่งผลให้สูญเสียความอิสระในการใช้ชีวิต อีกทั้งต้องพึ่งพาครอบครัว และแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น อันนำไปสู่การเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง (สาคร อินโทโล่, 2563; Arruda et al., 2022; Yustisia et al., 2022)

ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มักประสบกับข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่า รวมทั้งมีอาการทางด้านร่างกายที่มักไม่คงที่ เช่น อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หรืออาจเกิดอาการวูบ

ขณะทำกิจกรรม เป็นต้น ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงหรือต่ำไม่คงที่จะทำให้เกิดอาการหน้ามืด ใจสั่น ปัสสาวะบ่อยหรือรุนแรงถึงขั้นหมดสติ (Arruda et al., 2022; Yustisia et al., 2022) อาการเหล่านี้จะมีความรุนแรง และซับซ้อนมากกว่าผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เนื่องจากความผันผวนของระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากสมาชิกในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวต้องคอยสังเกตอาการอย่างละเอียด อีกทั้งยังต้องคอยช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน และจัดการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตลอดเวลา เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ หรืออันตรายจากความผันผวนของระดับน้ำตาลในเลือด (ธีรนนท์ วรรณศิริ, 2562)

การที่ผู้สูงอายุควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้นอกจากจะส่งผลต่อตัวผู้สูงอายุเองแล้วยังมีผลกระทบต่อครอบครัวของผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเมื่อต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นหลักมักจะเกิดการพักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดความเหนื่อยล้า ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพตนเอง (Arruda et al., 2022; Yustisia et al., 2022) อีกทั้งยังพบว่า การที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด ความวิตกกังวล บางรายรู้สึกโกรธเมื่อถูกบังคับให้ดูแลผู้สูงอายุ และอีกส่วนหนึ่งมีความรู้สึกกลัวต่อการเสียชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน นอกจากเกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลแล้วยังส่งผลกระทบต่อด้านสังคมของผู้ดูแลหลักอีกด้วย กล่าวคือ ขาดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เนื่องจากจะต้องดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอย่างใกล้ชิด ไม่อยากให้ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวตามลำพังเพราะกลัวอาการที่เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่ของโรคเบาหวาน เช่น อาการหน้ามืด ใจสั่นจนถึงขั้นไม่รู้สึกรู้สึกร่างกาย เป็นต้น (Yustisia et al., 2022) อีกทั้งบางครอบครัวอาจมีสมาชิกที่ต้องลาออกจากงานประจำเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุทำให้ขาดรายได้ และอาจมีหนี้สินจากค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากการรักษา เช่น ค่ารถรับ-ส่งไปยังสถานพยาบาล เพื่อพบแพทย์ตามนัด ค่ารักษาโรคเรื้อรังที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน เป็นต้น (วิราสิริ วีสิริวิริ, 2564; World Health Organization, 2024) นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวที่มีผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานส่งผลให้คุณภาพชีวิตของครอบครัวลดลงจากการที่ต้องรับภาระในการที่ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดความเครียด ความขัดแย้งในครอบครัว ปัญหาในด้านสุขภาพของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุ (อรอุมา จีระกมล, วัลลภ สุขสวัสดิ์ และปริญญา สร้อยทอง, 2567) จะเห็นได้ว่าอาการที่ผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัว หากสามารถป้องกันหรือลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุได้ จะช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากโรคเบาหวาน ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และจะช่วยบรรเทาปัญหาสาธารณสุขของประเทศได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ สาเหตุจากตัวของผู้สูงอายุ เช่น อายุที่มากขึ้นทำให้เกิดการถดถอยของระบบต่างๆในร่างกาย โดยเฉพาะระบบเผาผลาญส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นไปได้ยาก การเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นเวลานานทำให้ร่างกายเกิดความเสื่อมจากพยาธิสภาพของโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุบางรายรู้สึกเคยชิน และขาดความตระหนักถึงผลกระทบของโรคเบาหวาน การมีโรคร่วมอื่น ๆ ส่งผลให้การดูแลมีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ขาดการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน ในบางรายมีการปรับเปลี่ยนขนาดยาเองทำให้เกิดผลการรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ชนพงศ์พันธ์ พวงทวี, 2563; ชีรนนท์ วรรณศิริ, 2562; สายฝน ม่วงคุ้ม และคณะ, 2563; วิราสิริรี วสิวีร์สิริ, 2564) สาเหตุจากครอบครัวหรือผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ครอบครัวมักขาดการพูดคุยสื่อสารในเรื่องการควบคุมโรคเบาหวานทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องขาดการเตือนในเรื่องการออกกำลังกายและการรับประทานยา ขาดการสอบถามในเรื่องขนาดและเวลาในการรับประทานยา ขาดการสังเกตอาการที่ผิดปกติของโรคเบาหวาน และขาดการเตือนให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเห็นความสำคัญของการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การเตือนให้ระมัดระวังอย่าให้เกิดแผลที่เท้า เป็นต้น (ชนพงศ์พันธ์ พวงทวี, 2563) ยังพบว่า บางครอบครัวไม่มีการวางแผนจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานจะรับประทานอาหารชนิดเดียวกันทั้งครอบครัว สมาชิกในครอบครัวบางรายมีความรู้สึกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเหมือนคนที่ไม่ป่วยเพราะสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนก่อนที่จะเป็นโรคเบาหวาน จึงให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเหมือนผู้สูงอายุที่แข็งแรงทั่วไป (ชีรนนท์ วรรณศิริ, 2562)

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษานำร่องเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยการสัมภาษณ์จากสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวาน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 10 ราย พบว่า ครอบครัวไม่มีเวลาในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานเนื่องจากตรงกับเวลาการทำงานส่งผลให้ไม่สามารถพามาตรวจตามนัด บางรายไม่มีการพูดคุยเกี่ยวกับโรคเบาหวานในครอบครัว ขาดการตระหนักในการดูแลเรื่องอาหารที่เหมาะสมสำหรับโรคเบาหวาน บางครอบครัวไม่มีปฏิสัมพันธ์กันในครอบครัวส่งผลให้ไม่ทราบปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของผู้สูงอายุ ไม่ทราบเกี่ยวกับการรับประทานยาและวันนัด นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวยังมีอาการเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน บางครอบครัวรับประทานอาหารชนิดเดียวกันโดยไม่แยกอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวานและขาดการเตือนเมื่อผู้สูงอายุรับประทานอาหารหรือผลไม้ที่มีรสชาติหวาน เช่น ทูเรียน ลำไย มะม่วงสุก เป็นต้น จะเห็นได้ว่า การศึกษานำร่องเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีความสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกับการทบทวนวรรณกรรม การทำหน้าที่

ของครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

เมื่อพิจารณารูปแบบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุจะมีความสอดคล้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านสื่อสารเกี่ยวกับการดูแล บทบาทการควบคุมระดับน้ำตาล การแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งการศึกษานำร่องดังกล่าว พบว่า ครอบครัวต้องทำหน้าที่ในหลายด้านซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด McMaster model (Epstein et al., 2000) กล่าวไว้ว่า บุคคลที่อยู่ร่วมกันในครอบครัวมีผลกับพฤติกรรมของสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว โดยพฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งจะมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่นๆ ดังนั้นการที่จะศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวจึงจำเป็นต้องศึกษาจากสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆร่วมด้วย ซึ่งมีองค์ประกอบทั้งหมด 6 ด้าน คือ 1) การแก้ปัญหา (Problem Solving) เป็นความสามารถของครอบครัวในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ช่วยส่งเสริมและเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานและปัญหาในการไม่เข้าใจกันในสมาชิกครอบครัวสามารถช่วยกันแก้ปัญหาไม่ให้เกิดความรุนแรงได้ 2) การสื่อสารภายในครอบครัว (Communication) โดยการพูดคุยสื่อสารของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการแก้ปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อให้ได้แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน รวมถึงการแสดงความรักผ่านคำพูดโดยการสอบถามอาการของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน 3) บทบาท (Role) โดยทำหน้าที่ตามบทบาทความรับผิดชอบที่ตกลงกันของสมาชิกในครอบครัว เช่น บทบาทในการเตรียมอาหารให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน การพาไปตรวจตามนัด การดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานในขณะที่ออกกำลังกาย คอยสังเกตอาการที่เกิดจากความผิดปกติจากโรคเบาหวาน เป็นต้น 4) การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective responsiveness) สมาชิกในครอบครัวมีการแสดงอารมณ์ต่อกันและกันอย่างเหมาะสม เช่น เมื่อมีอาการโกรธที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำสมาชิกในครอบครัวจะมีการยับยั้งอารมณ์ไม่ให้เกิดอาการโกรธของผู้สูงอายุ 5) ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective involvement) ความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกัน มีความเข้าใจกันและให้กำลังใจผู้สูงอายุโรคเบาหวานทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 6) การควบคุมพฤติกรรม (Behavior control) โดยการช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน คอยเตือนและกำกับดูแลให้ผู้สูงอายुरับประทานยาควบคุมไม่ให้เกิดการปรับลดขนาดยาเอง การเตือนวันนัดพบแพทย์ การควบคุมการรับประทานอาหารที่ลดการปรุงรสหวาน มัน เค็ม เป็นต้น (ธีรพันธ์ วรรณศิริ, 2562; นวลนภา สวยสด และคณะ, 2564; ไมยรา เศรษฐมาศ, 2566)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้แก่ รายได้ของครอบครัว ครอบครัวที่มีรายได้สูงจะช่วยให้สมาชิก

ในครอบครัวดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้มากยิ่งขึ้น (Elias et al., 2019; Arruda et al., 2022) จำนวนสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวยังมีจำนวนมากจะช่วยกันแบ่งเบาหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ (Elias et al., 2019; Sousa-Muñoz & Sá, 2020) ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น (Molla et al., 2023) ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว ความรู้สึกเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัวจากการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลียจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ ต้องรับผิดชอบบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ส่งผลให้เกิดความเครียดจากความคาดหวังในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจากผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวและบุคลากรทางด้านสุขภาพ ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุของสมาชิกในครอบครัวลดลง (Arruda et al., 2022; Pires et al., 2022) นอกจากนี้ยังพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์จะทำให้ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวได้รับคำแนะนำในการดูแลเพื่อควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว จะช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดี โดยเฉพาะการได้รับการสนับสนุนจากแพทย์ประจำครอบครัวหรือผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ดีขึ้น (นารินทร์ สุวรรณบริบูรณ์ และคณะ, 2565; Molla et al., 2023; Sousa-Muñoz & Sá, 2020) อีกปัจจัยหนึ่งที่มีผู้วิจัยพบจากการทบทวนวรรณกรรมคือ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ความสัมพันธ์ที่ดีของสมาชิกในครอบครัวทำให้มีการจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้ดี ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดี มีความรัก ความเอื้ออาทรต่อกันของสมาชิกในครอบครัวทำให้เกิดการดูแลซึ่งกันและกัน (นารินทร์ สุวรรณบริบูรณ์ และคณะ, 2565; พฤษชล เหล่าสกุลศิริ 2567; Pires et al., 2022; Sousa et al., 2021)

ผู้วิจัยจึงให้ความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยด้านครอบครัว โดยการพิจารณาปัญหาในมิติของการทำหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ทั้งในด้านการจัดการอาหาร การใช้ยา การควบคุมพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม รวมถึงการดูแลด้านจิตใจและภาวะอารมณ์ของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ครอบครัวยังต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายบางส่วนที่อยู่นอกเหนือสิทธิการรักษาส่งผลให้สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลหลักอาจเกิดความเหนื่อยล้า ความรู้สึกท้อแท้ หรืออึดอัดใจในการปฏิบัติหน้าที่ดูแล จนบางครั้งอาจจะเลยหรือนำไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวมีอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวสามารถจัดการปัญหาสุขภาพและรับมือกับความเครียด

จากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะที่สัมพันธภาพในครอบครัวสะท้อนถึงความเอื้ออาทร ความรัก ความเข้าใจ และความร่วมมือระหว่างสมาชิก ซึ่งเป็นพื้นฐานของการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดี ส่วนความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่อาจส่งผลในทางลบต่อแรงจูงใจและความต่อเนื่องในการดูแล หากสมาชิกในครอบครัวรู้สึกว่า การดูแลเป็นภาระมากเกินไป ย่อมส่งผลให้การทำหน้าที่ของครอบครัวลดลง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้งสามนี้ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวต่อไป

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัว พบว่าการศึกษาร้อยละที่ศึกษาในโรคเรื้อรังมักเป็นการศึกษาในมุมมองปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักเพียงบุคคลใดบุคคลหนึ่ง โดยยังมีการศึกษาที่ให้ความสำคัญกับมุมมองในระดับครอบครัวค่อนข้างจำกัด สำหรับการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่เน้นศึกษาบทบาทการดูแลหรือพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวเป็นหลัก แต่ยังไม่พบการศึกษาที่น่าปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานโดยตรง ทั้งนี้ ด้วยบริบทของครอบครัวไทย พบว่า ครอบครัวมักมีลักษณะการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันระหว่างสมาชิกหลายคน เมื่อเกิดการเจ็บป่วย ทำให้การศึกษาที่มองในมุมมองของผู้ดูแลเพียงบุคคลเดียวอาจไม่สะท้อนภาพรวมของการทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างครอบคลุม ดังนั้น การศึกษารุ่นนี้จึงมุ่งเน้นการศึกษาจากผู้ดูแลมากกว่าหนึ่งคนภายในครอบครัว เพื่อให้เข้าใจลักษณะการทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างรอบด้านมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทสำคัญในการจัดการโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โดยมีหน้าที่ทั้งในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังเกิดผลกระทบของโรค โดยมุ่งเน้นให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเข้าใจลักษณะ และระดับการทำหน้าที่ของครอบครัว รวมถึงปัจจัยด้านครอบครัวที่เกี่ยวข้อง เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว และความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ การได้ข้อมูลเชิงประจักษ์เหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

1.3 คำถามการวิจัย

การศึกษารุ่นนี้มีคำถามการวิจัยดังนี้

1. การทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นอย่างไร
2. แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว สัมพันธ์ภาพในครอบครัว และความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือไม่อย่างไร

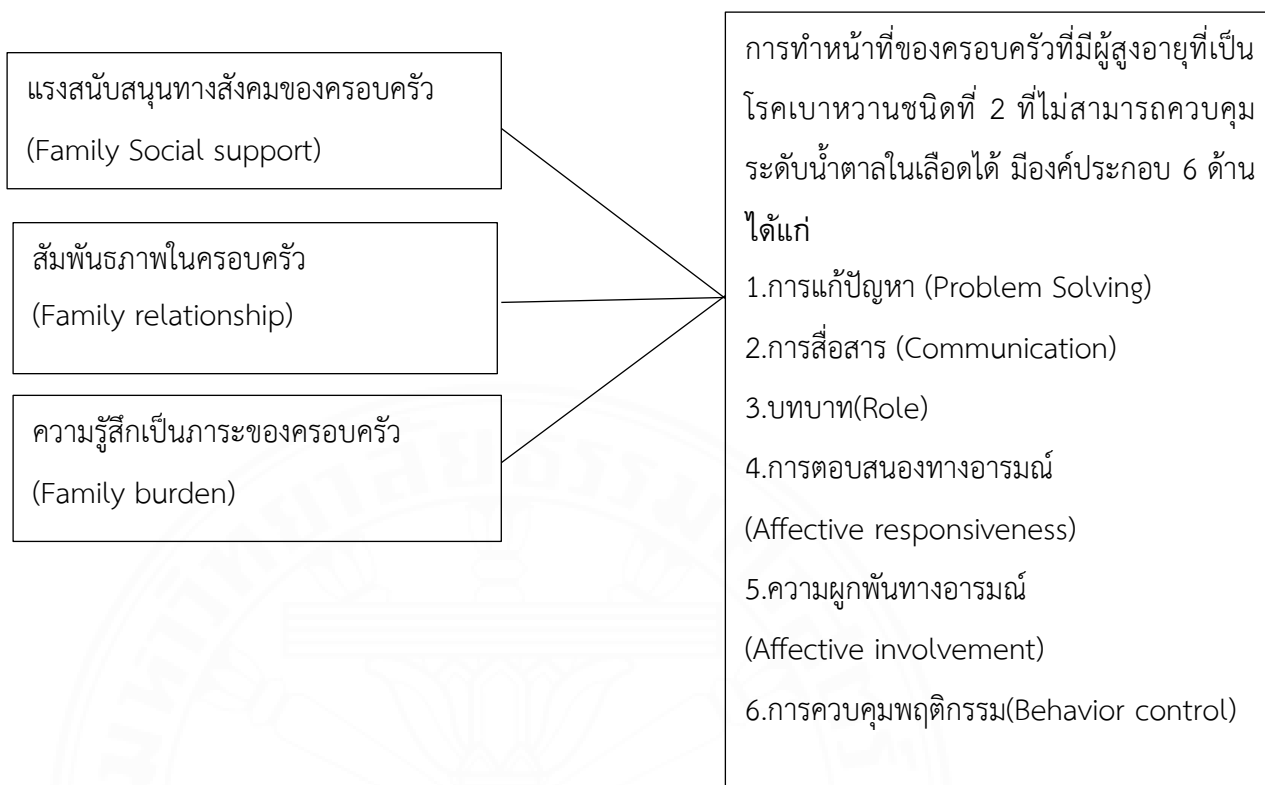
1.4 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว McMaster Model มาใช้ในการศึกษาวิจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวซึ่ง Epstein et al. (2000) ได้กล่าวไว้ว่า แนวคิดนี้ได้รับการพัฒนามาจากหลายทฤษฎีมาเพื่อใช้อธิบายการปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว เช่น ทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทฤษฎีการสื่อสาร โดยแนวคิดนี้มองว่า ครอบครัวเป็นระบบเปิดที่ประกอบไปด้วยระบบย่อย ได้แก่ ระบบบิดา มารดาและบุตร ระบบคู่สมรส และระบบเครือญาติ โดยมีสมมติฐานว่า บุคคลในครอบครัวที่อยู่ร่วมกันในระบบครอบครัวส่งผลกับพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว โดยพฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่นๆ การทำหน้าที่ของครอบครัวจะเกิดขึ้นได้เมื่อภายในครอบครัวมีสมาชิกบุคคลใดบุคคลหนึ่งเกิดการเจ็บป่วย โดยมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1.การแก้ปัญหา (Problem Solving) 2.การสื่อสารภายในครอบครัว (Communication) 3.บทบาท (Role) 4.การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective responsiveness) 5.ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective involvement) 6.การควบคุมพฤติกรรม (Behavior Control)

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัว คือ

- 1) ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว หากครอบครัวที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน สวัสดิการทางสังคม โดยเฉพาะจากบุคลากรที่มีสุขภาพ จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้อย่างถูกต้องวิธีเข้าถึงข่าวสารทางด้านสุขภาพ มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย อีกทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังช่วยดูแลในเรื่องการประสานงานกับทีมสุขภาพ ส่งผลให้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพมากยิ่งขึ้น จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ที่ดียิ่งขึ้น (ปรีดา สารลักษณ์ และคณะ, 2561; House, 1981; Oktaviani, Anggraini & Noviasar, 2022; Ricardo, Rene & Alma, 2019)
- 2) ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัว หากสมาชิกในครอบครัวรับรู้ถึงความรู้สึกที่ดีต่อกัน จะช่วยลดความตึงเครียดและลดความคับข้องใจในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดการพูดคุยปรึกษาการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ร่วมกันตัดสินใจในการเลือกแนวทางการรักษาสุขภาพส่งผลให้เกิดการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ (กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, 2554; ปรีดา สารลักษณ์ และคณะ, 2561; Pires et al., 2022; Sousa et al., 2021; Sunita & Sudha, 2014) และ
- 3) ปัจจัยความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว ถ้าหากสมาชิกในครอบครัวรับรู้ถึงความรู้สึกส่วนบุคคลว่าการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเป็นเรื่องที่ยากลำบาก เกิดความเหนื่อยล้าจากการที่ต้องรับผิดชอบหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ บางรายรับรู้ถึงความรู้สึกท้อแท้ไม่สามารถบอกเล่ากับสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ได้ จนเกิดความรู้สึกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเป็นภาระของครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวอึดอัดใจ ไม่ต้องการที่จะดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานขาดการรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ยิ่งหากเกิดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวมาก จะส่งผลให้ การทำหน้าที่ของครอบครัวไม่มีประสิทธิภาพ (ชัญญชิตาดุษฎี ทูลศิริ และคณะ, 2554; Arruda et al., 2022; Molla et al., 2023; Pires et al., 2022; Zarit, Reever & Bach-Peterson, 1980)

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ได้นำปัจจัย คือ แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว มาศึกษาหาความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้



แผนภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

1.5 สมมติฐานการวิจัย

- 1.แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
- 2.สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
- 3.ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

1.6 ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น

1. แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว (Family Social support)
2. สัมพันธภาพในครอบครัว (Family relationship)
3. ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว (Family burden)

ตัวแปรตาม

การทำหน้าที่ของครอบครัว (Family functioning) ที่มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

1.7 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1.7.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินจากเซลล์เบต้าของตับอ่อน หรือเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และมีค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด $HbA1c \geq 7\%$ ภายในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา

1.7.2 การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพื่อบรรลุเป้าหมายของครอบครัว ลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคเบาหวาน มีองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ 1) การแก้ปัญหา (Problem Solving) 2) การสื่อสารภายในครอบครัว (Communication) 3) บทบาท (Role) 4) การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective responsiveness) 5) ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective involvement) 6) การควบคุมพฤติกรรม (Behavior control) โดยประเมินด้วยแบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ตามแนวคิด McMaster Model ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของ อูมาพร ตรังคสมบัติ (2544) คะแนนมาก หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีการทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ดี

1.7.3 แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวถึงความช่วยเหลือด้านบริการสุขภาพทั้งการส่งเสริมสุขภาพจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อนบ้าน หน่วยงานรัฐและเอกชน เพื่อการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ช่วยเหลือสนับสนุนใน 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร 4) ด้านวัตถุ และสิ่งของ ตามแนวคิดของ House (1981) โดยประเมินด้วยแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

ของครอบครัว ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวของ นารินทร์ สุวรรณบริบูรณ์, นิสากร กรุงไกรเพชร และวรรณรัตน์ ลาวัง (2565) คะแนนมาก หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก

1.7.4 สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของสมาชิกในครอบครัว เกี่ยวกับความสัมพันธ์ภายในครอบครัวถึงความเอื้ออาทรต่อกัน ประกอบด้วย 4 ด้านคือ 1.การใช้เวลาร่วมกัน 2.การพูดคุยปรึกษาหารือ 3.ความเอื้ออาทร 4.การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ โดยประเมินด้วยแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม สัมพันธภาพในครอบครัวของ กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2554) คะแนนมาก หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี

1.7.5 ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว หมายถึง การรับรู้ถึงความยากลำบาก เหนื่อยล้า และท้อแท้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือด ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล 2) ความขัดแย้งในตนเอง 3) ความรู้สึกผิด 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน โดยประเมินด้วยแบบสอบถาม ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาระ ของครอบครัวของ ชัญญชิตาคุษฎิ ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง (2554) คะแนนมาก หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีความรู้สึกเป็นภาระมาก

1.8 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัย ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว โดยทำการศึกษาในสมาชิก ในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) $\geq 7\%$. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา เข้ารับการรักษาคคลินิกโรคเบาหวาน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยเก็บข้อมูล ในช่วงเดือน มิถุนายน พ.ศ.2568 ถึง กรกฎาคม พ.ศ.2568

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้” นั้น ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมในประเด็นต่อไปนี้

2.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้สูงอายุ

2.1.1 อุบัติการณ์

2.1.2 หลักการวินิจฉัย

2.1.3 การจำแนกโรคเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

2.1.4 ผลกระทบจากการที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

2.1.5 สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

2.2 การทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

2.2.1 ความหมายของการทำหน้าที่ของครอบครัว

2.2.2 แนวคิดและองค์ประกอบการทำหน้าที่ของครอบครัว

2.2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัว

2.3 แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

2.3.1 ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

2.3.2 แนวคิดและองค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

2.3.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว

2.4 สัมพันธภาพในครอบครัว

2.4.1 ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัว

2.4.2 แนวคิดและองค์ประกอบของสัมพันธภาพในครอบครัว

2.4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพในครอบครัวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว

2.5 ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว

2.5.1 ความหมายของความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว

2.5.2 แนวคิดและองค์ประกอบของความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว

2.5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว

2.1 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้สูงอายุ

2.1.1 อุตบัติการณ์

ปัจจุบันโรคเบาหวานถือเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก โดยในปี 2025 พบ ผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 589 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2050 จะพบผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นมากถึง 853 ล้านคน ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิต โดยมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวานมากกว่า 3.4 ล้านคน/ปี (IDF, 2025) พบอัตราการความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 7% เป็น 14% ในปี 1990 – ปี 2022 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากเดิมมากกว่า 2 เท่า ในเวลาเพียงสามทศวรรษ (WHO, 2024) เมื่อแบ่งตามกลุ่มอายุ พบความชุกของโรคเบาหวานในกลุ่มผู้สูงอายุมากที่สุดถึง 24% และคาดว่าในปี 2045 จะเพิ่มขึ้นเป็น 24.7% ซึ่งปัจจุบันทั่วโลกเป็นสังคมที่มีผู้สูงอายุมากถึง 1,200 ล้านคน และคาดการณ์ว่าประชากรผู้สูงอายุจะมากขึ้นในทุกๆปี (Unescap, 2022) เช่นเดียวกับประเทศไทยพบ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในปี 2566 เพิ่มขึ้นมากถึง 3 แสนคนต่อปี ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดมีเพียงร้อยละ 26.3 ของประชากรโรคเบาหวาน (กรมอนามัย, 2566) โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 90-95 ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2567) จากประชากรโรคเบาหวานทั้งหมดในประเทศไทยพบ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 21.12 (กรมอนามัย, 2565; CEMLE, 2022) โดยพบความชุกของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมากกว่าในวัยอื่น ในปี 2560 - ปี 2564 โดยความชุกของผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 18.54, 19.07, 19.67, 20.14 และ 20.63 ตามลำดับ (สถิติสุขภาพคนไทย, 2564)

ในระดับจังหวัดของเขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า พื้นที่ส่วนใหญ่ประกอบไปด้วยภูเขาลาดชันทางตอนเหนือ และมีพื้นที่ราบทางตอนกลางลงไปถึงตอนใต้ ส่งผลให้ประชากรส่วนใหญ่มีการเดินทางลำบากในการมารับบริการที่สถานพยาบาลในแต่ละครั้ง โรคเบาหวานในเขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์จึงเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่มีการเจ็บป่วยมากที่สุดมากถึง 72,815 คนต่อแสนประชากร และพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 20.24 ต่อแสนประชากร (กระทรวงสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์, 2566) จากผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่แยกเป็นกลุ่มวัยสูงอายุในปีงบประมาณ 2565 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานปี 2561-2565 มากเป็นลำดับที่ 5 ใน 17 จังหวัดภาคเหนือ และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องร้อยละ 18.4, 19.0, 20.2, 21.2, 21.8 ตามลำดับ พบผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 21.48 ของจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานในจังหวัดเพชรบูรณ์ อีกทั้งยังพบ อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 1 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคเบาหวานวัยอื่นๆ (กระทรวงสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์, 2568) ซึ่งจังหวัดเพชรบูรณ์พบ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ร้อยละ 36.83 ซึ่งน้อยกว่าเกณฑ์ของประเทศไทยที่กำหนดให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 40 และน้อยที่สุดในเขตสุขภาพที่ 2 เมื่อเทียบกับ 4 จังหวัด ได้แก่ ตาก พิษณุโลก สุโขทัย และอุตรดิตถ์ (กระทรวงสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์, 2567)

จะเห็นได้ว่า สถานการณ์โรคเบาหวานในผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นในทุกๆปี โดยเฉพาะในเขตจังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งเป็นหนึ่งในจังหวัดของภาคเหนือ และมีจำนวนผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานเป็นอันดับต้นๆ ของภาคเหนือ เมื่อเทียบกับเขตสุขภาพที่ 2 จังหวัดเพชรบูรณ์เป็นจังหวัดที่พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ผ่านเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข และมีระดับน้ำตาลในเลือดในเกณฑ์ที่น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับ 4 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 2

2.1.2 หลักการวินิจฉัย

1.หลักเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคเบาหวานมีทั้งหมด 4 หลักเกณฑ์ ดังตารางที่ 2.1 ตารางที่ 2.1 หลักเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566)

ลำดับ	เกณฑ์วินิจฉัยเบาหวาน	ค่าเกณฑ์ที่ใช้
1	น้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose : FPG)	≥ 126 mg/dL (หลังอดอาหาร ≥ 8 ชั่วโมง)
2	น้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส (2 ชั่วโมง หลัง OGTT)	≥ 200 mg/dL หลังดื่มน้ำตาล 75 กรัม
3	ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c)	$\geq 6.5\%$
4	น้ำตาลในเลือดแบบสุ่ม (Random Plasma Glucose)	≥ 200 mg/dL พร้อมกับอาการ เช่น กระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย น้ำหนักลด โดยไม่ทราบสาเหตุ

1. น้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose : FPG) คือ การตรวจน้ำตาลปลายนิ้วหลังอดอาหาร ≥ 8 ชั่วโมง หากระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ≥ 126 mg/dL แพทย์อาจวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ถ้าหากอยู่ระหว่าง 100-125 mg/dL. เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Prediabetes)

2. น้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส (Oral Glucose Tolerance Test) คือ วิธีการใช้การดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม หลังจากดื่มน้ำเป็นระยะเวลา 2 ชั่วโมง จึงจะทำการตรวจน้ำตาลในเลือด หากค่าระดับน้ำตาล ≥ 200 mg/dL แพทย์อาจวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน หากค่าระดับน้ำตาลในเลือด 140-199 mg/dL ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

3. ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) คือ เป็นค่าการแสดงถึงระดับน้ำตาลในกระแสเลือด 2-3 เดือนที่ผ่านมา หาก $\geq 6.5\%$ แพทย์อาจวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน หากมีค่าระดับน้ำตาล 5.7% - 6.4% ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

4. Random Plasma Glucose คือ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่ร่วมกับการมีอาการกระหายน้ำ ปัสสาวะบ่อย น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ หากพบระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ≥ 200 mg/dL. ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน แพทย์สามารถวินิจฉัยได้ทันที

2.เกณฑ์ที่ใช้ในการแบ่งกลุ่มค่าระดับน้ำตาลในเลือด

ตารางที่ 2.2 เกณฑ์ที่ใช้ในการแบ่งกลุ่มค่าระดับน้ำตาลในเลือด (กรมควบคุมโรค, 2564)

ประเภท	HbA1c	FPG (mg/dL)	OGTT (mg/dL)
ปกติ	< 5.7%	< 100	< 140
กลุ่มเสี่ยง	5.7 - 6.4%	100 - 125	140 - 199
โรคเบาหวาน	$\geq 6.5\%$	≥ 126	≥ 200

2.1.3 การจำแนกโรคเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดได้ จะมีการพิจารณาจากสุขภาพของผู้สูงอายุโรคร่วม และภาวะต่างๆ ที่ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2566) ดังต่อไปนี้

1.การจำแนกตามระดับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สามารถจำแนกเบื้องต้นโดยใช้ค่า HbA1c ซึ่งเป็นตัวชี้วัดค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมา ดังตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.3 การจำแนกตามระดับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด	ค่าเกณฑ์ HbA1c
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	< 7.0 %
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ปานกลาง	7.0 - 7.4 %
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ระดับ 1	7.5 - 8.0 %
ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ระดับ 2	> 8.0 %

2. การจำแนกระดับน้ำตาลในเลือดตามลักษณะสุขภาพของผู้สูงอายุจากแนวทางของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย (2566) และสมาคมโรคเบาหวานสหรัฐอเมริกา (ADA) ได้มีการจำแนกตามสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ดังตารางที่ 2.4

ดังตารางที่ 2.4 การจำแนกระดับน้ำตาลในเลือดตามลักษณะสุขภาพของผู้สูงอายุ

กลุ่มผู้สูงอายุ	ลักษณะสุขภาพ	เป้าหมาย
แข็งแรง	ไม่มีโรคร่วม ,ช่วยเหลือตัวเองได้	< 7.5 %
มีโรคร่วมเรื้อรัง	เช่น โรคหัวใจ,โรคไต,โรคความดันโลหิต, สมองเสื่อมเล็กน้อย	7.5 – 8.0 %
เปราะบาง / ฟึ่งฟิง	นอนติดเตียง, ภาวะสมองเสื่อมรุนแรง	≤ 8.5 %

3. การจำแนกผู้ป่วยตามสาเหตุที่ทำให้เกิดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

การจำแนกตามสาเหตุที่เกี่ยวข้องจะช่วยให้สามารถวางแผนดูแลเฉพาะบุคคลได้ดียิ่งขึ้น (กรมควบคุมโรค, 2564) ดังต่อไปนี้

ด้านการรับประทานยา : ผู้สูงอายุอาจลืมรับประทานยา หรือปรับขนาดยาเอง

ด้านพฤติกรรม : ขาดความรู้ในการควบคุมอาหาร หรือออกกำลังกายด้วยตนเองไม่ได้

ด้านจิตใจ : เกิดภาวะซึมเศร้า หรือสมองเสื่อม ส่งผลต่อการดูแลตนเอง

โรคร่วม : ไตเสื่อม หัวใจล้มเหลว หรือภาวะฟึ่งฟิง

จากการจำแนกโรคเบาหวานในผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การจำแนกตามระดับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้ค่า $HbA1c \geq 7\%$ ขึ้นไป เนื่องจากเป็นค่าตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้เกณฑ์ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีค่า $HbA1c \geq 7\%$

4. จำแนกตามเกณฑ์ภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

ภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ คือ ภาวะที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด โดยพิจารณาจากเกณฑ์ภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของ American Diabetes Association (2024) ดังตารางที่ 2.5

ตารางที่ 2.5 เกณฑ์ภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

เกณฑ์วินิจฉัย	ค่าเกณฑ์ที่ใช้
HbA1c	≥ 7.0 %
Fasting Plasma glucose (FPG)	≥ 130 mg/dL
Postprandial glucose	หลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง ≥ 180 mg/dL
การตรวจระดับน้ำตาลแบบสุ่ม	≥ 200 mg/dL ร่วมกับมีอาการของโรคเบาหวาน

5. มาตรฐานหรือเกณฑ์ในการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ในเขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งเป็นพื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้ ได้มีการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินเบื้องต้นว่า ผู้ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้วตั้งแต่ 126 mg/dL ขึ้นไป ในการตรวจครั้งแรก แพทย์จะแนะนำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมน้ำหนัก จากนั้นจะนัดตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้วซ้ำในอีก 1 เดือน หากค่าระดับน้ำตาลยังคงสูง ≥ 126 mg/dL ขึ้นไป แพทย์จะส่งตรวจค่า HbA1c ที่โรงพยาบาลเพื่อยืนยันการวินิจฉัยและให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

ในกรณีของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานเดิมอยู่แล้ว ได้มีการกำหนดแนวทางการติดตามผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้ค่าการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หากพบว่ามีค่า HbA1c $\geq 7.0\%$ แพทย์จะให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพและนัดตรวจซ้ำในระยะเวลา 3 เดือนถัดไป หากผลตรวจครั้งที่ 2 ยังคงมีค่า HbA1c $\geq 7.0\%$ จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์, 2567)

โดยหลักการปฏิบัติของประเทศไทยใช้หลักเกณฑ์ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยและกระทรวงสาธารณสุขโดยใช้แนวทางของ ADA และองค์การอนามัยโลก โดยแนะนำให้ใช้ค่าระดับน้ำตาล FPG และ HbA1c เป็นหลักในระบบบริการสุขภาพ

ผู้วิจัยจึงใช้หลักเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มค่าระดับน้ำตาลในเลือดด้วย HbA1c เนื่องจากการแสดงค่าระดับน้ำตาลในกระแสเลือดในช่วงระยะเวลา 2-3 เดือนผ่านมา บ่งบอกถึงการปฏิบัติตัวในการดูแลเกี่ยวกับการรักษาโรคเบาหวานของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยใช้เกณฑ์ภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเพชรบูรณ์ ใช้เกณฑ์ภาวะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ตรงกับ American Diabetes Association (2024) และสมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย (2567) ผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์ใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานน้อยกว่า 6 เดือน จากการที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้รับการตรวจน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ในระยะเวลา 3 เดือน เมื่อตรวจพบ $HbA1c \geq 7.0\%$ แพทย์จะแนะนำให้ปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการรับประทานยา ในอีกระยะเวลา 3 เดือน ตรวจเลือดซ้ำอีกครั้ง หาก $HbA1c \geq 7.0\%$ จะได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์, 2568)

2.1.4 ผลกระทบจากการที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน สมาชิกในครอบครัว และเศรษฐกิจและสังคม ดังต่อไปนี้

1.ผลกระทบต่อผู้สูงอายุ

1. ด้านร่างกาย

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ส่งผลให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกายทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา โดยโรคเบาหวานเป็นโรคที่เกิดจากสภาวะร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของเบต้าเซลล์ที่อยู่บริเวณ islet of langerhan ในตับอ่อนทำให้เกิดการขาดฮอร์โมนอินซูลินหรือมีความบกพร่องในการหลั่งอินซูลินมีความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองประการ ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานได้ ยิ่งหากเป็นวัยผู้สูงอายุจะยิ่งมีโอกาสในการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงกว่าวัยอื่น (สาคร อินทโธโล, 2563) ส่งผลให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น จากการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานานมักเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ตามมาเป็นผลเนื่องมาจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดี โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นประมาณ 13 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (สายฝน ม่วงคุ้ม และคณะ, 2563) ซึ่งภาวะแทรกซ้อน

ของโรคเบาหวานแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ภาวะแทรกซ้อนชนิดเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ส่วนภาวะแทรกซ้อนชนิดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหากไม่รักษาอย่างทันท่วงทีจะทำให้เสียชีวิตได้ เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ตา ไต ประสาท ท่อน้ำ และหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจตายหรือหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน เป็นต้น (อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, 2563) ซึ่งในระยะเวลา 3 ปี มักจะเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 1 อย่าง ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็กร้อยละ 31.5 ส่วนใหญ่มักพบอาการชาบริเวณมือและเท้า ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดใหญ่ร้อยละ 16.6 ส่วนใหญ่พบ โรคหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น (Arnold et al., 2022) จากการศึกษาของ ไมธา เศรษฐมุต (2560) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน พบว่า ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง 81.48 คนต่อร้อยประชากร รองลงมา คือ ภาวะไตวายเรื้อรัง เส้นเลือดสมองตีบ และมีภาวะทุพพลภาพจากการตัดนิ้วเท้า ตามลำดับ

2. ด้านจิตใจ

ผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เป็นผลกระทบที่ต่อเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดจากกระบวนการถดถอยประกอบกับการเกิดโรคเบาหวาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเครียดและกลัวว่าตนเองจะเป็นอันตราย หรือเสียชีวิตในอนาคต (กุลพงษ์ ชัยนาม, 2563) บางรายอาจรู้สึกว้าวุ่น แม้จะพยายามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเต็มที่แล้ว แต่ยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานรู้สึกหมดกำลังใจ ซึ่งอาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพได้ (ชัญญ์ แจ่มจิตตรง และรัตนา สำโรงทอง, 2562) นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความเครียดจากการเจ็บป่วย ที่ต้องปฏิบัติตัวเพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และยังคงต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้ร่างกายผลิตฮอร์โมนคอร์ติซอลเพิ่มขึ้นเพื่อลดความเครียด การผลิตฮอร์โมนคอร์ติซอลของร่างกายนั้นยังส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นอีกด้วย นอกจากนี้การอยู่ภายใต้ความเครียดในระดับสูงยังทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนเกรลิน (ghrelin) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ทำให้ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น ฮอร์โมนความอยากอาหารนี้จะเพิ่มความต้องการการรับประทานอาหารที่มีรสหวานและคาร์โบไฮเดรตสูงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น เนื่องจากรับประทานอาหารมากขึ้น และเกิดความวิตกกังวลว่าจะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (จุฬามาศ อารีรัมย์, ยาใจ สิทธิมงคล, ทวีศักดิ์ วรรณชาติ และจิตติพงษ์ ต้นคำปวน, 2567) อีกทั้งผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและไม่สามารถดูแลตนเองได้จะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลงซึ่งนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้มากกว่าวัยอื่น (พรทิพย์ แก้วสว่าง, 2564)

3. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ผู้สูงอายุจะเกิดความเสื่อมถอยของร่างกายประกอบกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน จากเดิมที่ผู้สูงอายุเป็นผู้หารายได้หลักหรือหัวหน้าครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีการปรับบทบาทในการหารายได้ของผู้สูงอายุ ในบางรายอาจลดหรือหยุดทำอาชีพที่เคยทำ เนื่องจากกลัวว่าสุขภาพของผู้สูงอายุแยกลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเกิดความรู้สึกว่า มีความสำคัญในครอบครัวลดลง ตนเองไม่แข็งแรงเหมือนเมื่อก่อนส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองลดลง อีกทั้งยังเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในการพบปะผู้คน จากการที่ร่างกายของผู้สูงอายุเองไม่แข็งแรงเหมือนเมื่อก่อน (จุฑามาศ อาริรมย์ และคณะ, 2567; วิราสิริ วสิริสิริ, 2564; Yustisia et al., 2022)

จะเห็นได้ว่าโรคเบาหวานส่งผลต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ จึงส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพาในกิจกรรมบางอย่าง เนื่องจากเป็นช่วงที่ร่างกายเริ่มมีปัญหาจึงต้องการความช่วยเหลือดูแลเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น เมื่อผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการพึ่งพาตนเองจะแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ รอบข้าง ซึ่งผู้ดูแลโดยสมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ มีบทบาทให้การดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกาย และส่งเสริมให้กำลังใจในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลจากครอบครัว ยิ่งหากผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวานจะมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองมากขึ้น จึงจำเป็นต้องพึ่งพาครอบครัวเพิ่มขึ้นด้วย (สาคร อินโทโล, 2563) จากการที่สมาชิกในครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวได้รับผลกระทบ ดังต่อไปนี้

2. ผลกระทบของสมาชิกในครอบครัว

1. การปรับบทบาทของสมาชิกในครอบครัว ความเสื่อมถอยของร่างกายในผู้สูงอายุประกอบกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีการปรับบทบาทหน้าที่เพื่อที่จะดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยจะแบ่งบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบตามที่สมาชิกในครอบครัวได้ตกลงร่วมกัน เช่น การเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การพาไปตรวจตามนัด การกำกับดูแลให้รับประทานยา คอยเตือนเมื่อถึงเวลาในการรับประทานยาในทุกมื้อ การกำกับควบคุมการออกกำลังกายและการรับประทานยา เป็นต้น ยิ่งหากเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีบาดแผลจะยิ่งส่งผลให้แผลหายช้าและติดเชื้อได้ง่าย สมาชิกในครอบครัวจึงต้องระมัดระวังเพื่อไม่ให้เกิดการลุกลามและการติดเชื้อของแผล คอยล้างแผลทำความสะอาดอย่างเคร่งครัด การปรับเปลี่ยนบทบาทนี้จะต้องมีความยืดหยุ่น เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งเกิดการเจ็บป่วย สมาชิกคนอื่น ๆ จะสามารถทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแทนได้ (วิราสิริ วสิริสิริ, 2564; สาคร อินโทโล, 2563)

2.รายได้ครอบครัว ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานนั้น สมาชิกในครอบครัวต้องมีการหารายได้เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากจะมีการนำไปใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุที่นอกเหนือจากสิทธิตามบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อพาผู้สูงอายุโรคเบาหวานไปรักษา ค่าใช้จ่ายเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนภาวะไตวายเรื้อรังต้องได้รับการฟอกไต เป็นต้น สมาชิกในครอบครัวจะต้องช่วยกันหารายได้เพื่อนำมารักษาสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานนอกเหนือจากการรักษาจากสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่ารักษาเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน (สาคร อินทโธโล, 2563; พิสมัย สุระกาญจน์ และคณะ, 2563)

3.ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมาเป็นระยะเวลานานจะส่งผลต่อสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว โดยบางรายมีอาการปวดเมื่อยร่างกายจากการช่วยเหลือในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุที่ไม่ถูกวิธี ได้แก่ ช่วยพยุงเดินหรืออุ้มในผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ อีกทั้งยังไม่มีช่วงเวลาที่เป็นส่วนตัวในการดูแลตนเอง เนื่องจากต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานสูงหรือต่ำไม่คงที่ ยิ่งหากผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และมีภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย สมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องรับภาระหน้าที่ในการดูแลมากกว่าปกติ ทั้งในด้านการติดตามอาการ การดูแลด้านอาหาร การจัดการยา และการพาผู้สูงอายุเข้ารับการรักษา ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพและการรับรู้ถึงความเหนื่อยล้าของสมาชิกในครอบครัวได้ (Arruda et al., 2022; Molla et al., 2023; Yustisia et al., 2022)

4.ขาดการพูดคุยพบปะกับเพื่อนบ้าน เนื่องจากจะต้องดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอย่างใกล้ชิดจากการที่สมาชิกในครอบครัวไม่ยอมให้ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวตามลำพังเพราะกลัวอาการที่เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่ของโรคเบาหวาน เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำส่งผลให้มีอาการหน้ามืด ใจสั่น จนถึงขั้นไม่รู้สึกรู้ตัว เป็นต้น ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการพบปะพูดคุยกับเพื่อนฝูงน้อยลง ทำให้ความใกล้ชิดสนิทสนมจากเมื่อก่อนลดลงจึงเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวจากการที่ไม่สามารถระบายความทุกข์ใจกับผู้อื่นได้ (สาคร อินทโธโล, 2563; พิสมัย สุระกาญจน์ และคณะ, 2563; Yustisia et al., 2022)

5.รับรู้ถึงความรู้สึกทางด้านลบ เช่น ความรู้สึกเหนื่อยล้า ท้อแท้ เนื่องมาจากการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีเวลาจำกัดในการพักผ่อนต้องรับผิดชอบในการดูแลที่มากกว่าหนึ่งหน้าที่ บางรายมีความรู้สึกกลัวต่อการเสียชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (Yustisia et al., 2022)

6.ความตึงเครียดภายในครอบครัว ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานจะรับรู้ได้ว่าตนเองต้องรับผิดชอบหน้าที่มากกว่าเมื่อก่อน ในบางครอบครัวรู้สึกคับข้องใจในการรับผิดชอบหน้าที่ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยที่ไม่ได้อยากทำหน้าที่นั้นๆ เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว (สาคร อินโทโล่, 2563; พิสมัย สุระกาญจน์ และคณะ, 2563; Yustisia et al., 2022)

3.ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม

ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวานยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ดังต่อไปนี้

1. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ต้องตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ไขมัน และรับยาตลอดชีวิตส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยรวมแล้วสูงกว่าโรคทั่วไป ยิ่งหากเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ไตวายเรื้อรังที่ต้องฟอกไต ตาบอด หรือโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งล้วนมีค่าใช้จ่ายสูงและต่อเนื่อง ซึ่งในระดับโลกมีรายงานว่าโรคเบาหวานมีค่าใช้จ่ายทั่วโลกสูงกว่า 966 พันดอนลาร์สหรัฐต่อปี อีกทั้งในประเทศไทยเองมีรายงานเกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนเป็นหนึ่งในโรคที่ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายสูงที่สุดในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่ใช้งบประมาณสูงที่สุดจากการจัดบริการสุขภาพ การผลิตบุคลากรทางการแพทย์ การจัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ และเวชภัณฑ์ ส่งผลต่อการจัดสรรทรัพยากรของประเทศ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565; IDF, 2021; American Diabetes Association, 2024; Zhou et al., 2020)

2. สูญเสียแรงงาน ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ตาพร่ามัว หรือมีแผลที่เท้า ส่งผลให้ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ ส่งผลให้สูญเสียรายได้ทางเศรษฐกิจของประเทศ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565)

3. คุณภาพการบริการสุขภาพ การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานทำให้ชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพต้องรับผิดชอบมากขึ้นทั้งในด้านการจัดสรรทรัพยากรส่วนบุคคล งบประมาณและอุปกรณ์/ยาในการรักษา ส่งผลต่อการให้บริการสาธารณสุขโดยรวม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565; Zhou et al., 2020)

4. การสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ โรคเบาหวานเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจำนวนมาก โดยในปี 2563 พบผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานมากกว่า 6.7 ล้านคนทั่วโลก ส่งผลให้เกิดการสูญเสียกำลังแรงงานที่มีศักยภาพและทรัพยากรมนุษย์ในระยะยาว (IDF, 2021; American Diabetes Association, 2024; Zhou et al., 2020)

ภาวะที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานควบคุมน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีผลกระทบ ต่อทั้งผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ การที่จะลดผลกระทบเหล่านี้ จะต้องมีการค้นหาปัญหา และสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานไม่สามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

2.1.5 สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ภาวะที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มาจากหลายสาเหตุ จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยพบว่า สาเหตุหลักมี 2 ประการ ได้แก่ สาเหตุจากตัวผู้สูงอายุเอง และสาเหตุจากครอบครัว การทราบสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้น มีความสำคัญ ในการที่จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการทำหน้าที่ของครอบครัวจากการทราบต้นตอของปัญหา เพื่อที่จะดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

2.1.5.1 สาเหตุจากผู้สูงอายุ

1.อายุ อายุที่มากขึ้นร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ที่ถดถอยตามช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุจะพบการเปลี่ยนแปลงของระบบสรีระวิทยา ที่มีการเสื่อมของเบต้าเซลล์ในตับอ่อน (β -cell dysfunction) ผู้ที่มีอายุมากขึ้นเซลล์เบต้า ที่อยู่ในตับอ่อนของร่างกายที่ทำหน้าที่ในการสร้างฮอร์โมนอินซูลินจะมีจำนวน และประสิทธิภาพ ลดลง ตับมีการตอบสนองต่อฮอร์โมนกลูคากอนเพิ่มขึ้นทำให้ร่างกายมีการสร้างกลูโคสจากตับ (hepatic glucose output) มากขึ้นส่งผลให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง และส่งผลให้ร่างกาย เกิดการตอบสนองต่อระดับน้ำตาลกลูโคสลดลงจากการหลั่งอินซูลินที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ศิริพันธ์ุ สาสัจย์, 2563; วิจารณ์ วิสวีร์, 2564; Miriam et al., 2019)

2.ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ผู้สูงอายุที่มีระยะเวลา ในการเจ็บป่วยที่ยาวนานมากขึ้นเท่าใดยิ่งทำให้ระบบเผาผลาญไม่มีประสิทธิภาพ การตอบสนอง ต่ออินซูลินในร่างกายลดลงส่งผลให้การสะสมของระดับน้ำตาลที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งการเกิดการสะสม ของไขมันและแผ่นพลาค (Atheromatous plaque) ในหลอดเลือด และเกิดลิ่มเลือดมากยิ่งขึ้นส่งผล ให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง การเจ็บป่วยที่ยาวนานจะยิ่งทำให้ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมเคยชินกับภาวะสุขภาพที่เป็นปัญหา และไม่ตระหนักถึงผลกระทบจากการเกิด ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (วิจารณ์ วิสวีร์, 2564; American Diabetes Association, 2024; Miriam et al., 2019)

3. โรคร่วมอื่นๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ซึ่งโรคร่วมอื่นๆทำให้เกิดความเสื่อมของผนังหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย เกิดคราบตะกรัน (Plaque) ในผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดแดงตีบแคบลง และขัดขวางการไหลของเลือด ส่งผลให้อินซูลินเปลี่ยนน้ำตาลในกระแสเลือดไปเก็บไว้ในตับลดลงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (American Diabetes Association, 2024; Miriam et al., 2019) ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเกิดความต้องการในการดูแลตนเองที่มากขึ้นกว่าเดิมเนื่องจากกลัวการเสียชีวิต ในขณะที่ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพของตนเองต้องการพึ่งพาการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อช่วยในการแก้ปัญหา และกำกับดูแลสุขภาพ (วิราสิริ วสิริวิริ, 2564)

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ร่างกายที่เสื่อมถอยลงมีผลต่อการทำงานของร่างกายเมื่อได้รับกลูโคสจากการรับประทานอาหารที่สามารถกระตุ้นการหลั่งอินซูลิน (Incretin effect) ลดลงจากการที่ฮอร์โมนในลำไส้ เช่น GLP-1 (Glucagon-like peptide-1) และ GIP (Glucose-dependent insulinotropic peptide) ที่ช่วยกระตุ้นการหลั่งอินซูลินลดลง ส่งผลให้ร่างกายควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยากขึ้น (American Diabetes Association, 2025; Nauck et al., 2023) ยิ่งหากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานขาดการออกกำลังกายส่งผลให้กล้ามเนื้อเกิดการเผาผลาญกลูโคสในร่างกายลดลง การเลือกรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน ในบางรายผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนขนาดยาเองโดยไม่ได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ส่งผลให้เกิดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้จนถึงขั้นเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานตามมาจากผลการรักษาที่ไม่มีประสิทธิภาพ (ดลฤดี ทับทิม และคณะ, 2563; วิราสิริ วสิริวิริ, 2564; American Diabetes Association, 2025)

5. การควบคุมดัชนีมวลกายไม่ได้ การควบคุมดัชนีมวลกายไม่ได้ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากการเป็นโรคเบาหวานมักแปรผันตามน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin resistance) จากการที่กล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อไขมันของผู้สูงอายุจะมีความไวต่ออินซูลินลดลง ส่งผลให้ร่างกายนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์ได้ไม่ดีทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น อีกทั้งอายุที่มากขึ้นยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของมวลกล้ามเนื้อและไขมัน (Body composition) จากการที่มวลกล้ามเนื้อลดลง (Sarcopenia) แต่ในทางกลับกันร่างกายมีการสะสมไขมันมากขึ้น โดยเฉพาะไขมันที่บริเวณช่องท้อง (Visceral fat) ส่งผลให้ร่างกายดื้อต่ออินซูลินมากขึ้นทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่มีประสิทธิภาพ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2567; American Diabetes Association, 2025; Nauck et al., 2023; Zatterale et al., 2020)

6. การรับประทานกลุ่มยาที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ผู้สูงอายุบางรายที่ใช้ยาหลายชนิด (Polypharmacy) โดยเฉพาะยาในกลุ่ม Corticosteroids, Diuretics, Beta-blockers ที่สามารถเหนี่ยวนำให้เกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้ โดยยับยั้งการกระตุ้นอินซูลินจากการที่ยากระตุ้นการสร้างกลูโคสในตับ และยับยั้งการเก็บกลูโคสในกล้ามเนื้อ และเนื้อเยื่อไขมันส่งผลให้ร่างกายเกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูง (American Diabetes Association, 2025; Nauck et al., 2023; Zatterale et al., 2020)

7. ความเครียดของผู้สูงอายุ ยิ่งหากผู้สูงอายุเกิดภาวะเครียดหรือการเจ็บป่วยจะยิ่งเพิ่มการกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) และ Catecholamines กระตุ้นการสร้างกลูโคสจากตับส่งผลให้เกิดการเพิ่มระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ธีรพันธ์ วรรณศิริ, 2562; American Diabetes Association, 2024)

8. พยาธิสภาพของโรคไต เป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น จากการที่ไตทำงานลดลงเนื่องจากไตมีหน้าที่หนึ่งในการกำจัดกลูโคส (glycosuria) และเมตาบอลิซึมอินซูลิน เมื่อมีการทำงานลดลงจะส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่ เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง/ต่ำได้ง่าย (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2567; American Diabetes Association, 2024; Arnold et al., 2022)

จะเห็นได้ว่าสาเหตุจากตัวผู้สูงอายุเองทั้ง อายุ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย โรคร่วมอื่นๆ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การควบคุมดัชนีมวลกายไม่ได้ การรับประทานกลุ่มยาที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ความเครียดของผู้สูงอายุ พยาธิสภาพของโรค ล้วนส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

2.1.5.2 สาเหตุจากครอบครัว

นอกเหนือจากปัจจัยในตัวผู้สูงอายุเองแล้วผู้วิจัยยังพบว่า ยังมีสาเหตุหรือปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัจจัย หรือ สาเหตุจากครอบครัว ได้แก่

1. การสื่อสารในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวขาดการพูดคุยสื่อสารในเรื่องวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดการดูแลสุขภาพ ไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาสุขภาพจากสมาชิกในครอบครัว (ธนพงศ์พันธ์ พวงทวี, 2563)

2. การกำกับดูแล สมาชิกในครอบครัวขาดการกำกับดูแลในการเตือนให้ออกกำลังกายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และไม่มี การกำกับดูแลในเรื่องการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ขาดการสอบถามผู้สูงอายุในเรื่องขนาดของยา เวลาในการรับประทานยา และขาดการสังเกตอาการแทรกซ้อนที่ผิดปกติของโรคเบาหวาน ได้แก่

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ใจสั่น หน้ามืด ซาปลายมือปลายเท้า แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น (ธนพงศ์พันธ์ พวงทวี, 2563)

3. การแสดงบทบาทในการดูแลที่ไม่เหมาะสม การปรับบทบาทของสมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวานจะมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองมากขึ้น มีความต้องการการพึ่งพาจากครอบครัวเพิ่มขึ้นในเรื่องการช่วยเหลือดูแลสุขภาพ ร่วมกันตัดสินใจหาแนวทาง และวิธีการในการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุส่งผลให้บทบาทของแต่ละบุคคลในครอบครัวต้องมีการปรับเปลี่ยนไปจากบทบาทเดิมที่ตนรับผิดชอบ จากการที่สมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุโรคเบาหวานมากที่สุด (ศิริพันธ์ุ สาสัจย์, 2563; Hussaini et al., 2024)

4. สัมพันธภาพในครอบครัวที่ตึงเครียด ครอบครัวที่มีความตึงเครียดต่อกันจะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวขาดการพูดคุย ปรึกษาในเรื่องปัญหาหาระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงของผู้สูงอายุ และจะพยายามหลีกเลี่ยงเพื่อไม่ให้เกิดการทะเลาะกัน ในบางครอบครัวจะต่างคนต่างใช้ชีวิตไม่ยุ่งเกี่ยวกันและกันส่งผลให้การแลกเปลี่ยนหน้าที่ หรือการปรับบทบาทเพื่อดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานเป็นไปได้อย่างยากลำบาก ในขณะที่เดียวกันในสถานการณ์ที่ครอบครัวเกิดความตึงเครียดนี้ อาจส่งผลต่อความเครียดของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ยิ่งหากเกิดความเครียดร่างกายจะกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอลที่มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น (นารินทร์ สุวรรณบริบูรณ์ และคณะ, 2565; Yustisia et al., 2022) สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่วนหนึ่งเกิดจากครอบครัว คือ ขาดการสื่อสารในครอบครัว ขาดการกำกับดูแล การแสดงบทบาทในการดูแลที่ไม่เหมาะสม สัมพันธภาพในครอบครัวที่ตึงเครียด ล้วนส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะเห็นได้ว่าครอบครัวเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และจะช่วยส่งเสริมให้เกิดการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

2.3 การทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

2.3.1 ความหมายของการทำหน้าที่ของครอบครัว

Friedman, Bowden and Jones (2003) ให้ความหมายของการทำหน้าที่ของครอบครัวว่า บทบาทหน้าที่ที่สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนได้รับมอบหมายซึ่งจะปฏิบัติต่อกันในครอบครัวและสังคมรอบข้าง โดยเฉพาะในด้านการดูแลสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การเลี้ยงดู การดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ

Epstein, Baldwin and Bishop (1983) อธิบายว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นรูปแบบของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ในการแก้ไขปัญหาครอบครัวจากการสื่อสาร การปรับบทบาท และการตอบสนองทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว

Epstein, Christine, Gabor, Duane and Ivan (2000) ให้ความหมายของการทำหน้าที่ของครอบครัวว่า การรับรู้ถึงพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งเกิดการเจ็บป่วย

Olson (2003) ได้กล่าวใน Circumplex model ว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีนั้นขึ้นอยู่กับความสมดุลที่ 3 มิติ ได้แก่ ความผูกพัน (Cohesion) ความยืดหยุ่น (Flexibility) และการสื่อสาร (Communication)

Hussaini et al. (2024) ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัว และอธิบายว่าเป็นบทบาทที่สมาชิกในครอบครัวช่วยกันทำหน้าที่เป็นประจำ ร่วมกันมีการสื่อสารกันภายในครอบครัว เพื่อแก้ปัญหาให้เกิดความพึงพอใจของสมาชิกในครอบครัว

Elias et al. (2019) ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัว และอธิบายว่าเป็นภาวะที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาครอบครัว เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรังทำให้เกิดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวจากภาวะโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ

Katja, Anja and Paivi (2012) ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัว และอธิบายว่า เป็นการรับรู้ถึงความรัก ความหวังใยของสมาชิกในครอบครัวที่คอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Arruda et al. (2022) ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัว และอธิบายว่าสมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือกันในการแก้ไขปัญหาในครอบครัว มีการสนับสนุนกันในการปรับอารมณ์ ความรู้สึกเครียดที่เกิดจากการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

Doris and Anita (2015) ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัว และอธิบายว่า เป็นการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว โดยการช่วยกันตัดสินใจแก้ไขปัญหา และหาทางเลือกให้กับครอบครัวรวมถึงการช่วยเหลือคลายอารมณ์ ความรู้สึกเครียดเมื่อสมาชิกในครอบครัวเจอปัญหา

ในการศึกษาที่ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของการทำหน้าที่ของครอบครัวจึงหมายถึง การรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อบรรลุเป้าหมายของครอบครัว ลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคเบาหวาน

2.3.2 แนวคิดและองค์ประกอบการทำหน้าที่ของครอบครัว

ทฤษฎีและโมเดลที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว มีดังต่อไปนี้

แนวคิด McMaster Model (Epstein, 2000) ซึ่งได้กล่าวไว้ว่า แนวคิดนี้ได้รับการพัฒนามาจากหลายทฤษฎีเพื่อใช้อธิบายการปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว เช่น ทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทฤษฎีการสื่อสาร โดยแนวคิดนี้มองว่าครอบครัวเป็นระบบเปิดที่ประกอบไปด้วยระบบย่อย ได้แก่ ระบบบิดา มารดา บุตร ระบบคู่สมรส และระบบเครือญาติ โดยมีสมมติฐานว่า บุคคลในครอบครัวที่อยู่ร่วมกันในระบบครอบครัว ส่งผลกับพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว โดยพฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่น ๆ มีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1.การแก้ปัญหา (Problem Solving) 2. การสื่อสาร (Communication) 3. บทบาท (Role) 4. การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective Responsiveness) 5. ความผูกพันทางอารมณ์ (Affectiveness Involvement) และ 6. การควบคุมพฤติกรรม (Behavior Control) ซึ่งได้มีการแปลเป็นภาษาไทยจากการศึกษาของ ดารานี วันวา (2555) ดังต่อไปนี้

1.การแก้ปัญหา (Problem Solving) เป็นความสามารถของสมาชิกในครอบครัวในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นสิ่งที่คุกคามความสมดุลของครอบครัวที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ปัญหาในการทำหน้าที่ของครอบครัว แบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ

1.1) ปัญหาทางวัตถุ (Instrumental) เป็นปัญหาพื้นฐานในการดำรงชีวิต เช่น ปัญหาที่อยู่อาศัย การเงิน

1.2) ปัญหาทางอารมณ์ (Affective) เช่น ความโกรธ ความรู้สึกไม่พอใจระหว่างสมาชิกในครอบครัว การประเมินประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาคือครอบครัว โดยทั่วไปแต่ละครอบครัวจะมีทักษะในการแก้ไขปัญหาแตกต่างกัน สำหรับครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดีจะมีการแก้ปัญหาโดยรวมเป็นไปอย่างเรียบร้อย การจัดการในครอบครัวก็จะเป็นไปได้ดี แม้จะมีบางปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นไม่รุนแรง หรือเรื้อรังจนทำให้หน้าที่ด้านอื่น ๆ ของครอบครัวบกพร่องไปด้วย

2. การสื่อสาร (Communication) เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันและกันของสมาชิกในครอบครัวซึ่งประกอบด้วย การสื่อสารโดยใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด เนื้อหาการสื่อสารแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

2.1) เนื้อหาที่เกี่ยวกับวัตถุ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน

2.2) เนื้อหาเกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวที่มีการสื่อสารด้านวัตถุที่ดี อาจมีการสื่อสารด้านอารมณ์ไม่ดี แต่ครอบครัวที่มีการสื่อสารทางด้านวัตถุไม่ดี มักจะมีปัญหาด้านอารมณ์ร่วมกันเสมอ การสื่อสารในครอบครัวแบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ ซึ่งประกอบด้วย

- 1) เนื้อหาชัดเจนและตรงต่อบุคคลเป้าหมาย
- 2) เนื้อหาชัดเจนแต่ไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย
- 3) เนื้อหาไม่ชัดเจนตรงต่อบุคคลเป้าหมาย
- 4) เนื้อหาไม่ชัดเจนไม่ตรงต่อบุคคลเป้าหมาย

การทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีต้องมีการสื่อสารที่ชัดเจน และสื่อสารได้ตรงกับบุคคลเป้าหมาย หากการสื่อสารคลุมเครือไม่ชัดเจนจะทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวไม่ดีและครอบครัวที่มีการสื่อสารที่ดีมักจะเป็นครอบครัวที่สมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และสมาชิกแสดงบทบาทได้เหมาะสมทำให้มีการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีด้วย

3. บทบาท (Role) เป็นแบบแผนพฤติกรรมที่สมาชิกประพฤติต่อกันและซ้ำๆเป็นประจำเพื่อให้ครอบครัวปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ การประเมินบทบาทครอบครัวพิจารณา 2 ด้านดังนี้

3.1) การมอบหมายหน้าที่ตามบทบาท (Role Allocation) เป็น การมอบหมายความรับผิดชอบในหน้าที่ให้สมาชิก การมอบหมายนี้อาจทำโดยเปิดเผยหรือไม่ก็ได้

3.2) การดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบต่อบทบาท (Role Accountability) เป็นวิธีที่ครอบครัวดูแลให้สมาชิกรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ของตนเอง คือ ครอบครัวจะต้องมีวิธีการกำกับการทำหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนว่าทำครบถ้วนหรือไม่ การทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดี ครอบครัวต้องมีการมอบหมายหน้าที่อย่างชัดเจนให้กับบุคคล และแสดงบทบาทของตนเองได้เหมาะสม

4. การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective Responsiveness) เป็น ความสามารถของสมาชิกในครอบครัวที่จะตอบสนองทางอารมณ์ต่อกันและกัน ทั้งด้านคุณภาพและปริมาณอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว อารมณ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัวจะมีความหลากหลาย เช่น อารมณ์รัก กลัว สุข หรือโกรธ ครอบครัวที่มีการดูแลสุขภาพที่ดีต้องทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สมาชิกต้องแสดงอารมณ์ออกได้หลายแบบ ในระดับหรือปริมาณที่เหมาะสม แต่ครอบครัวที่มีปัญหา มักจะจำกัดในเรื่องการแสดงออก และการจัดการของอารมณ์

5.ความผูกพันทางอารมณ์ (Affectiveness Involvement) เป็นระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกันรวมทั้งการแสดงความรัก และการเห็นคุณค่าของกันและกัน

6.การควบคุมพฤติกรรม (Behavior Control) เป็นวิธีที่ครอบครัวควบคุมหรือจัดการพฤติกรรมของสมาชิก การควบคุมพฤติกรรมเป็นสิ่งจำเป็นทั้งนี้เพื่อให้สมาชิกปฏิบัติตามอยู่ในขอบเขตอันเหมาะสม พฤติกรรมที่ต้องควบคุมแบ่งเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

6.1) พฤติกรรมที่ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ และชีวภาพ เช่น การกิน การนอน ความต้องการทางเพศ

6.2) พฤติกรรมทางสังคม เช่น การคบเพื่อนฝูง

6.3) พฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต และทรัพย์สิน

6.4) การรักษาระเบียบวินัยภายในครอบครัว

แนวคิดแบบจำลองเซอร์คัมเพล็กซ์ (Circumplex Model) พัฒนาโดย Olson (2000) เป็นอีกรูปแบบแนวคิดที่ได้รับความนิยมอย่างมากในการศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยแนวคิดนี้มุ่งเน้นไปที่ 3 มิติหลัก ได้แก่ ความสามัคคี ความยืดหยุ่น และการสื่อสาร โดยมองว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว ดังนี้

1.ความสามัคคี (Cohesion) หมายถึง ระดับของความผูกพัน ความใกล้ชิด และสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวที่มีความสามัคคีในระดับที่เหมาะสมจะมีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้น หากมีระดับต่ำเกินไป หมายความว่า สมาชิกมีการแยกตัวไม่สนใจซึ่งกันและกัน แต่หากมีระดับสูงเกินไป หมายความว่า สมาชิกในครอบครัวมีการพึ่งพากันมากเกินไป หรือควบคุมพฤติกรรมกันมากเกินไป

2.ความยืดหยุ่น (Flexibility / Adaptability) หมายถึง ความสามารถในการปรับบทบาท กฎเกณฑ์ และอำนาจหน้าที่เพื่อตอบสนองกับเหตุการณ์ต่างๆ ครอบครัวที่มีความยืดหยุ่นเหมาะสมจะสามารถจัดการกับปัญหา หรือการเปลี่ยนแปลงได้ดี หากสมาชิกในครอบครัวมีความยืดหยุ่นต่ำเกินไป หมายความว่า ครอบครัวขาดการปรับตัว แต่หากสมาชิกในครอบครัวมีความยืดหยุ่นสูงเกินไป หมายความว่า โครงสร้างครอบครัวไม่มั่นคงขาดทิศทางในการแก้ปัญหา

3.การสื่อสาร (Communication) หมายถึง การพูดคุยสื่อสารของสมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเสริมความสมดุลของมิติความสามัคคีและความยืดหยุ่น โดยการฟังอย่างตั้งใจ การแสดงออกตรงไปตรงมา และความเคารพความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สมาชิกในครอบครัวที่มีทักษะการสื่อสารที่ดี จะสามารถรักษาความสัมพันธ์และจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม

แนวคิดที่เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวของ Bowen (1978) มองว่าสมาชิกในครอบครัวเป็นหนึ่งในระบบที่มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งในการครอบครัวย่อมมีผลกับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวร่วมด้วย และได้อธิบายว่า ครอบครัวคือ emotional unit หรือหน่วยทางอารมณ์ที่มีความซับซ้อน การที่จะทำความเข้าใจปัญหาของสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่ง ต้องพิจารณาความสัมพันธ์กับสมาชิกคนอื่นๆ ด้วย

แนวคิดที่เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวของ Smilkstein (1978) ได้พัฒนาองค์ประกอบการทำหน้าที่ของครอบครัว Family Apgar ให้คำนิยามครอบครัวว่า เป็นกลุ่มจิตสังคมประกอบด้วยผู้ช่วยและบุคคล เด็กหรือผู้ใหญ่ 1 คนขึ้นไป เพื่อให้สมาชิกดูแลซึ่งกันและกัน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ

Adaptation (การปรับตัว) คือ การใช้การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมเพื่อแก้ปัญหาเมื่อครอบครัวอยู่ในระยะวิกฤต

Partnership (การมีส่วนร่วม) คือ การร่วมตัดสินใจและความรับผิดชอบในสมาชิกครอบครัว

Growth (การเจริญเติบโต) คือ การเจริญเติบโตของร่างกายและอารมณ์ความสำเร็จของตนเองจากการที่สมาชิกครอบครัวสนับสนุน และให้คำแนะนำซึ่งกันและกัน

Affection (อารมณ์) คือ ความห่วงใยหรือความรักที่มีให้กันของสมาชิกในครอบครัว

Resolve (การแก้ปัญหา) คือ ความมุ่งมั่นที่จะใช้เวลากับสมาชิกในครอบครัวเพื่อดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับตัดสินใจที่จะสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

แนวคิดที่เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวของ Friedman et al. (2003) ครอบครัวมีหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว 5 ประการ คือ

1. หน้าที่ทางชีววิทยา เกี่ยวข้องกับการสืบพันธุ์ การให้กำเนิด การเลี้ยงดูบุตร และการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

2. หน้าที่ทางเศรษฐกิจ สมาชิกในครอบครัวมีหน้าที่บริหารจัดการ รายได้ อาหาร ปัจจัยพื้นฐานให้เพียงพอต่อความต้องการของสมาชิกในครอบครัว

3. หน้าที่ทางสังคม สมาชิกในครอบครัวถ่ายทอดวัฒนธรรม จริยธรรม และพฤติกรรมที่เหมาะสม

4. หน้าที่ทางอารมณ์ การให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ ความรัก ความอบอุ่น รวมถึงการพึงพิงทางอารมณ์ในยามเผชิญปัญหา

5. หน้าที่ในการให้ความรู้ สนับสนุนทางด้านการศึกษา การส่งเสริมการพัฒนาทางปัญญา

แนวคิดที่เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวของ Davin (1987) ได้วิเคราะห์การทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีผ่านมุมมองข้ามวัฒนธรรม (cross-cultural perspective) เพื่อหาจุดร่วมของคุณลักษณะที่ทำให้ครอบครัวมีความสามารถดำรงอยู่ได้อย่างเข้มแข็ง โดยมีองค์ประกอบของการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดี ดังนี้

1. การสื่อสารที่ดีชัดเจน (Clear and Open Communication) สมาชิกในครอบครัวจะสื่อสารกันอย่างตรงไปตรงมา รับฟังอย่างตั้งใจ และสามารถแสดงความรู้สึกหรือความคิดได้อย่างอิสระ จะช่วยส่งเสริมความเชื่อใจและลดความเข้าใจผิดในครอบครัว

2. บทบาทที่ยืดหยุ่น (Flexible and Functional Family Roles) สมาชิกในครอบครัวจะแบ่งหน้าที่และบทบาทที่เหมาะสมกับสมาชิกแต่ละคนเพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนบทบาทเหล่านั้นได้เมื่อเกิดการเจ็บป่วยในครอบครัว

3. ความสัมพันธ์ทางอารมณ์ (Emotional Closeness and Support) สมาชิกในครอบครัวจะแสดงความรัก การยอมรับซึ่งกันและกันส่งผลให้ช่วยลดความตึงเครียดและความรู้สึกโดดเดี่ยวของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว

4. การแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาร่วมกัน (Collaborative Problem Solving and Adaptability) สมาชิกในครอบครัวจะสามารถเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว เช่น การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น สามารถหาทางออกโดยการร่วมมือกัน ไม่โยนภาระการดูแลให้สมาชิกคนใดคนหนึ่ง

5. ค่านิยมและความเชื่อ (Shared Beliefs and Values) สมาชิกในครอบครัวจะมีแนวทางหรือความเชื่อร่วมกัน เช่น ความกตัญญูต่อบิดามารดา การให้อภัยซึ่งกันและกันซึ่งจะช่วยยืดเหนี่ยวสมาชิกในครอบครัวให้อยู่ร่วมกันได้ดี

6. การสร้างความเป็นอิสระและการเติบโต (Individual Growth and Autonomy) สมาชิกในครอบครัวทุกคนสามารถเปิดโอกาสให้สมาชิกสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง

จะเห็นได้ว่าแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว ถูกกล่าวถึงในหลายทฤษฎีและพบได้ในทุกครอบครัว สำหรับ McMaster Model (Epstein et al., 2000) ได้เสนอ การทำหน้าที่ของครอบครัวทั้ง 6 ด้าน ซึ่งรวมถึงการควบคุมพฤติกรรม การตอบสนองทางอารมณ์ และความผูกพันทางอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยช่วยให้ครอบครัวสามารถกำกับดูแลการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และกิจกรรมสุขภาพอื่นๆ นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวยังสามารถรับรู้ความรู้สึกและความต้องการของผู้สูงอายุ และสามารถแสดงความเห็นหรือความคิดเห็นอย่างอิสระเพื่อร่วมกันแก้ปัญหาครอบครัว

ผู้วิจัยจึงนำแนวคิด McMaster Model (Epstein et al., 2000) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เนื่องจากแนวคิดนี้ครอบคลุมบริบทของครอบครัวไทยที่มักเป็นครอบครัวขยาย โดยเฉพาะองค์ประกอบด้านการควบคุมพฤติกรรมสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทในการกำกับดูแลการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม รวมทั้งสนับสนุนสมาชิกในครอบครัวให้มีการดูแลกันทั้งทางร่างกายและจิตใจ (นารินทร์ สุวรรณปริบูรณ์ และคณะ, 2565) ดังนั้น ผู้วิจัยเห็นว่า แนวคิดของ McMaster Model ครอบคลุมและเหมาะสมสำหรับใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัว เพื่อที่จะนำมาประยุกต์ใช้กับองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน มีดังต่อไปนี้

Sousa-Muñoz & Sá (2020) พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ สมาชิกในครอบครัวจะช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล เช่น ค่ายาและค่าเดินทางไปพบแพทย์รวมถึงการกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงออก และระบายอารมณ์อย่างเหมาะสมเพื่อบรรเทาความเครียดที่อาจส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวยังทำหน้าที่เป็นผู้รับฟังปัญหา และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขเมื่อตรวจพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงกว่าค่ามาตรฐานซึ่งการมีส่วนร่วมดังกล่าวช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

Ricardo, Rene and Alma (2019) พบว่า สมาชิกในครอบครัว ถือเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานมากที่สุดจึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ และยอมรับให้สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทในการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน ครอบครัวมักมีส่วนช่วยในการจัดเตรียมยาให้ผู้สูงอายุรับประทานอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา คอยเตือนเมื่อถึงเวลารับประทานยา รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวยังทำหน้าที่เป็นผู้ให้กำลังใจ และอยู่เคียงข้างในขณะที่ผู้สูงอายุไปพบแพทย์ ซึ่งช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ และความร่วมมือในการรักษาส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพ และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

Sousa et al., (2021) พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานแตกต่างจากครอบครัวที่มีผู้สูงอายุทั่วไป โดยผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมักมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และต้องการความพึงพิงจากสมาชิกในครอบครัวมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีการรับปรึกษา และติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องหารื้อและตกลงกันเกี่ยวกับการปรับบทบาทหน้าที่ในการดูแล ทั้งการให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการร่วมกันตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมดังกล่าวจะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานเป็นไปอย่างมีระบบ และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

Molla et al. (2023) พบว่า ผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวานไม่เพียงแต่ต้องการการดูแลจากระบบบริการสุขภาพเท่านั้น ยังคงต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวจากการที่ครอบครัวเป็นหน่วยสนับสนุนหลักที่สำคัญที่สุด โดยแบ่งบทบาทหลัก 3 ด้าน ดังนี้

1. การดูแลทางตรง (Direct Care) คือ การที่สมาชิกในครอบครัวช่วยกันดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยการจัดหาอาหารให้ผู้สูงอายุ หลีกเลี่ยงของหวาน อาหารทอด ช่วยเตือนหรือจัดยาให้รับประทาน อีกทั้งยังเป็นผู้ประสานงานนัดหมายแพทย์ หรือพาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลเพื่อตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และประเมินภาวะแทรกซ้อน ช่วยดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวัน เช่น ล้างแผล อาบน้ำ และการช่วยพยุงในการเคลื่อนไหว

2. การสนับสนุนด้านความจำและการจัดการ (Cognitive & Organizational Support) คือ การติดตามแผนการรักษาเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โดยการเตือนนัดพบแพทย์และการเจาะเลือด การจัดตารางการดูแลที่เหมาะสม เช่น เวลาในการรับประทานยา การออกกำลังกาย เวลาในการเจาะน้ำตาล เป็นต้น ช่วยวัดความดันโลหิตให้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ให้คำแนะนำหรือหาหรือแนวทางการรักษาร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์

3. การสนับสนุนทางจิตใจและการเป็นผู้แทน (Psychosocial & Advocacy Role) คือ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมักมีอาการแปรปรวนหรือหมดกำลังใจในการดูแลตนเอง สมาชิกในครอบครัวจึงเป็นบุคคลที่มีหน้าที่ที่สำคัญ คอยเป็นกำลังใจให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานไม่รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เช่น การทะเลาะกัน ภาวะเครียด หรือภาวะกดดัน เป็นต้น อีกทั้งยังทำหน้าที่เป็นผู้แทนในการอธิบายอาการของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานกับแพทย์หรือช่วยตัดสินใจแทนเมื่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานไม่มีสติ เช่น ในภาวะน้ำตาลต่ำรุนแรง

ดลฤดี ทับทิม, อังคินันท์ อินทรกำแหง และอรพินทร์ ชูชม (2563) พบว่า พฤติกรรมการให้การดูแลผู้สูงอายุของสมาชิกในครอบครัว ได้แก่

1. การแสดงออกถึงการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเอง จากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีความรู้สึกเครียด สูญเสียกิจกรรมที่เคยทำมาก่อนที่จะป่วยเป็นโรคเบาหวาน ดังเช่น การออกไปทำกิจกรรมทางสังคม การออกนอกบ้าน การออกกำลังกายบางประเภท การทำสวน การเดินเคลื่อนย้ายไปยังแหล่งต่างๆ ประกอบกับการที่ต้องมีผู้ดูแลคอยดูแลอย่างใกล้ชิดทำให้ผู้สูงอายู้สึกว่าตนเองกลายเป็นภาระของครอบครัว

2. แสดงบทบาทในการวางแผนการรักษากับแพทย์ เนื่องจากผู้สูงอายุต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวเพื่อที่จะตอบสนองความต้องการในการดูแลสุขภาพของตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล การแก้ปัญหาอาการทางกาย การจัดการสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย การได้รับการรักษาตามนัด หรือเมื่อไม่สามารถดูแลตนเองได้ การขอรับคำปรึกษาจากแพทย์กับเจ้าหน้าที่ การจัดกิจกรรม การดูแลผู้สูงอายุในบ้าน การสื่อสารหรือให้คำแนะนำ การดูแลเรื่องนัดหมายกับแพทย์ เป็นต้น

3. แสดงถึงการสื่อสารเชิงบวก บทบาทด้านการสื่อสารของผู้ดูแลมีความสำคัญอย่างมากต่อการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน หากมีการสื่อสารเชิงบวก คือ การพูดด้วยความเห็นอกเห็นใจ การแสดงถึงความรักผ่านวาจาจะทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานให้ความร่วมมือในการดูแลตนเองซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งทางใจ การสื่อสารกันด้วยคำพูดที่ไพเราะจะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเข้าใจกันในเรื่องต่างๆ เช่น เข้าใจความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของกันและกัน แล้วนำมาซึ่งความรู้สึกดี มีความปลาบปลื้มยินดี สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

4. มีบทบาทในการวางแผนและจัดการเวลา ผู้ดูแลต้องเป็นคนที่มีความและมีทักษะการจัดการเวลาที่ดี เพื่อไม่ให้กระทบกับการดำเนินชีวิตหลักของผู้ดูแล มักมีการวางแผนแบ่งบทบาทและหน้าที่เพื่อไม่ให้สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งรับภาระหนักเกินไป

5. การแสดงถึงความเป็นครอบครัว โดยการปรับตัวเพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานไม่รู้สึกว่าถูกแบ่งแยก

6. การอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน เป็นพฤติกรรมการดูแล เพื่อให้ความสะดวก และการตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

ธีรพันธ์ วรรณศิริ และคณะ (2562) พบว่า การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ดูแลจะทำหน้าที่ในการพาไปพบแพทย์ตามนัด และขับรถรับ-ส่ง โดยการขับรถพาผู้สูงอายุโรคเบาหวานไปตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามนัด จะมีระยะเวลาในการนัดช่วง 1-2 เดือน ขึ้นอยู่กับระดับน้ำตาลในเลือด บางครอบครัวผู้ดูแลจะรอผู้ป่วยพบแพทย์เสร็จ บางครั้งเวลานัดตรงกับเวลางานจะมีการให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นมารับแทน นอกจากนี้ผู้ดูแลจะช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพที่ต้องพึ่งพา เช่น ไปซื้อของที่ผู้สูงอายุต้องการ ช่วยพาไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลและรับกลับบ้าน คอยเตือนผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานให้ป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยการบอกผู้ป่วยให้ทราบเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานเนื่องจากได้รับประสบการณ์จากที่เคยเห็นผู้ป่วยเบาหวานถูกตัดเท้า คอยเตือนผู้ป่วยให้ระมัดระวังการเกิดแผลที่เท้าโดยการใส่รองเท้าเสมอ อีกทั้งยังจัดการส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเอง โดยการเตรียมอาหารให้ผู้ป่วยรับประทานซึ่งในครอบครัวเกษตรกรมีพืชผักสวนครัวไว้ปรุงอาหาร มีการปรุงรสไม่หวานจึงไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนอาหารไปจากเดิม มักจะรับประทานอาหารชนิดเดียวกันทั้งครอบครัว บางครอบครัวสมาชิกในครอบครัวจะคอยเตือนในการรับประทานอาหารที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และยังช่วยในเรื่องการออกกำลังกายโดยการเฝ้าดูแล และให้กำลังใจในขณะที่ผู้สูงอายุออกกำลังกาย ในบางรายจะคอยเตือนให้รับประทานยา อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยคลายเครียดจากการพูดคุยกันในครอบครัว โดยในตอนช่วงเย็นหลังรับประทานอาหารจะมีการพูดคุยกันในเรื่องปัญหาทั่วไปในครอบครัว ถ้ามืดในเรื่องงานและถามอาการของผู้ป่วย การแสดงถึงความห่วงใยผู้ป่วย และมีการรับฟังความทุกข์ที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกส่งผลให้คลายเครียด และมีความสุขที่ได้รับกำลังใจจากคนในครอบครัว

การทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจน และหลากหลายในมุมมองของสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมากนัก ผู้วิจัยจึงศึกษาเพิ่มเติมจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพื่อที่จะนำมาศึกษาว่าสมาชิกในครอบครัว มีการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

นารินทร์ สุวรรณบริบูรณ์ และคณะ (2565) พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

- 1.ด้านบทบาท หน้าที่ในการดูแลครอบคลุมการทำความสะดวกสบายและการกำจัดน้ำยาล้างไตทางช่องท้อง และการฉีดยากระตุ้นเม็ดเลือด
- 2.ด้านการแก้ปัญหา ช่วยทำการล้างไตทางช่องท้อง
- 3.ด้านการสื่อสาร พูดคุย สื่อสารในเรื่องการดูแลด้านอาหารและยา

4.ด้านการควบคุมพฤติกรรม ช่วยดูแลด้านการออกกำลังกาย และการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

5.ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ช่วยรับฟังปัญหา คอยอยู่เป็นเพื่อนของผู้ป่วย

6.ด้านความผูกพันทางอารมณ์ การดูแลด้านอารมณ์จิตใจ ถามไถ่ทุกข์สุข คอยให้กำลังใจ คอยถามอาการขณะทำการล้างไต

พิสมัย สุระกาญจน์ และคณะ (2563) พบว่า บทบาทของผู้ดูแลสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะมีการดูแลเรื่องการรับประทานยา การปรุงอาหาร ให้รับประทานรวมไปถึงการช่วยในเรื่องการขับถ่าย เรื่องความสะอาดของร่างกาย การนอนหลับพักผ่อนรวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยกับผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพทั้งในบ้าน และนอกบ้าน มีความคาดหวังให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีสุขภาพที่ดีสามารถช่วยเหลือตนเองได้ คอยให้กำลังใจ และช่วยให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเอง

นวลนภา สวยสุด, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์ และศุภชัย ปิติกุลตั้ง (2564) พบว่า สมาชิกในครอบครัวจะรับฟังปัญหาของผู้สูงอายุ คอยถามไถ่ทุกข์สุขอยู่เสมอ คอยช่วยเหลือและแก้ปัญหาทางด้านสุขภาพ โดยร่วมกันแบ่งหน้าที่ในการดูแลในเรื่องบทบาทที่สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนได้รับ เมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งป่วยหรือเกิดปัญหา สมาชิกคนอื่นๆสามารถที่จะช่วยกันตัดสินใจที่จะแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวได้

นวลอนงค์ ศรีสุกใสย (2560) พบว่า สมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลสำคัญที่สุดที่จะคอยช่วยเหลือดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยจะช่วยดูแลในเรื่องการเตรียมอาหาร ช่วยดูแลแผลที่เท้ารวมไปถึงการช่วยทำความสะอาดแผล ในบางครั้งจะช่วยกระตุ้นให้ออกกำลังกายหรืออยู่เป็นเพื่อนขณะออกกำลังกาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีพฤติกรรมที่ดีสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

Yustisia et al. (2022) พบว่า สมาชิกในครอบครัวจะเข้าสังคม เพื่อพบปะเพื่อนสนิทน้อยลงเพราะจะต้องดูแลผู้ป่วย เนื่องจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่าง ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแล ได้แก่ การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว การรับประทานยา การประสานงานตรวจรักษาที่โรงพยาบาล การพาไปพบแพทย์ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และช่วยดูแลในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาที่นอกเหนือจากสิทธิทางการรักษาของผู้สูงอายุที่ได้รับ

ดังนั้น การทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวาน ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้าน ดังนี้

1. การแก้ปัญหา (Problem Solving) เป็นความสามารถของครอบครัว ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ช่วยส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และปัญหาในการไม่เข้าใจกันในสมาชิกครอบครัวสามารถช่วยกัน แก้ปัญหาไม่ให้เกิดความรุนแรงได้ (ธีรนนท์ วรรณศิริ และคณะ, 2562; Yustisia et al., 2022)

2. การสื่อสารภายในครอบครัว (Communication) โดยการพูดคุยสื่อสารของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการแก้ปัญหาค่าระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อให้ได้แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน รวมถึงแสดงความรักผ่านคำพูด สอบถามอาการของผู้สูงอายุโรคเบาหวานทำให้เกิดสัมพันธ์ที่ดีต่อกันของสมาชิกในครอบครัว

3. บทบาท (Role) โดยทำหน้าที่ตามบทบาทความรับผิดชอบที่ตกลงกันของสมาชิกในครอบครัว เช่น บทบาทในการเตรียมอาหารให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน การพาไปตรวจตามนัด คอยเฝ้าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในขณะที่ออกกำลังกาย และคอยสังเกตอาการที่เกิดจากความผิดปกติจากโรคเบาหวาน (ธีรนนท์ วรรณศิริ และคณะ, 2562; Yustisia et al., 2022)

4. การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective responsiveness) สมาชิกในครอบครัวมีการแสดงอารมณ์ต่อกันและกันอย่างเหมาะสม เมื่อมีอารมณ์โกรธที่ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำจะพยายามยับยั้งอารมณ์ไม่ให้ต่ำทอ ก้าวร้าว (Sousa et al., 2021)

5. ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective involvement) ความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกัน มีความเข้าใจกัน และให้กำลังใจผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Sousa et al., 2021)

6. การควบคุมพฤติกรรม (Behavior control) โดยการช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน คอยเตือนให้ผู้สูงอายुरับประทานยาควบคุม ไม่ให้เกิดการปรับลดขนาดยาเอง การเตือนวันนัดพบแพทย์ การควบคุมการรับประทานอาหาร ที่ลดการปรุงรสหวาน มัน เค็ม เป็นต้น (ธีรนนท์ วรรณศิริ และคณะ, 2562; Arruda et al., 2022)

2.3.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัวมีหลายปัจจัย ดังนี้

1. จำนวนสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกมากมีลูกหลานคู่สามี-ภรรยา คอยดูแลกันตามวัฒนธรรม และประเพณีที่ลูกหลานต้องกตัญญูต่อบุพการีจะทำให้เกิดการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดีขึ้น จากการที่มีการแบ่งหน้าที่ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในครอบครัว มีความใส่ใจซึ่งกันและกัน ร่วมกันตัดสินใจแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ และการสนับสนุนสมาชิกในครอบครัวเมื่อเกิดปัญหา หรือความรู้สึกเครียดโดยการรับฟังปัญหา และกระตุ้นให้ระบายความทุกข์ใจจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ (นารินทร์ สุวรรณบริบูรณ์ และคณะ, 2565; Elias et al., 2019; Sousa et al., 2021)

2. ภาวะสุขภาพครอบครัว สามารถช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกันตัดสินใจในการรักษาสุขภาพ และมีการพูดคุยเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากโรคเบาหวาน และแสดงความห่วงใยซึ่งกันและกันของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ดีขึ้น (Hussaini et al., 2024; Ricardo et al., 2019)

3. รายได้ของครอบครัว ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานทำให้มีรายจ่ายมากยิ่งขึ้น ยิ่งหากครอบครัวใดที่มีรายได้น้อยมีผลทำให้ครอบครัวเข้าถึงบริการด้านสุขภาพลดลง ส่งผลให้การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานลดลงตามไปด้วยจากการที่ครอบครัวมีกำลังในการจ่ายค่ารักษาไม่เพียงพอ ต้องนำไปใช้จ่ายสิ่งอื่น ๆ นอกเหนือจากการรักษาส่งผลให้การทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านการดูแลสุขภาพไม่มีประสิทธิภาพ (Elias et al., 2019; Yustisia et al., 2022)

4. สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวสามารถกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อีกทั้งเป็นการแสดงความเอื้ออาทร ความรักใคร่ปรองดองของสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย ช่วยกระตุ้นให้เกิดการทำหน้าที่ตามบทบาท เช่น คอยกำกับติดตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยการพาไปตรวจตามนัด และคอยเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เป็นต้น ซึ่งล้วนเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของการทำหน้าที่ของครอบครัว การมีความสัมพันธ์ที่ดีมีความใส่ใจกันในครอบครัว การร่วมกันตัดสินใจ มีการสนับสนุนซึ่งกันและกันเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดในครอบครัว (จันทร์จิรา อยู่วัฒนา, 2560; ธีรพันธ์ วรรณศิริ, 2564; นารินทร์ สุวรรณบริบูรณ์ และคณะ, 2565; นิตยา คชภักดี, 2552; ปรีดา สาราลักษณ์ และคณะ, 2561;

Doris & Anita, 2015; Mayberry et al., 2023; Ricardo et al., 2019; Souza et al., 2022; Sousa et al., 2021)

5. แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว เครือข่ายสุขภาพ เป็นสิ่งสำคัญต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะการได้รับข่าวสารทางสุขภาพจะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย อีกทั้งยังช่วยรับฟัง และช่วยให้ได้ระบายความทุกข์ใจ ความซับซ้อนใจของสมาชิกในครอบครัวส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีกำลังใจที่จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งแรงสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาสุขภาพ (ปริศนา สารลักษณ์ และคณะ, 2561; นารินทร์ สุวรรณบริบูรณ์ และคณะ, 2565; Elias et al., 2019; Katja et al., 2012; Mayberry et al., 2023; Sousa-Muñoz & Sá, 2020)

6. ระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยครอบครัวทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ด้วยโรคเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน มักจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแล เกิดความเหนื่อยล้า ในบางครอบครัวอาจรู้สึกท้อแท้ซึ่งนำไปสู่การละเลยในการทำหน้าที่ที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (นารินทร์ สุวรรณบริบูรณ์ และคณะ, 2565; Elias et al., 2019)

7. ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว ในบางครอบครัวไม่รู้สึกว่าผู้ป่วย เป็นภาระเมื่อต้องทำหน้าที่ดูแลสุขภาพเนื่องจากเป็นสิ่งที่ควรกระทำในด้านบรรทัดฐาน ของครอบครัว ในขณะที่บางครอบครัวยิ่งหากผู้ป่วยมีโรคร่วม โดยเฉพาะโรคเบาหวานจะยิ่งมีการ เพิ่มการรับรู้ภาระครอบครัวในระดับที่สูงขึ้นส่งผลกระทบต่ออาการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และเกิดความเครียดจากการดูแลส่งผลให้เกิดการละเลยการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (Aruda et al., 2022; Mayberry et al., 2023; Molla.et.al., 2023; Pires et al., 2022; Yustisia et al., 2022)

8. เพศ สมาชิกในครอบครัวที่เป็นเพศหญิงมักจะรับผิดชอบบทบาทในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ดีกว่าเพศชาย เนื่องจากความเชื่อทางวัฒนธรรมที่เพศชายมีหน้าที่ หารายได้ให้กับครอบครัว ส่วนเพศหญิงทำหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลบ้านเรือน บิดาและมารดา (ธีรนนท์ วรรณศิริ, 2562; Elias et al., 2019; Yustisia et al., 2022)

9. ความรู้ในการดูแลของสมาชิกในครอบครัว การที่สมาชิกในครอบครัว มีความรู้ในการดูแลโรคเรื้อรังส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความมั่นใจ ความเข้าใจในการดูแล สุขภาพของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น (นารินทร์ สุวรรณบริบูรณ์ และคณะ, 2565; ธีรนนท์ วรรณศิริ, 2562)

ผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งมีข้อจำกัด ในการดูแลตนเอง จากการที่เป็นโรคเบาหวานจะส่งให้การที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นไปได้ยากยิ่งขึ้น สมาชิกในครอบครัวจึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยดูแลสุขภาพ และป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และความรู้สึกเป็นภาระของ

ครอบครัว เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัว แม้ว่าจะเป็นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังชนิดใดจะพบ ปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัยนี้เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัวเสมอ ผู้วิจัยจึงนำมาศึกษาหาความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สามารถช่วยส่งเสริมให้เกิดการทำหน้าที่ในครอบครัวที่ดีได้จากการช่วยสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ ครอบครัวที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะช่วยให้การทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นไปได้อย่างถูกต้อง ช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน จากการได้รับข่าวสารด้านสุขภาพ การติดต่อพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ การช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน และสวัสดิการทางสังคมต่าง ๆ ทำให้สมาชิกในครอบครัวได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เกิดแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ดียิ่งขึ้น สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ การมีสัมพันธภาพที่ดีจะนำไปสู่การดูแลกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ต้องการการดูแลมากขึ้น การมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวจะทำให้เกิดการทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานร่วมกัน เกิดการแสดงความคิดเห็นเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ และเกิดการแบ่งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานของสมาชิกในครอบครัว อีกทั้งมีการร่วมกันตัดสินใจในเรื่องสุขภาพ และช่วยสนับสนุนซึ่งกันและกันในการแก้ปัญหาในครอบครัว และปัจจัยความรู้สึกรับผิดชอบของครอบครัว ครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวรับรู้ว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานเป็นภาระจะส่งผลให้เกิดความท้อแท้ เหนื่อยล้า เบื่อหน่าย และความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน นำไปสู่การละเลยหน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ เกิดการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ

2.4 แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

2.4.1 ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

House (1981) ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมว่า สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของหรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนและเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการในที่นี้ หมายถึง การมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Cassel (1974) ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมว่า ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดจากเพื่อน ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน ทำให้เกิดประสบการณ์ที่ส่งผลให้เกิดความสุขทางใจ

Caplan (1976) ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมว่า สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลอาจเป็นทางข่าวสาร เงิน หรือทางอารมณ์ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการ

Cob (1976) อธิบายแรงสนับสนุนทางสังคมว่า การรับรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือคำแนะนำ และสิ่งของต่างๆจากบุคคลทางสังคมทำให้รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Pilisuk (1982) ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมว่า ความสัมพันธ์ระหว่างคนไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุประสงค์ ความมั่นคง ทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกที่ตนเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

Fisher, Brownson, Toole, Shetty, Anwuri and Glasgow (2005) ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆทั้งในด้านการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ การรับฟังปัญหาร่วมกับให้คำแนะนำ เชื่อมการติดต่อระหว่างสถานบริการสุขภาพกับประชาชนในชุมชน และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ

Schaefer, Coyne and Lazarus (1981) ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการช่วยเหลือกันระหว่างบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันทั้งในด้านสิ่งของ อารมณ์และการให้ข่าวสารให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาในชีวิตได้อย่างเหมาะสม

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวถึงความช่วยเหลือด้านบริการสุขภาพ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อนบ้าน หน่วยงานรัฐและเอกชน เพื่อการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

2.4.2 แนวคิดและองค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการดูแลซึ่งกันและกัน แนวคิดของแรงสนับสนุนของครอบครัวมีการกล่าวอ้างถึงในหลายการศึกษา แต่การศึกษานี้กล่าวถึงแนวคิดของแรงสนับสนุนของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมักใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองหัวใจล้มเหลว และความพิการ แนวคิดนี้ยังใช้กันแพร่หลายในด้านทางจิตเวช เมื่อบุคคลมีความผิดปกติทางจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น การสนับสนุนของครอบครัวเป็นวิธีการส่งเสริมค่านิยม และเป้าหมายของครอบครัวโดยการอำนวยความสะดวก การจัดหาอุปกรณ์ และการให้กำลังใจสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวบรรลุความต้องการจากแหล่งสนับสนุนที่หลากหลายมากขึ้น เช่น ครอบครัว เพื่อน รัฐบาล บุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวจึงเรียกว่า เป็นการให้ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ การเงินให้กับบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครอบครัว การสนับสนุนของครอบครัวไม่เพียงแต่ให้การดูแลโดยสมาชิกครอบครัวเท่านั้น แต่ยังรวมถึงเพื่อน กลุ่มสังคม หน่วยงานต่างๆ และบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนของครอบครัวในด้านการดูแลต่างๆ ทำให้เกิดการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว มีการปรับบทบาทเพื่อแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว พร้อมกับส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีทักษะ และความมั่นใจในตนเอง Walker and Avant (2011) ได้อธิบายเกี่ยวกับ กรณีตรงข้ามของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว โดยไม่มีการสนับสนุนจากลูกหลานภายในครอบครัว ส่งผลให้รู้สึกว่าชีวิตของตนเองมีความรู้สึกเหงาแม้ว่าจะอาศัยอยู่กับครอบครัว นอกจากนี้ Warner et al. (2015) ได้สื่อถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีอาการป่วยเป็นโรคเกิดขึ้น สมาชิกในครอบครัวจะสามารถทำหน้าที่ดูแล และเกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทเพื่อดูแลผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัวจะรับรู้ถึงความเจ็บป่วยของสมาชิก และสามารถรับรู้ถึงความต้องการการช่วยเหลือจากผู้ป่วย เช่น โรคเบาหวาน สมาชิกคนอื่นๆในครอบครัวจะให้การช่วยเหลือและสนับสนุนจากเดิมมากยิ่งขึ้น

แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวพัฒนามาจากเครือข่ายทางสังคม (network structure) (Berkman & Glass, 2000) ที่ช่วยในการสนับสนุนทั้งทางด้านการรับฟัง การให้การสนับสนุนในด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ รวมทั้งทางด้านจิตใจช่วยรับฟังปัญหา ของสมาชิกในครอบครัว อาจจะเป็นบุคคลในครอบครัวที่ช่วยรับฟัง และแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกในครอบครัว ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยวิธีการที่เหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับแนวคิดแรงสนับสนุนของครอบครัว มีหลากหลายแนวคิดที่ทั้งแตกต่างกัน และคล้ายคลึงกัน มีองค์ประกอบ ดังนี้

Fisher et al. (2005) เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับจากคนรอบข้าง ช่วยให้มีมือกับ ความเครียด และความยากลำบากในชีวิตให้ดีขึ้น ไม่ใช่เพียงการช่วยเหลือในรูปแบบ แต่ยังรวมถึงการช่วยเหลือด้านอารมณ์ การให้ข้อมูล โดยแบ่งแรงสนับสนุนของครอบครัว เป็น 4 มิติ ดังต่อไปนี้

- 1.ด้านอารมณ์ (Emotional support) การแสดงความรัก ความใจ รวมถึง ความเอาใจใส่ และความห่วงใยซึ่งกันและกันจะช่วยลดความเครียดและความโดดเดี่ยว
- 2.ด้านข้อมูล (Informational support) เป็นผู้ฟังที่ดีพร้อมให้คำชี้แนะ ในการปฏิบัติตน ช่วยให้ผู้บุคคลมีทางเลือกในการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา
3. ด้านรูปธรรม/วัตถุ (Instrumental/tangible support) การช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม เช่น เงิน สิ่งของ หรือการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ช่วยลดภาระ และความยากลำบากของบุคคล
- 4.ด้านการประเมินค่า (Appraisal support) การให้ข้อเสนอแนะ การสะท้อนคิด จะช่วยเพิ่มความมั่นใจและความสามารถในการแก้ไขปัญหา ให้บริการเชิงรุก และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

Schaefer, Coyne and Lazarus (1981) มองว่าแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว เป็นทรัพยากรที่บุคคลได้รับจากบุคคลไม่ว่าจะเป็นครอบครัว คนใกล้ชิด เพื่อนหรือสังคม ที่ช่วยให้บุคคล เผชิญกับความเครียดหรือปัญหาชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแบ่งแรงสนับสนุนของครอบครัว เป็น 4 ประเภท คือ

- 1.ด้านอารมณ์ (Emotion support) เป็นการช่วยให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่า มีคุณค่า ได้รับความรัก ความผูกพัน ความใกล้ชิด ความอบอุ่น ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง รวมทั้งช่วยในการเผชิญความเครียด
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) การให้ข้อมูลรวมถึง คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพ รวมถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ หรือการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

3. ด้านสิ่งของ (tangible support) เป็นการช่วยเหลือโดยให้สิ่งของที่ต้องการเตียงนอน เสื้อผ้า รวมไปถึงเงินทอง และการช่วยเหลือบริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

4. ด้านการประเมินค่า (Appraisal support) การสะท้อนความคิดเห็น การให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้บุคคลสามารถประเมินตนเอง และสถานการณ์ได้อย่างถูกต้อง ช่วยเพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง

Cobb (1976) ได้กล่าวถึงแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการได้รับข้อมูล (Information) ที่ทำให้บุคคลรู้ว่าบุคคลนั้นเป็นที่รักและห่วงใย ยอมรับและมีคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งได้มีการแบ่งมิติแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 มิติ ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าได้รับความรัก และการเอาใจใส่ดูแลที่ดีจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่มีความผูกพันที่ดีต่อกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นความรู้สึกที่บุคคลทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า ผู้อื่นให้การยอมรับ และเห็นคุณค่าในสังคม

3. การสนับสนุนด้านการแสดงออกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) เป็นการแสดงออกเพื่อบอกบุคคลนั้นทราบว่า เป็นสมาชิกและส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีซึ่งกันและกันกับบุคคลทางสังคม

Cassel (1974) เครือข่ายทางสังคมหรือบุคคลรอบข้างที่ให้การสนับสนุน จะสามารถเผชิญความเครียด หรือเหตุการณ์กดดันได้ สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางกายและโรคทางจิต ซึ่งมีการแบ่งปฏิสัมพันธ์ทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. แหล่งของการเกิดปฏิสัมพันธ์ป้องกันผลเสียของความเครียด (Stress-buffering role) ได้แก่ เพื่อน ครอบครัว บุคคลอื่น ๆ ที่ให้คำแนะนำจะช่วยลดความเครียดที่มีต่อสุขภาพได้

2. การเกิดขึ้นของปฏิสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดประสบการณ์ (Health-promoting role) การมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็งจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข เป็นต้น

3. ผลที่ได้จากประสบการณ์ เกิดการเสริมสร้างพลังใจ และการปรับตัว (Coping resource) จากการที่บุคคลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจะรู้สึกมีคุณค่า มีความมั่นคงทางใจสามารถที่จะเผชิญปัญหาได้

Kahn (1979) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าตนเองเป็นที่รัก ได้รับการยอมรับจากครอบครัว รู้ว่าคุณค่าและได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การชื่นชมเคารพหรือรัก การรับฟังอย่างตั้งใจส่งผลให้ผู้รับรู้สึกมีคุณค่าและไม่โดดเดี่ยว

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ข้อเสนอแนะและอิทธิพลที่มีต่อวิธีการตัดสินใจของบุคคล การให้คำแนะนำ ความรู้ ข้อมูล และแนวทางในการแก้ปัญหาจะช่วยให้เกิดการตัดสินใจได้ดีขึ้น

3. การสนับสนุนเชิงรูปธรรม (Instrumental Support) เช่น สิ่งของหรือเงิน และเวลาที่ใช้ในการช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อนบ้าน บุคลากรทางด้านสุขภาพ

House (1981) ได้อธิบายเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมว่า ความช่วยเหลือที่ได้รับจากบุคคลหรือกลุ่มครอบครัว ซึ่งส่งผลในเชิงบวกต่อสุขภาพกาย จิตใจ และการดำรงชีวิต โดยเฉพาะในช่วงที่บุคคลประสบปัญหาหรือการเจ็บป่วย ประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) คือ การให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ การแสดงถึงความห่วงใย ความเอาใจใส่ และความเข้าใจส่งผลให้ช่วยลดความเครียด ความรู้สึกไม่สบายใจและเสริมพลังใจให้แก่ผู้ป่วย

ตัวอย่าง : ลูกหลานให้กำลังใจผู้สูงอายุ

การรับฟังของสมาชิกในครอบครัวอย่างตั้งใจ

การแสดงออกถึงความรักผ่านการโอบกอด การพูดจาที่ดี

2. ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Appraisal Support) คือ การมีความสัมพันธ์ที่ดีทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในสังคม และเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มจะช่วยให้ครอบครัวและผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ลดภาวะซึมเศร้า

ตัวอย่าง : การชวนผู้สูงอายุไปทำบุญ วัด หรือชมรมผู้สูงอายุ

ให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมครอบครัว เช่น การช่วยกันทำอาหาร

พูดคุยให้ผู้สูงอายุมีบทบาท เช่น สอนหลานทำอาหาร

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) คือ การให้คำแนะนำ (Suggestion) การตักเตือน การให้คำปรึกษา (Advice) ความรู้ และการให้ข่าวสารรูปแบบต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจหรือจัดการปัญหา จะช่วยให้ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวเข้าใจปัญหาของตนเอง เสริมสร้างความมั่นใจ และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้

ตัวอย่าง: สมาชิกในครอบครัวบอกวิธีการรับประทานยาให้แก่ผู้สูงอายุ

แนะนำการใช้บริการสาธารณสุข

บุคลากรทางการแพทย์อธิบายขั้นตอนการรักษา

4. การสนับสนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ (Instrumental Support) คือ การได้รับการช่วยเหลือที่สามารถจับต้องได้ เช่น การช่วยเหลือในด้านค่าใช้จ่าย การช่วยกิจวัตรประจำวันที่เป็นอยู่อย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

ตัวอย่าง: สมาชิกในครอบครัวพาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล

สมาชิกในครอบครัวหุงหาอาหารให้ผู้สูงอายุ

ช่วยอาบน้ำ หรือป้อนข้าว

ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวโดยใช้แนวคิดของ House (1981) ที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้านในการดูแลสุขภาพ ซึ่งในประเทศไทยได้มีการพัฒนาแบบสอบถามจากแนวคิดแรงสนับสนุนของครอบครัว ของ House (1981) ประกอบไปด้วย 4 ด้าน คือ 1.ด้านอารมณ์ 2.ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า 3. ด้านข้อมูลข่าวสาร 4.ด้านวัตถุและสิ่งของ ซึ่งพัฒนามาเพื่อใช้ประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวไทยที่ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความต้องการดูแลมากกว่าวัยอื่น ยิ่งหากมีการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ จะยิ่งมีความต้องการการดูแลจากครอบครัวมากยิ่งขึ้น (นารินทร์ สุวรรณบริบูรณ์ และคณะ, 2565) ซึ่งแนวคิดของ House จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเลือกแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ได้รอบด้านทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและสังคม จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการดูแลแบบองค์รวมของครอบครัว (House, 1981) ผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์ใช้กับสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

2.4.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัว ดังต่อไปนี้

Elias et al. (2019) กล่าวถึงแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่ได้รับจากเพื่อนบ้าน บุคลากรสาธารณสุขที่จะช่วยแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุช่วยในเรื่องการรับข้อมูลข่าวสารให้กับสมาชิกในครอบครัว เพื่อที่จะให้สมาชิกในครอบครัวมีวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังได้อย่างมั่นใจและถูกวิธี จะช่วยส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ

Ricardo et al. (2019) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวจากการได้รับคำแนะนำวิธีการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจากแพทย์ประจำครอบครัวหรือผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้อย่างถูกต้อง กระตุ้นการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

Hautsalo et al. (2012) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากการที่บุคลากรทางด้านสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัวร่วมกันวางแผนเกี่ยวกับดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่บ้าน จะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมากยิ่งขึ้นและจะช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวให้กับสมาชิกในครอบครัว

Souza et al. (2022) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวจะช่วยส่งเสริมในเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยสมาชิกในครอบครัวจะได้รับการสนับสนุนจากสังคม ได้แก่ บุคลากรทางด้านสุขภาพ ส่งผลให้ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เกิดการให้คำแนะนำไปใช้ในการควบคุมกำกับดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม

นารินทร์ สุวรรณบริบูรณ์ และคณะ (2565) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเกิดวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างถูกต้องจากการที่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ช่วยแก้ปัญหาในเรื่องที่ไม่เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการลงมือปฏิบัติดูแลผู้ป่วย อีกทั้งยังช่วยในเรื่องสิทธิการรักษา ส่งผลให้สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ นอกจากนี้ยังช่วยรับฟังเมื่อเกิดปัญหาเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดความทุกข์ใจ

จะเห็นได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวเกี่ยวข้อง
กับการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยสมาชิกในครอบครัวได้รับแรงสนับสนุนในเรื่องข้อมูลข่าวสาร
ทางด้านสุขภาพ แนวทางการรักษาที่ถูกวิธีจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสามารถตัดสินใจ
ในการดูแลได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งยังสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพตามสิทธิการรักษา
ที่ควรได้รับจากภาครัฐ และยังช่วยให้เกิดการระบายนความทุกข์ใจจากการรับฟังปัญหาที่เกิดขึ้น
เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเกิดแนวทางในการแก้ปัญหาสุขภาพได้
ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ

2.5 สัมพันธภาพในครอบครัว

2.5.1 ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัว

สุภาวดี โพธิยะราช (2556) ให้ความหมายสัมพันธภาพในครอบครัวว่า
ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่มีพื้นฐานจากความรัก ความเข้าใจ การยอมรับ
และการเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ซึ่งนำไปสู่ความอบอุ่น ความมั่นคงทางจิตใจ
ส่งผลให้เกิดการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

นฤมล มโนคำ (2552) ให้ความหมายสัมพันธภาพในครอบครัวว่า สิ่งสำคัญ
ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะในช่วงที่ครอบครัวเผชิญ
กับความเครียดหรือการเปลี่ยนแปลง

นิตยา ชชภักดี (2545) ให้ความหมายสัมพันธภาพในครอบครัวว่า การรับรู้
ของสมาชิกในครอบครัวที่มีความผูกพัน เคารพรัก เอื้ออาทรต่อกัน มีการร่วมกันปรึกษาหารือ
และทำกิจกรรมร่วมกัน ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1. ครอบครัวทำหน้าที่ตามบทบาทที่เหมาะสม
2. สัมพันธภาพในครอบครัว 3. การพึ่งพาตนเอง 4. การถือกุศลสังคมอย่างมีคุณธรรม

ปรีดา สารลักษณ์ และคณะ (2561) ได้นิยามความหมายของสัมพันธภาพ
ในครอบครัวว่า การรับรู้ความรู้สึกใคร่ผูกพันกัน มีการแสดงความห่วงใยซึ่งกันและกันรวมถึง
มีการร่วมทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพร่วมกัน

Olson and Gorall (2003) ได้ให้ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัวว่า
ความผูกพันทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้เกิดความยืดหยุ่นในการปรับตัว
และการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว

Sousa et al. (2021) ได้นิยามความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัวว่า การ
รับรู้ความรู้สึกผูกพัน ใส่ใจซึ่งกันและกันของสมาชิกในครอบครัว

กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2554) ให้ความหมายสัมพันธภาพในครอบครัวว่า การรับรู้ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีการพูดคุย แสดงความรัก ความเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1.การใช้เวลาร่วมกัน 2.การพูดคุยปรึกษาหารือ 3.ความเอื้ออาทร 4.การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่

Blumer (1969) ให้ความหมายสัมพันธภาพในครอบครัวว่า การรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวที่มีการสื่อสารทางท่าทาง สายตาส่งผลให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับความสัมพันธ์ภายในครอบครัวถึงความเอื้ออาทรต่อกัน

2.5.2 แนวคิดและองค์ประกอบของสัมพันธภาพในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญในการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เป็นความผูกพันที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกัน สัมพันธภาพในครอบครัวในประเทศไทยเป็นลักษณะการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวไม่ว่าจะเป็นความสัมพันธ์ระหว่างพ่อ แม่ ลูก ความสัมพันธ์ระหว่าง ปู่ ย่า ตา ยาย กับลูกหลาน รวมไปถึงความสัมพันธ์ในหมู่ญาติ และเพื่อนฝูง ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีจะมีการสนทนาพูดคุยกันด้วยความรักใคร่ปรองดอง มีความห่วงใยซึ่งกันและกัน และปรึกษาหารือร่วมกันเมื่อมีปัญหาต่างๆเกิดขึ้น ส่วนสมาชิกในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีนั้นจะมีลักษณะตรงกันข้าม คือ เกิดความห่างเหิน และนำไปสู่ปัญหา และความขัดแย้งในอนาคต (กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, 2554)

ทฤษฎีที่สนับสนุนแนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัว ได้แก่ ทฤษฎีระบบครอบครัว (Family Systems Theory-Bowen) ทฤษฎีความผูกพัน (Attachment Theory-Bowlby) และทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว (Family Life Cycle Theory) โดยอธิบายถึงสมาชิกในครอบครัวที่มีการดูแลกัน มีความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบต่อกัน การปรับตัวต่อบทบาทที่สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนรับผิดชอบ ดังนี้

ทฤษฎีสัมพันธภาพครอบครัว (Family Systems Theory) ในบางครั้งเรียกว่า ทฤษฎีระบบครอบครัว เป็นแนวคิดที่สำคัญที่มองว่า ครอบครัวเป็นระบบหนึ่งที่สมาชิกในครอบครัวไม่ได้แยกจากกันอย่างอิสระ (National council on Family Relations, n.d.) แนวคิดหลักของทฤษฎีนี้ คือ

1. ครอบครัวคือระบบเปิด (Family as a system) เปรียบเทียบครอบครัวเหมือนกลไกของสิ่งมีชีวิต เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งมีปัญหา มักจะส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว เช่น พฤติกรรมการดูแลตนเองอาจเป็นผลมาจากการดูแลสุขภาพในครอบครัว

2. การปฏิสัมพันธ์ซ้ำๆ (Patterns of Interaction) พฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัวที่มักจะมีรูปแบบซ้ำๆ เช่น การทะเลาะกันแบบเดิม การรับประทานอาหารแบบเดิม

3. บทบาทและกฎเกณฑ์ในครอบครัว (Family Roles and Rules) สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนมีบทบาทตามที่ครอบครัวกำหนด เช่น ลูกคนโตต้องดูแลแม่ที่ป่วย ในบางครั้งบทบาทเหล่านี้อาจเป็นภาระหรือทำให้เกิดความตึงเครียด

4. ช่องเขตระหว่างสมาชิก (Boundaries) สมาชิกในครอบครัวที่มีสุขภาพดีจะมีการพูดคุยเปิดใจปรึกษาหารือกัน

5. การเปลี่ยนแปลงและความยืดหยุ่น (Adaptability) ระบบครอบครัวที่ดี สมาชิกในครอบครัวจะเปลี่ยนแปลงหรือปรับตัวได้ เช่น การที่สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วย

ทฤษฎีระบบครอบครัวของโบเวน (Bowen Family Systems Theory) เป็นแนวคิดที่พัฒนาโดย ดร.เมอร์เรย์ โบเวน Bowen (1978) มองว่าครอบครัวเป็นหน่วยหนึ่งหน่วยที่มีความเชื่อมโยงกับสมาชิกในครอบครัวทุกคน ซึ่งประกอบด้วย 8 แนวคิดหลัก ดังนี้

1. การแยกแยะตนเอง (Differentiation of self) คือ ความสามารถของบุคคลในการแสดงความคิดเห็นของตนเอง แม้ว่าจะอยู่ท่ามกลางแรงกดดันจากสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ผู้ที่สามารถแยกแยะตนเองได้สูงจะสามารถควบคุมอารมณ์และตัดสินใจได้อย่างมีเหตุผล

2. รูปสามเหลี่ยม (Triangles) คือ ความสัมพันธ์ระหว่างสองคนมักจะไม่ลงตัว อาจทำให้เกิดความตึงเครียดจึงมักมีบุคคลที่สามเข้ามาเกี่ยวข้องเพื่อบรรเทาความเครียดนั้น

3. ระบบครอบครัวนิวเคลียร์ (Nuclear Family Emotional System) คือ ปัญหาในด้านอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่เกิดจากความไม่สมดุล เช่น คู่สมรสที่ทะเลาะกัน เป็นต้น

4. กระบวนการถ่ายทอดข้ามรุ่น (Multigenerational Transmission Process) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบพฤติกรรมและอารมณ์ สามารถถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังรุ่นหนึ่ง เช่น ลักษณะที่พ่อแม่ที่มีความวิตกกังวลสูงอาจถ่ายทอดความรู้สึกวิตกกังวลสู่ลูกได้

5. การตัดขาดทางอารมณ์ (Emotional Cutoff) การที่สมาชิกในครอบครัวพยายามหลีกเลี่ยงความตึงเครียดในครอบครัว โดยการไม่ยุ่งเกี่ยวกับสมาชิกในครอบครัว แต่การกระทำนี้มักนำไปสู่การตึงเครียดในความสัมพันธ์แทน

6. กระบวนการทางสังคม (Societal Emotional Process) สังคมโดยรวมมีผลต่อครอบครัว เช่น สภาวะทางเศรษฐกิจหรือวิกฤติการณ์ต่างๆสามารถกระตุ้นให้เกิดความเครียดในระบบครอบครัวได้

7. ตำแหน่งพี่น้อง (Sibling Position) เชื่อว่าตำแหน่งของพี่น้องในครอบครัว เช่น พี่คนโต หรือน้องคนเล็ก มีผลต่อพฤติกรรมและบทบาทของสมาชิกในครอบครัว โดยตำแหน่งในครอบครัวนี้สามารถทำนายลักษณะนิสัย และพฤติกรรมของบุคคลได้

8. กระบวนการครอบครัวนิวเคลียร์ (Family Projection Process) เป็นการอธิบายถึงปัญหาทางอารมณ์ที่ถ่ายทอดไปยังลูก เช่น มีความวิตกกังวลในการควบคุมหรือปกป้องลูกมากเกินไป ส่งผลต่อพัฒนาการทางด้านอารมณ์ของลูก เป็นต้น

ทฤษฎีที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว และความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัว (Cherry, 2024) ซึ่งประกอบไปด้วย 6 ด้าน ดังนี้

1. ความผูกพันทางอารมณ์ (Emotional Attachment) คือ ความสัมพันธ์ในด้านอารมณ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เช่น ความห่วงใย ความรัก เป็นต้น

ตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่ได้รับการกอดจากสมาชิกในครอบครัว มีการพูดคุย และรับฟังปัญหาเกี่ยวกับโรคเบาหวานจะรู้สึกกล้าเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น

2. บทบาทในครอบครัว (Family Roles) คือ หน้าที่ของแต่ละคนในครอบครัว เช่น ลูกคนโตเป็นผู้ตัดสินใจช่วยเหลือวิธีการรักษา เป็นต้น

ตัวอย่าง ลูกช่วยดูแลพาแม่ไปพบแพทย์ตามนัด

3. การสื่อสารในครอบครัว (Family Communication) คือ รูปแบบหรือวิธีการที่สมาชิกในครอบครัวสื่อสารกันทั้งวาจาและท่าทาง ซึ่งลักษณะของการสื่อสารที่ดี สมาชิกในครอบครัวจะมีการรับฟังกันอย่างตั้งใจ ไม่ใช่คำพูดประชดหรือคำพูดที่รุนแรง และเคารพความคิดเห็นที่แตกต่างกันของสมาชิกในครอบครัว

ตัวอย่าง สมาชิกในครอบครัวสามารถพูดและแสดงความรู้สึกได้อย่างอิสระ โดยมีสมาชิกในครอบครัวรับฟังจะมีสัมพันธภาพที่ดีกว่าครอบครัวที่หลีกเลี่ยงการพูด

4. พลวัตของอำนาจ (Power Dynamics) คือ การกระจายอำนาจในการตัดสินใจของสมาชิกในครอบครัวจะส่งผลต่อความรู้สึกกับสมาชิกในครอบครัวทุกคน เช่น ความเคารพ ความพอใจ ความไม่พอใจ เป็นต้น ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1. อำนาจรวมศูนย์ เป็นผู้อาวุโส พ่อ/แม่ตัดสินใจทุกเรื่องในครอบครัว 2. อำนาจกระจาย สมาชิกในครอบครัวทุกคนมีสิทธิ์ออกความคิดเห็น

5. การจัดการความขัดแย้ง (Conflict Resolution) คือทุกคนในครอบครัวต่างมีความขัดแย้งกัน จึงจำเป็นต้องมีทักษะในการจัดการความขัดแย้ง การจัดการที่ดีจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจกันมากยิ่งขึ้น

6. ขอบเขตในครอบครัว (Boundaries) คือ ความเคารพในความเป็นส่วนตัวซึ่งกันและกัน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ 1. ขอบเขตแบบแข็ง ไม่เปิดใจพูดน้อย ไม่ยอมรับกัน 2. ขอบเขตแบบอ่อน สมาชิกในครอบครัวมีการละเมิดความเป็นส่วนตัวของกันและกัน เช่น การเข้าห้องนอนโดยไม่ได้เคาะประตู 3. ขอบเขตที่ดี สมาชิกในครอบครัว

เคารพความเป็นส่วนตัว มีความยืดหยุ่นระหว่างกันส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวไม่เกิดความรู้สึกอึดอัด

กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2554) ซึ่งมีการพัฒนามาจากแบบประเมินครอบครัวอยู่ดีมีสุขของ นิตยา คชภักดี (2545) ที่พัฒนามาจากทฤษฎีระบบครอบครัว (Family Systems Theory) และแนวคิดเกี่ยวกับ การสื่อสาร ความสามัคคี ความยืดหยุ่น และบทบาทภายในครอบครัว (Cobb, 1976; Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981) เพื่อประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวไทย เดิมเป็นแบบสอบถามที่มีทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ 1.ครอบครัวทำหน้าที่ตามบทบาทที่เหมาะสม 2.สัมพันธภาพในครอบครัว 3.การพึ่งพาตนเอง 4. การแก้กฏลสังคมอย่างมีคุณธรรม ใช้วัดคุณภาพชีวิตของครอบครัว

แนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัวของ กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2554) ได้แบ่งองค์ประกอบสัมพันธภาพในครอบครัวเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1.การใช้เวลาร่วมกัน หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันทั้งในบ้านและนอกบ้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การทำงานบ้าน การพักผ่อนหย่อนใจ การเล่นกีฬา การเยี่ยมญาติ เป็นต้น

2. การพูดคุยปรึกษาหารือ หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวได้ร่วมสนทนาพูดคุยแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ตัดสินใจและปรึกษาหารือในการแก้ปัญหาต่างๆ ของครอบครัว

3.ความเอื้ออาทร หมายถึง การให้ความรัก ดูแลเอาใจใส่ ให้ความเคารพนับถือ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งการแสดงออกด้วยการไหว้

4.การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัว ร่วมกันรับผิดชอบงานของตนเองและส่วนรวม แบ่งเบาภาระซึ่งกันและกัน มีการอบรมสั่งสอน ปลูกฝังสิ่งที่ดีงาม และเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่กัน รวมทั้งมีการกำหนดและยอมรับกฎระเบียบ หรือข้อบังคับของบ้านร่วมกัน เป็นต้น

โดยได้แบ่งการปฏิบัติตามหน้าที่ของตนเองของสมาชิกในครอบครัว เป็น 4 ประเภท คือ

1. ครอบครัวแบบสุดขั้ว หมายถึง ครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวต่างคนต่างอยู่ ความผูกพันและความร่วมมือมีน้อย มีการปรับตัวที่ไม่ดี

2. ครอบครัวระดับกลางค่อนข้างไปทางสุดขั้ว หมายถึง ครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันน้อย ความร่วมมือ และการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง

3. ความร่วมมือระดับกลางค่อนข้างไปทางสมดุล หมายถึง ครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันปานกลาง ความร่วมมือและการปรับตัวอยู่ในระดับดี

4. ครอบครัวยุคใหม่แบบสมดุลง่าย หมายถึง ครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัว มีความผูกพันกันมาก มีความร่วมมือและมีการปรับตัวอยู่ในระดับดี

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดสัมพันธภาพในครอบครัว ของ กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2554) ที่มีการพัฒนาแบบสอบถามจากแบบประเมิน ครอบครัวอยู่ดีมีสุขของ นิตยา คชภักดี (2545) ที่ได้ประยุกต์แนวคิดมาจาก Cobb (1976) Schaefer, Coyne & Lazarus (1981) เพื่อนำมาใช้ประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวที่เหมาะสม สำหรับประเทศไทย สอดคล้องกับการศึกษานี้ ที่ต้องการศึกษาเกี่ยวกับสัมพันธภาพของสมาชิก ในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

จะเห็นได้ว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นอีกปัจจัยที่มีความสำคัญในการส่งเสริม ให้เกิดการสื่อสารพูดคุยในการแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วย ต้องรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ อีกทั้งยังส่งเสริมในด้านกำลังใจ และความเอื้ออาทรต่อกัน ในครอบครัว

2.5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพในครอบครัวกับการทำหน้าที่ ของครอบครัว

กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2554) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อีกทั้งยังส่งผลให้เกิด การพูดคุยปรึกษาหารือในการแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพ ไม่เกิดความอึดอัดใจต่อกัน จะส่งผล ให้สมาชิกในครอบครัวมีความหวังใยกันและกัน การแสดงออกโดยการถามไถ่ ทุกข์สุข ส่งผลให้ สมาชิกในครอบครัวเกิดการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

Ricardo et al. (2019) กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัวจะช่วยให้สมาชิก ในครอบครัวเกิดความหวังใยซึ่งกันและกัน เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยโดยที่สมาชิกในครอบครัวไม่มีความขัดแย้งระหว่างกัน จึงสามารถทำหน้าที่ตามบทบาท ที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้

นฤมล (2552) กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีจะช่วยให้สมาชิก ในครอบครัวมีการสื่อสารในการแก้ไขปัญหาของครอบครัว อีกทั้งยังช่วยให้สมาชิกในครอบครัว มีการทำหน้าที่ร่วมกันได้อย่างดีโดยที่ไม่เกิดความรู้สึกคับข้องใจ อีกทั้งยังกล่าวถึง สมาชิกในครอบครัวที่มีความขัดแย้งกัน เกิดความเครียดและมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ที่ไม่ชัดเจน จะส่งผลให้การทำหน้าที่ของครอบครัวลดลง

นารินทร์ สุวรรณบริบูรณ์ และคณะ (2565) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความสุขสบายใจ ลดความขัดแย้งภาพในครอบครัว อีกทั้งยังกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดี จะเกิดความตึงเครียดลดลง มีการแสดงออกในเรื่องความห่วงใยซึ่งกันและกัน ถ้ามองไปอาการที่เกี่ยวกับโรคเรื้อรังส่งผลให้เกิดการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ดี

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญกับการทำหน้าที่ของครอบครัวที่จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย โดยเป็นปัจจัยที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่มีความอึดอัดใจ หรือขัดแย้งในใจ เกิดการแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพร่วมกัน สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเอื้ออาทรต่อกันซึ่งจะนำไปสู่การทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดี

2.6 ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว

2.6.1 ความหมายของความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว

ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง (2554) ให้ความหมายว่า การรับรู้ถึงความยากลำบาก ความท้อแท้ของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวส่งผลต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

Zarit, Reever and Peterson (1980) ให้ความหมายว่า การรับรู้ความยากลำบาก ในการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว

Arruda et al., 2022 ให้ความหมายว่า การรับรู้ถึงความรู้สึกทางลบ ความเหนื่อยล้า ของสมาชิกในครอบครัวที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุ

Montgomery, Stull and Borgatta (1985) ให้ความหมายว่า การรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เป็นผลมาจากการดูแลผู้ป่วย

Dillehay and Sandy (1990) ให้ความหมายว่า การรับรู้ทางจิตใจของผู้ดูแล เป็นผลมาจากการดูแลผู้สูงอายุเกิดความกดดันทางอารมณ์ และข้อจำกัดในด้านเศรษฐกิจ

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว หมายถึง การรับรู้ถึงความยากลำบาก เหนื่อยล้าและท้อแท้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

2.6.2 องค์ประกอบของความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว

ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จากการได้รับผลกระทบที่เกี่ยวข้องเนื่องมาจากการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของสมาชิกในครอบครัว ดังที่ Zarit et al. (1980) กล่าวว่า สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นผู้ป่วยแฝงที่ไม่แสดงอาการเจ็บป่วย มีการพึ่งพาซึ่งกันและกัน เมื่อมีบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวเจ็บป่วยจะส่งผลให้ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงทั้งครอบครัว เช่น การเปลี่ยนแปลงชนิดอาหารที่รับประทานในครอบครัว ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวต้องรับประทานอาหารชนิดนั้นๆไปด้วย

ภาระของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความเครียดที่สมาชิกในครอบครัวต้องทำหน้าที่ดูแล ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวมักจะรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ในบางรายรู้สึกว่าการดูแลตนเองได้รับผลประโยชน์น้อย เช่น การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเป็นระยะเวลานาน มีการทุ่มเทเวลาในการดูแลสุขภาพทำให้เกิดความคับข้องใจ บางรายมีอาการหงุดหงิด แต่ไม่สามารถแสดงความคับข้องใจต่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้ (Deutsh, 1985) โดยคุณลักษณะที่สมาชิกในครอบครัวจะเกิดความรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นภาระในการดูแล (Liu, Heffernan and Tan, 2020) มีคุณลักษณะสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ การรับรู้ตนเอง ความเครียด และระยะเวลาในการเจ็บป่วย ดังนี้

1. การรับรู้ตนเอง เป็นความรู้สึกหรือการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวเชิงลบที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

2. ความเครียด สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย ยิ่งหากมีโรคประจำตัวจะยิ่งเกิดความเครียดมากขึ้น มักจะให้ความสนใจในการดูแลตนเองน้อยกว่าการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา เช่น ความรู้สึกเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ รู้สึกเครียด เป็นต้น อีกทั้งยังส่งผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว บางรายเกิดความแตกแยกจากความคิดเห็นไม่ตรงกับของสมาชิกในครอบครัว

3. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นเวลานาน ยิ่งทำให้เกิดความกดดันในการดูแล จนทำให้เกิดความเครียดตามมา สมาชิกในครอบครัวจึงต้องปรับตัวเพื่อให้เข้ากับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปจะช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวได้

ชนัญชิตาบุษฎี ทูลศิริ และคณะ (2554) ได้มีการแปลเป็นภาษาไทยจากแนวคิด ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวของ Zarit et al. (1980) เป็นระดับที่ผู้ดูแลรู้สึกว่หน้าที่ ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวส่งผลต่อสภาพอารมณ์ ร่างกาย สังคม และการเงินของตนเอง นำมาพัฒนา ในด้านการประเมินความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่นำไปใช้กับผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวจากการประเมินประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่มีความพิการต่างๆที่มีผลกระทบต่อดำรงชีวิตของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว โดยแบ่งองค์ประกอบความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. ความตึงเครียดส่วนบุคคล (Personal Stress) เป็นภาระความเครียด ที่เกิดจากบทบาท หรือหน้าที่ที่รับผิดชอบก้ำกลางของสมาชิกในครอบครัว เช่น สมาชิก ในครอบครัวต้องจัดการดูแลทั้งงานบ้าน งานนอกบ้านและการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้สมาชิก ในครอบครัวเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าทั้งกายและใจ ขาดความเป็นส่วนตัวทำให้เกิดภาวะหมดไฟ ความสามารถที่จะตัดสินใจ และการสื่อสารความต้องการต่อครอบครัวลดลง

2. ความขัดแย้งในตนเอง (Internal Conflict) เป็นภาวะที่สมาชิก ในครอบครัวมีความรู้สึกขัดแย้งในใจ เช่น อยากทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน แต่ไม่พร้อมหรืออยากพักผ่อนแต่ทำไม่ได้เนื่องจากต้องดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดความเครียด หรืออาจเกิดความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัวในอนาคต

3. ความรู้สึกผิด (Guilt) สมาชิกในครอบครัวรู้สึกว่ตนเองไม่ดีพอ รู้สึกผิด เมื่อตนเองต้องการเวลาส่วนตัว หรือต้องพาผู้สูงอายุไปอยู่ในบ้านพักคนชรา ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวท้อแท้และโทษตนเองบ่อยๆ

4. เจตคติที่ไม่แน่นอน (Ambivalent Attitude) สมาชิกในครอบครัว มีความรู้สึกขัดแย้งในด้านอารมณ์ ความรู้สึกที่แสดงออก เช่น ทั้งรักและโกรธผู้สูงอายุ ในเวลาเดียวกัน อาจมีท่าทีแปรปรวน เช่น วันนี้เอาใจใส่ดี แต่อีกวันหงุดหงิดใส่ผู้สูงอายุ หรือสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว

Walker and Avant (2005) ได้กล่าวถึงแนวคิดของสมาชิกในครอบครัว ที่ดูแลผู้ป่วย ซึ่งประกอบได้ด้วย 4 มิติ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการรับรู้จากความรู้สึกส่วนตัวของบุคคลที่ดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว จะมากขึ้นตามความซับซ้อน หรือความรุนแรงของโรคที่เกิดกับผู้ป่วย ซึ่งภาระของครอบครัวแบ่ง ออกเป็น 2 ด้าน ทั้งด้านบวกและด้านลบ ได้แก่ การมีเทคนิคในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น การมี ความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น เป็นต้น ส่วนใหญ่มักเกิดภาระของครอบครัว ขึ้นเป็นด้านลบ ได้แก่ ความรู้เครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นจากการดูแล รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องเนื่องมาจากการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ มีเวลา

ในการดูแลตนเองลดลง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาระงานที่ของสมาชิกในครอบครัวให้มีการแบ่งเบาภาระการดูแล และมีสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวลดลงจากการที่สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือเอื้ออาทรต่อกัน

McPherson, Wilson and Murray (2007) กล่าวว่า การที่สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งรู้สึกว่าเป็นภาระอาจส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวในหลายมิติ ดังนี้

1. ด้านการสื่อสาร สมาชิกในครอบครัวจะหลีกเลี่ยงการพูดคุยหรือแสดงออกความต้องการทำให้เกิดช่องว่างในครอบครัว
2. ด้านความผูกพันทางอารมณ์ เมื่อมีความรู้สึกตึงเครียด อาจส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นรู้สึกห่างเหิน ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของกันและกันอย่างเต็มที่
3. ด้านบทบาทหน้าที่ สมาชิกในครอบครัวเกิดความไม่สมดุลของภาระในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งต้องรับผิดชอบหน้าที่ในการดูแลมากเกินไป อาจทำให้เกิดความเครียด ความขัดแย้งหรือหมดไฟในการดูแล (Caregiver burnout)
4. ด้านการตัดสินใจร่วมกัน สมาชิกในครอบครัวรู้สึกเหนื่อยจากการดูแลผู้สูงอายุทำให้ไม่อยากมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสมทำให้ครอบครัวเสียสมดุลในการมีส่วนร่วม

ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว เป็นการรับรู้ความรู้สึกของผู้ดูแล การรับรู้ความรู้สึกส่วนบุคคลขึ้นอยู่กับโรคร่วม หรือภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดความรุนแรงของการเจ็บป่วย การศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้เข้ากับบริบทครอบครัวในประเทศไทย โดยบุคคลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านตามสภาพสังคมไทยมองว่าควรเป็นบทบาทหน้าที่ของญาติ หรือสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นระยะเวลายาวนาน การให้การดูแลที่บ้านเป็นงานหนัก และซับซ้อน ต้องอาศัยความพยายาม และการดูแลอย่างต่อเนื่อง สมาชิกในครอบครัวต้องปรับตัวและเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของตนเองจากเดิมที่เคยดำรงอยู่ เช่น การสูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน นอกจากนี้การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านยังก่อให้เกิดความเหน็ดเหนื่อย และความเครียด ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของสมาชิกในครอบครัว นำไปสู่ปัญหาในด้านต่าง ๆ ทั้งในด้านการดูแลตนเองของสมาชิกในครอบครัว และความเครียดที่เกิดจากการดูแลทำให้ขาดกำลังใจในการกำกับติดตามดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่เกี่ยวข้องต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีสมาชิกที่ต้องการการดูแลระยะยาว หากสามารถส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเปิดรับ เข้าใจ และแบ่งเบาภาระกันอย่างเป็นระบบ

จะช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัว และส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวโดยรวม (McPherson et al., 2007)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวของ ชันญชิตาดุษฎี ทูลศิริ และคณะ (2554) ที่ประยุกต์มาจาก Zarit et al. (1980) และครอบคลุมทั้งการใช้ประเมินภาระของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่พบการศึกษาในกลุ่มของผู้ดูแลซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นภาระของบุคคลเพียงคนเดียวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ในการศึกษาเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์ใช้กับสมาชิกในครอบครัวที่มีการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพื่อหาความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้สูงอายุ

2.6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว

Ni, Liu, Yang and Qin (2025) พบว่า สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวในระดับปานกลางถึงรุนแรง จากการที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีโรคร่วมมากกว่า 1 ชนิด จึงส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีการปรับบทบาทในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ทำงานประจำ ไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน ส่งผลให้เกิดความตึงเครียดภายในครอบครัว บางครั้งเกิดความขัดแย้งในการทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน จากการที่ไม่สามารถลงงานได้ เมื่อถึงเวลานัดพบแพทย์ อาจเกิดการตำหนิต้าทอกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวส่งผลให้การทำหน้าที่ของครอบครัวไม่มีประสิทธิภาพ

Molla et al. (2023) พบว่า การรับรู้ภาระของครอบครัวในระดับปานกลางถึงรุนแรง เนื่องมาจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีประวัติการนอนโรงพยาบาลจะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลเพิ่มมากยิ่งขึ้น เกิดความตึงเครียดในการดูแลจากค่าระดับน้ำตาลที่ควบคุมไม่ได้ บางรายรู้สึกท้อแท้จนเกิดความเครียดอันเนื่องมาจากการดูแลส่งผลให้เกิดความตึงเครียดระหว่างสมาชิกครอบครัวกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน บางครั้งอาจจะเลยจากหน้าที่เพื่อที่จะให้ตนเองได้ผ่อนคลายความเครียด

Yustisia et al. (2022) กล่าวว่า สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย จะมีการเข้าสังคม เพื่อพบปะเพื่อนสนิทน้อยลงจากการที่จะต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่างต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแล ได้แก่ การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว การรับประทานยา การประสานงานตรวจรักษาที่โรงพยาบาล การพาไปพบแพทย์ และการรับประทานยาที่เหมาะสม อีกทั้งยังต้องช่วยดูแลในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาที่นอกเหนือจากสิทธิทางการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแล มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเองลดลง ในบางรายเกิดความรู้สึกท้อแท้ และความเครียดตามมาส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวปล่อยปะละเลยในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

Arruda et al. (2022) พบว่า สมาชิกในครอบครัวไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นภาระ ยังกล่าวว่า ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวเกิดจากสมาชิกในครอบครัวมีการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เกิดความรู้สึกว่าการดูแลเป็นเรื่องที่ยากลำบาก กลัวการเสียชีวิตหรือผลที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยจึงเกิดความตึงเครียดในการที่จะต้องดูแลกำกับควบคุมในเรื่องของการรับประทานยา และการออกกำลังกาย อีกทั้งยังมีเวลาส่วนตัวน้อยลง ลดการพบปะกับเพื่อนที่สนิทเนื่องมาจากต้องรับผิดชอบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดความท้อแท้ที่จะทำหน้าที่ดูแล จึงทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวไม่มีประสิทธิภาพ

จะเห็นได้ว่า ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว เป็นหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการทำหน้าที่ของครอบครัวลดลง จากการที่ต้องเผชิญกับปัญหาความยากลำบากในการดูแล เกิดความรู้สึกตึงเครียด ท้อแท้ และเหนื่อยล้า จนทำให้เกิดการปล่อยปะละเลยหน้าที่ในการดูแลส่งผลให้การทำหน้าที่ของครอบครัวไม่มีประสิทธิภาพ

โดยสรุป โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก โดยพบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่พบการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 21.12 ซึ่งมากกว่าวัยอื่นๆ (กรมอนามัย, 2565; International Diabetes Federation, 2024) ซึ่งทิศทางการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของผู้สูงอายุในระดับประเทศและทั่วโลกสอดคล้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มากเป็นลำดับต้นๆของภาคเหนือ และเป็น 1 จังหวัด ที่ไม่ผ่านเกณฑ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกระทรวงสาธารณสุขเมื่อเทียบกับอีก 4 จังหวัดที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 2 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 21.48 อีกทั้งยังพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 1 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคเบาหวานวัยอื่นๆ ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์, 2568) ผู้สูงอายุจะมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพเนื่องมาจากการเสื่อมถอยของร่างกายตามวัย ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาล

ในเลือดเป็นไปได้ยากมากยิ่งขึ้น ยิ่งหากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา (สายฝน ม่วงคุ่ม และคณะ, 2563; อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, 2563) การที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้นั้น สมาชิกในครอบครัวจะต้องเข้ามามีบทบาทในการทำหน้าที่ของครอบครัว เพื่อที่จะดูแลผู้สูงอายุ อีกทั้งครอบครัวยังประสบผลกระทบจากการที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานจึงต้องมีการพูดคุยตกลงกันในการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ในทุก ๆ ด้าน ส่งผลให้เกิดการปรับตัวและความรับผิดชอบที่มากยิ่งขึ้น เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลภายในครอบครัว (ธนพงศ์พันธ์ พวงทวี, 2563; ชีรนนท์ วรรณศิริ, 2562; วิราสิริรี วสิวีร์สิริ, 2564; สายฝน ม่วงคุ่ม และคณะ, 2563) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในมุมมองของครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 1 คน ซึ่งเมื่อพิจารณาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแล้ว พบว่า สอดคล้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของ McMaster Model ซึ่งเชื่อว่าบุคคลในครอบครัวที่อยู่ร่วมกันส่งผลกับพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัว โดยพฤติกรรมของสมาชิกคนหนึ่งมีอิทธิพลต่อสมาชิกคนอื่นๆ (Epstein et al., 2000) ดังนั้นการที่จะศึกษาครอบครัวจึงมองจากสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 1 คน แล้วนำมาประยุกต์ใช้กับการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ เพศ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว (นารินทร์ สุวรรณบริบูรณ์ และคณะ, 2565; นฤมล มโนคำ, 2552; นีรวรรณ เทิร์นโบล และคณะ, 2561; ชีรนนท์ วรรณศิริ, 2562; Arruda et al., 2022; Elias et al., 2019; Pires et al., 2022; Sousa et al., 2021; Sousa-Muñoz & Sá, 2020) เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยในด้านมุมมองของสมาชิกในครอบครัวจากการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจะพบการศึกษาที่กล่าวถึง 3 ปัจจัยนี้ คือ แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว เข้ามาเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในหลายการศึกษา แต่ยังไม่พบการศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในประเทศไทย แต่พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับบุคคลหลายการศึกษา (จิรัชยา หลาวมา และคณะ, 2563; นารินทร์ สุวรรณบริบูรณ์ และคณะ, 2565; Arruda et al., 2022; Molla et al., 2023; Elias et al., 2019; Sousa-Muñoz & Sá, 2020; Pires et al., 2022; Sousa et al., 2021) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาทั้ง 3 ปัจจัยนี้ในมุมมองของสมาชิกในครอบครัว จึงนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาหาความสัมพันธ์เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research design) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.2.1 ประชากร คือ สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จำนวน 72,815 ครอบครัว (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบูรณ์, 2567)

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 93 ครอบครัว ครอบครัวละ 2 ราย ในเขตพื้นที่จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกของการศึกษาวิจัย ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria) คือ

1. บุคคลที่มีอายุ ≥ 18 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือดกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c) $\geq 7\%$ และผู้สูงอายุบอกว่าเป็นผู้ดูแลจำนวนครอบครัวละ 2 ราย
2. อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
3. สามารถพูดสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) คือ

1. บุคคลที่ไม่ได้ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องในช่วงเวลา 6 เดือน
2. บุคคลที่ถูกจ้างให้มาดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

3.2.2.1 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้คำนวณกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1.9.4 โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation product moment) โดยเลือก Exact Correlation : Bivariate normal model ในการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) เท่ากับร้อยละ 80 กำหนดความเชื่อมั่นระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ .05 กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ 0.3 โดยอ้างอิงจากผลการวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันของ นารินทร์ สุวรรณบริบูรณ์, นิสากร กรุงไกรเพชร, และวรรณรัตน์ ลาวัง (2565) เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 84 ครอบครัว เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์และความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Polit & Beck, 2017) จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 93 ครอบครัว โดยมีการได้มาของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

3.2.2.2 การสุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างจากประชากรซึ่งแบ่งหน่วยตัวอย่างของประชากรเป็นชั้นภูมิตามพื้นที่ของประชากรที่แตกต่างกัน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 พิจารณาจากโซนพื้นที่ในเขตจังหวัดเพชรบูรณ์ ประกอบด้วย 3 โซน ได้แก่ โซนเหนือ โซนกลาง และโซนใต้ จำนวน 72,815 ครอบครัว (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบูรณ์, 2567)

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยทำการสุ่มอำเภอในโซนพื้นที่ โซนเหนือ โซนกลาง และโซนใต้ ได้โซนละ 1 อำเภอ ได้แก่ อำเภอหล่มสัก, อำเภอเมือง และอำเภอวิเชียรบุรี ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยทำการสุ่มตำบลในอำเภอหล่มสัก, อำเภอเมือง และอำเภอวิเชียรบุรี ได้แก่ ตำบลห้วยไร่, ตำบลนายม และตำบลบ่อรัง ตามลำดับ

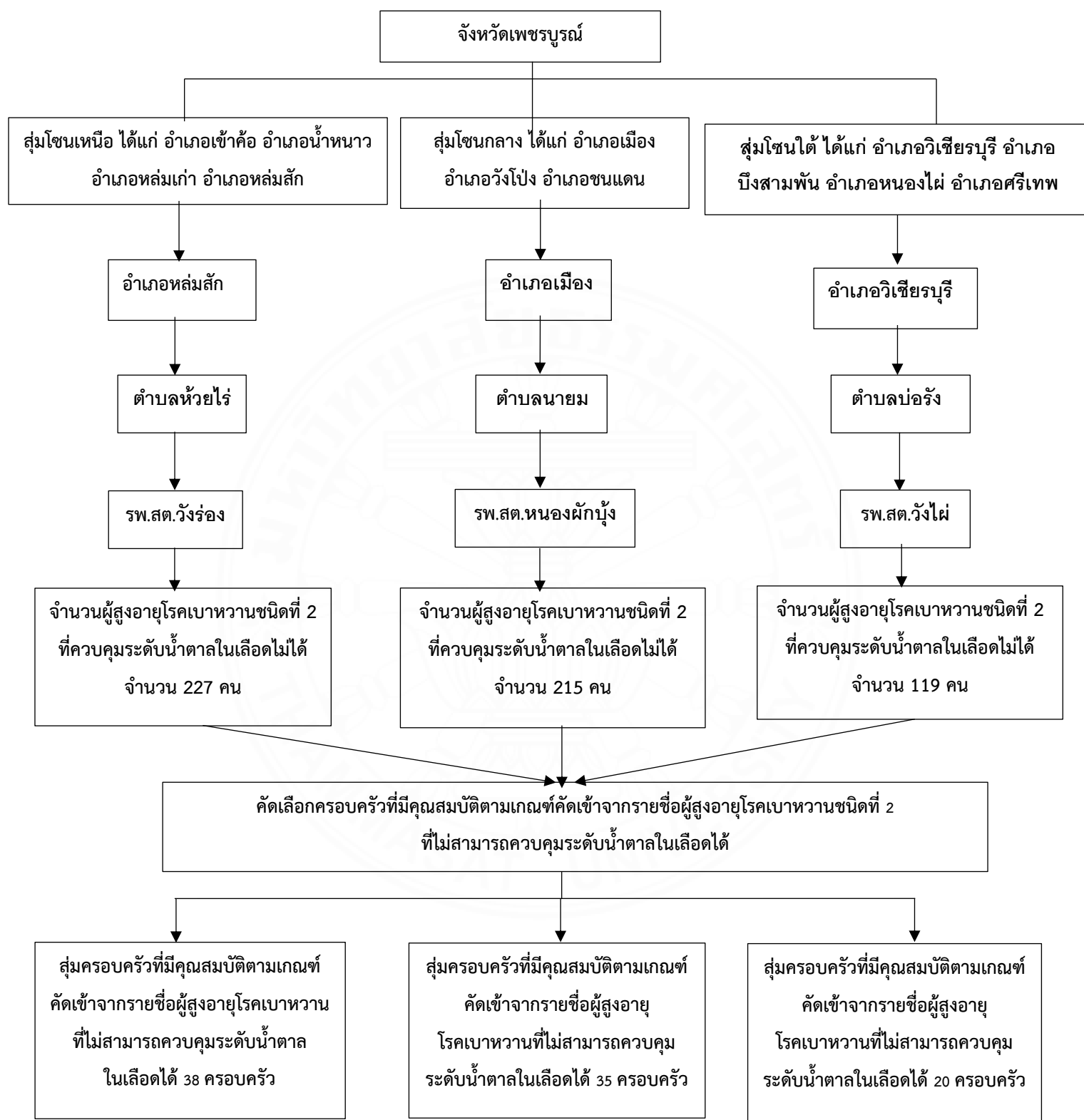
ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยทำการสุ่ม รพ.สต. ในตำบล ได้รพ.สต. วังร่อง, รพ.สต. หนองผักนึ่ง และรพ.สต. วังไผ่ มีจำนวนผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 227 คน , 215 คน และ 119 คน ตามลำดับ โดยคำนวณสัดส่วนของประชากรในแต่ละ รพ.สต. ดังรายละเอียดในตาราง

ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณตามสัดส่วนประชากรของแต่ละโซนพื้นที่ที่จะเก็บข้อมูล

ตำบล	รพ.สต.	จำนวนผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (ครอบครัว)
ห้วยไร่	วังร่อง	227	38
นายม	หนองผักนึ่ง	215	35
วังไผ่	วังไผ่	119	20
	รวม	561	93

ขั้นตอนที่ 5 ผู้วิจัยนำรายชื่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ทั้ง 3 รพ.สต. ได้แก่ รพ.สต. วังร่อง, รพ.สต. หนองผักนึ่ง และรพ.สต. วังไผ่ จากฐานข้อมูลกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2568) ไว้เป็นกรอบตัวอย่าง (Sampling Frame) ของแต่ละ รพ.สต. และคัดเลือกรายชื่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลอย่างน้อย 2 คน โดยมี อสม. ช่วยคัดเลือกครอบครัวจากรายชื่อที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้า

ขั้นตอนที่ 6 ผู้วิจัยนำครอบครัวของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้ามาทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random Sampling Method) โดยการสุ่มแบบใส่คืนเพื่อให้มีโอกาสถูกสุ่มโดยเท่าเทียมกัน หากสุ่มได้รายชื่อเดิมจะทำการสุ่มแบบใส่คืน (With Replacement Sampling) โดยผู้วิจัยใส่รายชื่อกลับเพื่อทำการสุ่มใหม่ให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ รพ.สต. วังร่อง, รพ.สต. หนองผักนึ่ง และรพ.สต. วังไผ่ จำนวน 38 , 35 และ 20 ครอบครัว ตามลำดับ



แผนภาพที่ 3.1 แผนผังแสดงการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 5 ชุด โดยให้ผู้ตอบพิจารณาว่าข้อความเหล่านั้น ตรงกับครอบครัวของผู้ตอบแบบสอบถามมากน้อยเพียงใด

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานครอบครัว ประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัว/เดือน จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแล โดยเฉลี่ย ผลกระทบต่อการทำงานประจำจากการดูแลผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน โรคร่วมอื่น สิทธิการรักษา ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด และภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม Chulalongkorn Family Inventory (CFI) ตามแนวคิด McMaster Model ของ อูมาพร ตรังคสมบัติ (2544) แบบสอบถามชุดนี้มีค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.98 และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.81 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน และการปฏิบัติหน้าที่ทั่วไป ได้แก่

การแก้ปัญหา ได้แก่ ข้อ 1, 2, 8, 25 และ 26

การสื่อสาร ได้แก่ ข้อ 9, 16, 23, 28 และ 31

การตอบสนองทางอารมณ์ ได้แก่ ข้อ 4, 11, 18, 34 และ 35

ความผูกพันทางอารมณ์ ได้แก่ ข้อ 5, 12, 21, 24 และ 33

บทบาท ได้แก่ ข้อ 3, 10, 17 และ 29

การควบคุมพฤติกรรม ได้แก่ ข้อ 6, 13, 27 และ 30

การปฏิบัติหน้าที่ทั่วไป ได้แก่ ข้อ 7, 14, 15, 19, 20, 22, 32 และ 36

ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 24 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 12 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณค่า (Likert scale) โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ (ไม่ตรงเลย ตรงเล็กน้อย ตรงปานกลาง ตรงมากที่สุด)

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ตรงมากที่สุด	4	1
ตรงปานกลาง	3	2
ตรงเล็กน้อย	2	3
ไม่ตรงเลย	1	4

การแปลผล

คะแนนมาก หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีการทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ดี โดยใช้เกณฑ์ในการแปลความหมาย ซึ่งผู้วิจัยกำหนดระดับการทำหน้าที่ของครอบครัว เป็น 3 ระดับ โดยมีคะแนนทั้งหมด ดังนี้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

คะแนนที่ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ 33 (36 - 72 คะแนน)	หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีการทำหน้าที่ในการดูแล ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่ดี
คะแนนที่ได้อยู่ในเปอร์เซ็นต์ไทล์ 33-66 (73 - 108 คะแนน)	หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีการทำหน้าที่ในการดูแล ผู้สูงอายุโรคเบาหวานปานกลาง
คะแนนที่สูงกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ 66 (109 - 144 คะแนน)	หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีการทำหน้าที่ในการดูแล ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ดี

การแปลผลรายด้าน โดยจะรวมคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อแล้วนำมาจำแนกรายด้าน คิดคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านตามจำนวนข้อคำถาม กำหนดเกณฑ์เพื่อแปลความหมายของการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยในแต่ละด้าน ดังนี้

ด้านการแก้ปัญหา, ด้านการสื่อสาร, ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ และด้านความผูกพันทางอารมณ์ เป็นด้านที่มีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 20 คะแนน กำหนดเกณฑ์เพื่อแปลความหมาย ดังนี้

คะแนนที่ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ 33 (< 6.6 คะแนน)	หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีการทำหน้าที่ในการดูแล ผู้สูงอายุโรคเบาหวานในด้านนั้นไม่ดี
คะแนนที่ได้อยู่ในเปอร์เซ็นต์ไทล์ 33-66 (6.6 – 13.2 คะแนน)	หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีการทำหน้าที่ในการดูแล ผู้สูงอายุโรคเบาหวานในด้านนั้นปานกลาง
คะแนนที่สูงกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ 66 (> 13.2 คะแนน)	หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีการทำหน้าที่ในการดูแล ผู้สูงอายุโรคเบาหวานในด้านนั้นดี

ด้านบทบาท และด้านการควบคุมพฤติกรรม เป็นด้านที่มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ คะแนนรวมทั้งหมด 16 คะแนน กำหนดเกณฑ์เพื่อแปลความหมาย ดังนี้

คะแนนที่ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ 33 (< 5.28 คะแนน)	หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีการทำหน้าที่ในการดูแล ผู้สูงอายุโรคเบาหวานในด้านนั้นไม่ดี
คะแนนที่ได้อยู่ในเปอร์เซ็นต์ไทล์ 33-66 (5.28 - 10.56 คะแนน)	หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีการทำหน้าที่ในการดูแล ผู้สูงอายุโรคเบาหวานในด้านนั้นปานกลาง
คะแนนที่สูงกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ 66 (> 10.56 คะแนน)	หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีการทำหน้าที่ในการดูแล ผู้สูงอายุโรคเบาหวานในด้านนั้นดี

ด้านการปฏิบัติหน้าที่ทั่วไป เป็นด้านที่มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ คำถาม
คะแนนรวมทั้งหมด 32 คะแนน กำหนดเกณฑ์เพื่อแปลความหมาย ดังนี้

คะแนนที่ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ 33 (< 10.56 คะแนน)	หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีการทำหน้าที่ในการดูแล ผู้สูงอายุโรคเบาหวานในด้านนั้นไม่ดี
คะแนนที่ได้อยู่ในเปอร์เซ็นต์ไทล์ 33-66 (10.56 - 21.12 คะแนน)	หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีการทำหน้าที่ในการดูแล ผู้สูงอายุโรคเบาหวานในด้านนั้นปานกลาง
คะแนนที่สูงกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ 66 (> 21.12 คะแนน)	หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีการทำหน้าที่ในการดูแล ผู้สูงอายุโรคเบาหวานในด้านนั้นดี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยดัดแปลงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ นารินทร์ สุวรรณบริบูรณ์, นิสากร กรุงไกรเพชร และวรรณรัตน์ ลาวัง (2565) ที่สร้างขึ้นโดยศึกษาจากแนวคิดของเฮาส์ (1981) แบบสอบถามชุดนี้มีค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.98 และ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.81 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า มีจำนวน 4 ข้อคำถาม 2) ด้านวัตถุประสงค์ของ มีจำนวน 2 ข้อคำถาม 3) ด้านอารมณ์ มีจำนวน 4 ข้อคำถาม 4) ด้านข้อมูลข่าวสาร มีจำนวน 4 ข้อคำถาม

ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรประมาณค่า (Likert scale) โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ (มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด)

คะแนน	คำตอบ
4	มาก
3	ปานกลาง
2	น้อย
1	น้อยที่สุด

การแปลผล

คะแนนมาก หมายถึง สมาชิกในครอบครัวได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาก

โดยใช้เกณฑ์ในการแปลความหมาย ซึ่งผู้วิจัยกำหนดระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวเป็น 4 ระดับ โดยคะแนนทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 4-56 คะแนน ดังนี้ (ปารีชาติ โรจน์พลากร-ภูิช และยุวดี ฤาชา, 2549)

4-14 คะแนน หมายถึง สมาชิกในครอบครัวได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับน้อยที่สุด

15-28 คะแนน หมายถึง สมาชิกในครอบครัวได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย

29-42 คะแนน หมายถึง สมาชิกในครอบครัวได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

43-56 คะแนน หมายถึง สมาชิกในครอบครัวได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

การแปลผลโดยรวมคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อแล้วนำมาจำแนกรายด้าน คิดคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านตามจำนวนข้อคำถาม กำหนดเกณฑ์เพื่อแปลความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว โดยพิจารณาจากค่าเฉลี่ยในแต่ละด้าน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 -1.75 หมายถึง สมาชิกในครอบครัวได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านนั้นน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.76 - 2.48 หมายถึง สมาชิกในครอบครัวได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านนั้นน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.49 - 3.24 หมายถึง สมาชิกในครอบครัวได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านนั้นปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.25 - 4.00 หมายถึง สมาชิกในครอบครัวได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านนั้นมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว โดยดัดแปลงจากแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัวของ กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว (2554) แบบสอบถามชุดนี้มีค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.98 และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.78 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การใช้เวลาร่วมกัน มีจำนวน 3 ข้อคำถาม 2) การพูดคุยปรึกษาหารือ มีจำนวน 7 ข้อคำถาม 3) ความเอื้ออาทรมี จำนวน 8 ข้อคำถาม 4) การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ มีจำนวน 4 ข้อคำถาม มีคำถามทางบวก 20 ข้อ และคำถามทางลบ 2 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณค่า (Likert scale) โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ (ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ)

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	4	1
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	3	2
ปฏิบัติบางครั้ง	2	3
ไม่เคยปฏิบัติ	1	4

การแปลผล

คะแนนมาก หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี

โดยใช้เกณฑ์ในการแปลความหมาย ซึ่งผู้วิจัยกำหนดระดับสัมพันธภาพในครอบครัว เป็น 3 ระดับ โดยคะแนนทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 22-88 คะแนน ดังนี้

22-44 คะแนน หมายถึง ครอบครัวมีสัมพันธภาพในระดับน้อย

45-66 คะแนน หมายถึง ครอบครัวมีสัมพันธภาพในระดับปานกลาง

67-88 คะแนน หมายถึง ครอบครัวมีสัมพันธภาพในระดับมาก

การแปลผลโดยรวมคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อแล้วนำมาจำแนกรายด้าน คิดคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้าน ตามจำนวนข้อคำถาม กำหนดเกณฑ์เพื่อแปลความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัว โดยพิจารณาจาก ค่าเฉลี่ยในแต่ละด้าน ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง ครอบครัวมีสัมพันธภาพในด้านนั้นน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง ครอบครัวมีสัมพันธภาพในด้านนั้นปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง ครอบครัวมีสัมพันธภาพในด้านนั้นมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว โดยดัดแปลงจากแบบสอบถาม ภาระของครอบครัวของ ชัญญูชิตาดุษฐ์ ฑูลศิริ, รัชนี้ สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง (2554) ที่ศึกษาจากแนวคิดของ Zarit Burden Interview (ZBI) (1980) แบบสอบถามชุดนี้มีค่าความตรง ของเนื้อหาเท่ากับ 1 และมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.79 ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล มีจำนวน 4 ข้อคำถาม 2) ความขัดแย้งในตนเอง มีจำนวน 9 ข้อคำถาม 3) ความรู้สึกผิด มีจำนวน 4 ข้อคำถาม 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน มีจำนวน 5 ข้อคำถาม

ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณค่า โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ (เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง ไม่เคยเลย)

คะแนน	คำตอบ
4	เป็นประจำ
3	บ่อยครั้ง
2	บางครั้ง
1	นานๆครั้ง
0	ไม่เคยเลย

การแปลผล

คะแนนมาก หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกเป็นภาระมาก

โดยใช้เกณฑ์ในการแปลความหมาย ซึ่งผู้วิจัยกำหนดระดับความรู้สึกเป็นภาวะของครอบครัว เป็น 4 ระดับ โดยคะแนนทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 0-88 คะแนน ดังนี้ (Zarit et al., 1980)

0-20 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะถึงมีภาวะเล็กน้อย

21-40 คะแนน หมายถึง มีภาวะเล็กน้อยถึงปานกลาง

41-60 คะแนน หมายถึง มีภาวะปานกลางถึงมาก

61-88 คะแนน หมายถึง มีภาวะอย่างมาก

การแปลผลโดยรวมคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อแล้วนำมาจำแนกรายด้าน คิดคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านตามจำนวนข้อคำถาม กำหนดเกณฑ์เพื่อแปลความหมายของความรู้สึกเป็นภาวะของครอบครัว โดยพิจารณาจากเกณฑ์ (ปาริชาติ โรจน์พลากร-กฤษ และยุวดี ฤชา, 2549) ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{พิสัย}}{\text{ชั้น}} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{4-0}{4} = 1$$

ค่าเฉลี่ย 0.00-1.00 หมายถึง สมาชิกในครอบครัวไม่มีภาวะถึงมีภาวะเล็กน้อยในด้านนั้น

ค่าเฉลี่ย 1.01-2.00 หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีภาวะเล็กน้อยถึงปานกลางในด้านนั้น

ค่าเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีภาวะปานกลางถึงมากในด้านนั้น

ค่าเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีภาวะอย่างมากในด้านนั้น

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

3.4.1 การทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

3.4.1.1 ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาวะของครอบครัว เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษาและความชัดเจนในการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

3.4.1.2 จากนั้นนำแบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาวะของครอบครัว นำไปเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบอีกครั้ง จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพครอบครัว (family health) 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน 1 ท่าน

3.4.1.3 ภายหลังจากผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณา และผู้วิจัยนำเครื่องมือมาคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหา Content validity index (CVI) กำหนดค่ายอมรับได้ไว้ที่ 0.80 ขึ้นไป ถือว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์คุณภาพดี (Polit & Hunger, 1997) และผู้วิจัยนำไปปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

3.4.2 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

3.4.2.1 หลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดหลังปรับแก้ไปทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ณ รพ.สต. หนองคัน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ครอบครัว

3.4.2.2 จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) กำหนดค่าที่ยอมรับได้ที่ 0.70 ขึ้นไป (Polit & Hunger, 1997) ผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังแสดงในตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index) และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

เครื่องมือ	CVI	ค่า Reliability
1.แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	0.99	0.82
2.แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	0.90	0.81
3.แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว	0.96	0.83
4.แบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว	0.98	0.82

3.5 การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1 ขั้นตอนเตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1.1. เมื่อคณะกรรมการอนุมัติข้อเสนอแนะโครงสร้างวิทยานิพนธ์แล้ว ดำเนินการส่งโครงสร้างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เพื่อพิจารณาความเห็นชอบในการวิจัย

3.5.1.2. ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรม และความเห็นชอบอนุมัติ ให้ดำเนินการวิจัยในคนจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือ แนะนำตัวพร้อมเอกสารโครงสร้างวิทยานิพนธ์ เครื่องมือในการวิจัย หนังสืออนุมัติจริยธรรม การวิจัย และหนังสือส่งสำนักงานกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อขอความอนุเคราะห์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1.3. เมื่อได้หนังสือตอบรับจากสำนักงานกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบูรณ์ ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัว และชี้แจงรายละเอียดจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พร้อมเอกสารโครงสร้างวิทยานิพนธ์ เครื่องมือในการทำวิจัย และหนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยส่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขออนุญาตลงพื้นที่เก็บข้อมูล

3.5.2 ขั้นตอนดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.2.1 เมื่อได้รับอนุมัติให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล อนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยประสานงานเพื่อกำหนดวัน เวลา และนัดหมาย กับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

3.5.2.2 ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขอรายชื่อของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้ โดยมีค่า HbA1c ≥ 7 % ในระยะเวลา 6 เดือน และขอความร่วมมือแจ้งไปยัง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.5.2.3 ผู้วิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่างล่วงหน้า 2-3 วัน ก่อนการเก็บข้อมูล โดยการโทรศัพท์เพื่อแจ้งขออนุญาตเก็บข้อมูล และนัดหมายการเก็บข้อมูลแบบสอบถามที่บ้าน ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สะดวกตอบแบบสอบถามที่บ้าน ผู้วิจัยจะนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ ที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการตอบแบบสอบถาม

3.5.2.4 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน โดยผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เป็นผู้ที่บอกว่าสมาชิกในครอบครัวคนใดเป็นผู้ดูแลหลักจำนวนครอบครัวละ 2 คน จึงตกลง กับกลุ่มตัวอย่างเลือกสถานที่ภายในบ้านที่ใช้ในการเก็บข้อมูลให้มีบรรยากาศที่เป็นส่วนตัว ไม่มีการรบกวนจากสิ่งแวดล้อมภายนอก จัดตำแหน่งระหว่างผู้วิจัย และกลุ่มตัวอย่างในการนั่ง ตอบแบบสอบถามให้มีระยะห่างพอประมาณ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการผ่อนคลาย และไม่มี ความกดดันในการตอบแบบสอบถาม

3.5.2.5 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของแบบสอบถามในขั้นตอนการเก็บข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างที่จะตอบแบบสอบถาม ให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานบอกว่ากลุ่มตัวอย่างคนใดที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 2 คน/ครอบครัว รวมไปถึงให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอม และสมัครใจ ในการเข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ พร้อมชี้แจง ให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือปฏิเสธก็ได้ตามความสมัครใจ โดยให้เวลา ในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยหรือหากมีการเปลี่ยนใจในระหว่างเข้าร่วมการวิจัยสามารถ ออกจากกระบวนการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆทั้งสิ้น

3.5.2.6 ผู้วิจัยพูดคุยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ กลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจและคลายความกังวลรวมถึงเน้นย้ำ และให้ความมั่นใจ ถึงการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้จะไม่ผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น เนื่องจากมีนาเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น ก่อนที่จะดำเนินการแจกแบบสอบถาม การเก็บข้อมูลใน การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลจากครอบครัว โดยกลุ่มตัวอย่าง เป็นสมาชิกครอบครัวครอบครัวละ 2 คน โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านแบบสอบถาม จำนวน 1 ชุดต่อครอบครัว ซึ่งให้สมาชิกทั้งสองคนร่วมกันพิจารณาตอบแบบสอบถาม เพื่อตอบคำถามให้ได้คำตอบเดียวกัน โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้น ให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุยตกลงกันเพื่อให้ได้คำตอบในข้อนั้นๆ ในการตอบแบบสอบถามทั้งหมด จะใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถตกลงกันในการเลือกคำตอบในข้อนั้นๆได้ ผู้วิจัย ให้เวลาในการพูดคุยตกลงกันเพื่อให้ได้คำตอบ หากกรณีที่ยังตกลงกันเลือกคำตอบ ไม่ได้ ผู้วิจัยจะถามข้อคำถามถัดไปแล้วกลับมาถามข้อนั้นใหม่

3.5.2.7 หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบ ความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

3.6 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านกระบวนการพิจารณา และอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม 2568 (COA No. 069/2568) รหัสโครงการวิจัย 66NU035 และให้การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ตลอดกระบวนการวิจัย ดังนี้

3.6.1 ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือจาก กลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งนำหนังสือเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant information sheet) แก่กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า มีสิทธิ์ที่จะตอบ หรือปฏิเสธไม่ตอบก็ได้ ตามความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างท่านใดไม่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย สามารถแจ้งความประสงค์ได้ทันทีตลอดการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิต หรือการรับการรักษาพยาบาลใดๆทั้งสิ้น และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ นำเสนอเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อที่มาของแหล่งข้อมูล และจะไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลไปถึงผู้ให้ข้อมูลได้

3.6.2 กลุ่มตัวอย่างทุกรายลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมงานวิจัยที่ผู้วิจัย แบนมากับแบบสอบถาม ในการรักษาความลับในการวิจัยสามารถทำลายเช่นแทนการเขียน ด้วยลายมือชื่อ หรือปับลายนิ้วมือแทนได้

3.6.3 ในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ หากทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่สบายใจ ผู้วิจัยจะรับฟังปัญหาเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ระบายความทุกข์ใจ

3.6.4 การทำลายแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะทำลายเอกสารทั้งหมดเมื่อผู้วิจัยได้มีการ นำเสนอผลการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

3.6.5 เมื่อการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ ในการดูแลสุขภาพ และช่วยประเมินภาวะสุขภาพครอบครัวในเบื้องต้น รวมทั้งให้การดูแล ในสิ่งที่เป็นการต้องการของกลุ่มตัวอย่างในรายที่มีปัญหา

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อสิ้นสุดการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

3.7.1 วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ข้อมูลพื้นฐานของครอบครัว ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.7.2 วิเคราะห์สถิติอ้างอิง (Inferential Statistics)

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว กับตัวแปรตาม ได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบที่ระดับ .05 โดยก่อนการวิเคราะห์มีการตรวจสอบข้อมูลว่าเป็นไปตามข้อตกลง (Assumption) ของสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ดังนี้

1) ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม เป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง มีค่าในมาตรวัดช่วงมาตร และ อัตราส่วนมาตรา มีการแจกแจงปกติ (Normal distribution) เนื่องจากข้อมูลตัวแปรที่ศึกษามีการแจกแจงแบบไม่ปกติ (Non-distribution) การแสดงค่าสถิติ Kolmogorov-smirnov test ของการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว และสัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ .000, .000, .200 และ .046 ตามลำดับ

2) รูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship) พิจารณาได้จากลักษณะการกระจายของข้อมูลในแผนภาพการกระจาย (Scatter plot) ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม กราฟที่ได้เป็นเส้นตรงของความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Non-Linear relationship) (ดังภาคผนวก ข)

3) กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่เพียงพอ โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power Version 3.1.9.4 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการวิเคราะห์ข้อมูล 93 ครอบครัว

4) กลุ่มตัวอย่างได้จากวิธีการสุ่มจากประชากร (Random Selection) การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling)

5) เนื่องจากข้อมูลตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว ไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติพารามेटริกซ์ (Parametric Statistics) จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Correlation) และในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว กับตัวแปรตาม ได้แก่ การทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ใช้สถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ใช้ในการทดสอบที่ระดับ .05

โดยเมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แล้วค่า r มีค่าเข้าใกล้ -1 หรือ 1 แสดงถึงความสัมพันธ์กันในระดับสูงแต่หากเข้าใกล้ 0 มากแสดงว่ามีระดับความสัมพันธ์กันน้อยหรือไม่มีเลย เครื่องหมายหน้าตัวเลขบ่งบอกถึงทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปร (Polit and Beck, 2017)

สำหรับเกณฑ์การพิจารณาระดับความสัมพันธ์มีดังนี้

ค่า r	ระดับความสัมพันธ์
$r = 1$	หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
$r > .70$	หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง
r มีค่าระหว่าง $.30 - .70$	หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
$r < .30$	หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
$r = 0$	หมายถึง ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlation Research Design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานจำนวน 93 ครอบครัว เก็บข้อมูลระหว่างเดือน มิถุนายน 2568 ถึง เดือน กรกฎาคม 2568 และได้รับแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์กลับคืนจากกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100 และในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window version 22 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และแบบสถิติไม่พารามิเตอร์ (Non-Parametric Statistics) เนื่องจากข้อมูลการทำหน้าที่ของครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว มีการกระจายแบบโค้งไม่ปกติ (Non-distribution) ซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Parametric จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย ดังข้อมูลต่อไปนี้

ส่วนที่ 4.1 ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอข้อมูลพื้นฐานครอบครัว ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน และผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

4.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานครอบครัว
2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

4.1.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการทำหน้าที่ของครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว

4.1.3 ผลการศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

4.1.4 ผลการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

4.1.5 ผลการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัว

4.1.6 ผลการศึกษาความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว

4.1.7 ผลการวิเคราะห์ของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ส่วนที่ 4.2 อภิปรายผลการวิจัย

4.2.1 ปัจจัยการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

4.2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้



ส่วนที่ 4.1 ผลการวิจัย

4.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (สมาชิกในครอบครัว)

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 186 ราย มีอายุระหว่าง 20-83 ปี ($\bar{X} = 45.60$, $SD = 13.59$) โดยมีอายุระหว่าง 41-50 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 30.64) เป็นเพศชายจำนวน 76 คน (ร้อยละ 40.87) และเพศหญิงจำนวน 110 คน (ร้อยละ 59.13) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1-10 ปี (ร้อยละ 70.43) รองลงมาคือ 11-20 ปี (ร้อยละ 20.97) และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 21-30 ปี (ร้อยละ 8.06) ลักษณะครอบครัวพบว่า มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คน/ครอบครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.63 รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่ 5,000 -10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 49.47) รองลงมาคือ ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 23.65) และ 10,001-15,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 20.44) ร้อยละ 55.91 กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลโดยเฉลี่ย 1-5 ชั่วโมง/วันมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 34.95) รองลงมาเป็นเกษตรกร (ร้อยละ 29.57) และอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 19.36) ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวสามารถแบ่งเวลาการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานกับการทำงานได้ (ร้อยละ 95.16) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้อกับผู้ป่วยเป็น บุตร (ร้อยละ 63.98) รองลงมา คือ หลาน (ร้อยละ 18.29) และสามี/ภรรยา (ร้อยละ 15.59)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 94.08 ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ โรคเบาหวาน ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวน ร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว (n = 186)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	\bar{X}	SD	Max	Min
อายุ (ปี)			45.60	13.60	83	20
20-30	35	18.82				
31-40	34	18.28				
41-50	57	30.64				
51-60	32	17.21				
61-70	19	10.21				
>70	9	4.84				

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	\bar{X}	SD	Max	Min
เพศ						
ชาย	76	40.87				
หญิง	110	59.13				
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ปี)						
			10.50	7.40	37	1
1-10	131	70.43				
11-20	39	20.97				
21-30	15	8.06				
> 31	1	0.54				
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)						
3	48	25.80				
4	70	37.63				
5	26	13.98				
6	22	11.83				
7	18	9.68				
8	2	1.08				
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)						
ต่ำกว่า 5,000	44	23.65				
5,000-10,000	92	49.47				
10,001-15,000	38	20.44				
15,001-20,000	10	5.37				
20,001-25,000	2	1.07				
จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแล โดยเฉลี่ย/วัน						
			5.40	1.20	8	3
1-5	104	55.91				
6-10	82	44.09				
อาชีพ						
รับจ้าง	65	34.95				
เกษตรกร	55	29.57				
ค้าขาย	36	19.36				
รัฐวิสาหกิจ	11	5.91				

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	\bar{X}	SD	Max	Min
รับราชการ	8	4.30				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	11	5.91				
การดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน						
มีผลกระทบต่อการทำอาชีพ						
แบ่งเวลาในการทำงาน	177	95.16				
ไม่สามารถทำงานประจำได้	5	2.69				
ทำงานประจำได้ตามปกติ	4	2.15				
ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้อง						
กับผู้ป่วย						
บุตร	119	63.98				
หลาน	34	18.29				
สามี/ภรรยา	29	15.59				
ลูกสะใภ้/ลูกเขย	1	0.53				
พี่/น้อง	3	1.61				
ภาวะสุขภาพ						
ไม่มีโรคประจำตัว	175	94.08				
มีโรคประจำตัว	11	5.92				
ความดันโลหิตสูง	7	3.77				
เบาหวาน	4	2.15				

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีอายุระหว่าง 60-93 ปี (\bar{X} =70.10 ,SD=7.125) โดยมีอายุ 60-69 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 52.69) รองลงมาคือ อายุ 70 – 79 ปี (ร้อยละ 36.56) และอายุ 80 – 89 ปี (ร้อยละ 8.60) เป็นเพศชายจำนวน 23 คน (ร้อยละ 24.73) และเพศหญิงจำนวน 70 คน (ร้อยละ 75.27) ผู้สูงอายุมีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน 5-10 ปี เป็นกลุ่มมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.93 รองลงมาคือ 21-30 ปี (ร้อยละ 22.58) และ 16-20 ปี (ร้อยละ 16.13) กลุ่มผู้สูงอายุมีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 31.18) ไชมันไนเลือด (ร้อยละ 17.20) และทั้งโรคความดันโลหิตสูงและไชมันไนเลือด (ร้อยละ 51.62) ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมีสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพ 30 บาท (ร้อยละ 92.47) และสิทธิข้าราชการ (ร้อยละ 7.53) มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดภายในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมามีค่า 7.4-8.0 % มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 45.16 รองลงมา คือ > 8.0 % (ร้อยละ 32.26) และ 7.0 - 7.4 % (ร้อยละ 22.58) ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (ร้อยละ 94.62) ในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่า เป็น โรคไตวายเรื้อรัง (ร้อยละ 3.23) และโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 2.15) ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน (n = 93)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	\bar{X}	SD	Max	Min
อายุ (ปี)			70.10	7.10	93	60
60 – 69	49	52.69				
70 – 79	34	36.56				
80 – 89	8	8.60				
>90	2	2.15				
เพศ						
หญิง	70	75.27				
ชาย	23	24.73				
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน (ปี)			14.4	9.7	40	1
< 5	13	13.98				
5-10	39	41.93				
11-15	5	5.38				
16-20	15	16.13				
21-30	21	22.58				

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ	\bar{X}	SD	Max	Min
ไม่มีโรคร่วม	0	0				
โรคร่วมอื่น						
โรคความดันโลหิตสูงและไขมัน ในเลือด	48	51.62				
ความดันโลหิตสูง	29	31.18				
ไขมันในเลือด	16	17.20				
สิทธิการรักษา						
หลักประกันสุขภาพ 30 บาท	86	92.47				
ข้าราชการ	7	7.53				
ระดับค่าน้ำตาลในกระแสเลือดภายใน ระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา (%)						
7.0 - 7.4	21	22.58				
7.5 - 8.0	42	45.16				
> 8.0	30	32.26				
ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน						
ไม่มี	88	94.62				
มี	5	5.38				
ไตวายเรื้อรัง	3	3.23				
โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง	2	2.15				

4.1.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยการทำหน้าที่ของครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว

จากตารางที่ 4.3 พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X}=90.52$, P_{62}) แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=37.07$, $SD= 5.98$) สัมพันธภาพในครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=57.09$, $SD = 7.96$) และความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=16.12$, $SD = 6.86$)

ตารางที่ 4.3 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการทำหน้าที่ของครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว ($n = 93$)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)	คะแนน ที่ เป็นไปได้	คะแนน ที่ได้	\bar{X}	SD	แปลผล
การทำหน้าที่ของครอบครัว		32-144	65-120	90.52	14.06	ปานกลาง (P_{62})
ระดับไม่ดี	7 (7.52)					
ระดับปานกลาง	75 (80.65)					
ระดับมาก	11 (11.83)					
แรงสนับสนุนทางสังคม ของครอบครัว		14-56	26-52	37.07	5.98	ปานกลาง
ระดับน้อย	2 (2.15)					
ระดับปานกลาง	70 (75.27)					
ระดับมาก	21 (22.58)					

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)	คะแนน ที่ เป็นไปได้	คะแนน ที่ได้	\bar{X}	SD	แปลผล
สัมพันธภาพในครอบครัว		22-88	41-78	57.09	7.96	ปานกลาง
ระดับน้อย	3 (3.22)					
ระดับปานกลาง	76 (81.73)					
ระดับมาก	14 (15.05)					
ความรู้สึกเป็นภาระ ของครอบครัว		0-88	1-30	16.12	6.86	ไม่มีภาระ ถึงมีภาระ เล็กน้อย
ไม่มีภาระถึงมีภาระเล็กน้อย	69 (74.20)					
มีภาระเล็กน้อยถึงปานกลาง	24 (25.80)					
มีภาระปานกลางถึงมาก	0 (0)					
มีภาระอย่างมาก	0 (0)					

4.1.3 ผลการศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

จากตารางที่ 4.4 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการแก้ไขปัญหา ($\bar{X}= 13.37$, $SD= 0.53$) อยู่ในระดับมาก ด้านการปฏิบัติหน้าที่ทั่วไป ($\bar{X}= 20.62$, $SD= 0.49$) อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการสื่อสาร ($\bar{X}= 12.89$, $SD= 0.49$) อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ($\bar{X}= 12.89$, $SD= 0.52$) อยู่ในระดับปานกลาง ด้านบทบาท ($\bar{X}= 10.20$, $SD= 0.54$) อยู่ในระดับปานกลาง ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ($\bar{X}=11.67$, $SD= 0.50$) อยู่ในระดับปานกลาง และด้านการควบคุมพฤติกรรม ($\bar{X}=8.91$, $SD= 0.40$) อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 4.4 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำแนกตามรายด้าน (n = 93)

การทำหน้าที่ของครอบครัว	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้	\bar{X}	SD	percentile	แปลผล
การแก้ปัญหา	5-20	7-18	13.37	0.53	P ₆₇	ดี
การสื่อสาร	5-20	8-19	12.89	0.49	P ₆₄	ปานกลาง
การตอบสนองทางอารมณ์	5-20	7-18	12.89	0.52	P ₆₄	ปานกลาง
ความผูกพันทางอารมณ์	5-20	7-20	11.67	0.50	P ₅₈	ปานกลาง
บทบาท	4-16	5-15	10.20	0.54	P ₆₄	ปานกลาง
การควบคุมพฤติกรรม	4-16	5-13	8.91	0.40	P ₅₆	ปานกลาง
การปฏิบัติหน้าที่ทั่วไป	8-32	13-31	20.62	0.49	P ₆₄	ปานกลาง

4.1.4 ผลการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

จากตารางที่ 4.5 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีค่าคะแนนมากที่สุด คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร มีค่าเฉลี่ย = 2.76 (SD= 0.80) รองลงมาคือ ด้านวัตถุและสิ่งของมีค่าเฉลี่ย = 2.64 (SD= 0.80) ด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ย = 2.62 (SD= 0.80) และด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า มีค่าเฉลี่ย = 2.55 (SD = 0.79) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.5 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว (n = 93)

แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว	คะแนนที่เป็นไปได้	\bar{X}	SD	แปลผล
ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	1-4	2.55	0.79	ปานกลาง
ด้านวัตถุ และสิ่งของ	1-4	2.64	0.80	ปานกลาง
ด้านอารมณ์	1-4	2.62	0.80	ปานกลาง
ด้านข้อมูลข่าวสาร	1-4	2.76	0.80	ปานกลาง

4.1.5 ผลการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัว

จากตารางที่ 4.6 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีค่าคะแนนมากที่สุด คือ ด้านความเอื้ออาทร มีค่าเฉลี่ย = 2.66 (SD= 0.82) รองลงมาคือ ด้านการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ มีค่าเฉลี่ย = 2.60 (SD= 0.80) ด้านการพูดคุยปรึกษาหารือมีค่าเฉลี่ย = 2.55 (SD=0.79) และด้านการใช้เวลาร่วมกัน มีค่าเฉลี่ย = 2.50 (SD=0.78) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.6 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสัมพันธภาพในครอบครัว จำแนกตามรายด้าน (n = 93)

สัมพันธภาพในครอบครัว	คะแนนที่เป็นไปได้	\bar{X}	SD	แปลผล
ใช้เวลาาร่วมกัน	1-4	2.50	0.78	ปานกลาง
การพูดคุยปรึกษาหารือ	1-4	2.55	0.79	ปานกลาง
ความเอื้ออาทร	1-4	2.66	0.82	ปานกลาง
การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่	1-4	2.60	0.80	ปานกลาง

4.1.6 ผลการศึกษาความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว

จากตารางที่ 4.7 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวที่มีค่าคะแนนมากที่สุด คือ ด้านความรู้สึกผิด มีค่าเฉลี่ย = 0.82 (SD= 0.66) รองลงมาคือ ด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน มีค่าเฉลี่ย = 0.79 (SD= 0.72) ด้านความขัดแย้งในตนเอง มีค่าเฉลี่ย = 0.70 (SD= 0.66) และด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล มีค่าเฉลี่ย = 0.66 (SD= 0.68) ตามลำดับ

ตารางที่ 4.7 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว จำแนกตามรายด้าน (n = 93)

ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว	คะแนนที่เป็นไปได้	\bar{X}	SD	แปลผล
ความตึงเครียดส่วนบุคคล	1-4	0.66	0.68	ไม่มีภาระถึงมีภาระเล็กน้อย
ความขัดแย้งในตนเอง	1-4	0.70	0.66	ไม่มีภาระถึงมีภาระเล็กน้อย
ความรู้สึกผิด	1-4	0.82	0.66	ไม่มีภาระถึงมีภาระเล็กน้อย
เจตคติที่ไม่แน่นอน	1-4	0.79	0.72	ไม่มีภาระถึงมีภาระเล็กน้อย

4.1.7 ผลการวิเคราะห์ของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

จากการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติพาราเมตริกซ์ (Parametric Statistic) พบว่า ไม่เป็นไปตามข้อตกลง (ตั้งรายละเอียดในภาคผนวก ข) จึงวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ วิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Correlation)

ผลการวิเคราะห์ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($r_s = .628, p < .01$) แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($r_s = .555, p < .01$) ความรู้สึกเป็นภาระในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($r_s = -.218, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษากับการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (n=93)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. การทำหน้าที่ของครอบครัว	1			
2. แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว	.555**	1		
3. สัมพันธภาพในครอบครัว	.628**	.617**	1	
4. ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว	-.218*	-.123	-.187	1

* $p < .05$, ** $p < .01$ (2-tailed)

ส่วนที่ 4.2 การอภิปรายผลการวิจัย

4.2.1 ระดับการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

การศึกษารั้งนี้ พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจาก การทำหน้าที่ของครอบครัวเกือบทุกด้านคือ ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านการควบคุมพฤติกรรม และด้านการปฏิบัติหน้าที่ทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านการแก้ปัญหาที่อยู่ในระดับดี ดังที่พบจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมในการศึกษารั้งนี้ มีสมาชิกในครอบครัวที่เป็นบุตร และทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถพูดคุยกับผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีการลดของหวานในแต่ละสัปดาห์ได้อย่างตรงไปตรงมา ซึ่งเป็นลักษณะการสื่อสารที่ดีโดยใช้คำพูดด้วยความที่มีความใกล้ชิดกัน แต่ในขณะที่บางครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์เป็นหลาน จะไม่ค่อยพูดหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวรับรู้ว่าการสื่อสารเพื่อทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง จากผลการศึกษาในครั้งนี้นพบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านการควบคุมพฤติกรรมมีคะแนนน้อยกว่าทุกด้านเนื่องจากแม้ว่าสมาชิกในครอบครัวจะมีการควบคุมพฤติกรรมเรื่องการรับประทานอาหาร แต่ผู้สูงอายุก็ยังคงแอบรับประทานอาหารที่มีรสหวานเมื่ออยู่ที่บ้านและนอกบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ นวลนภา สวยสด และคณะ (2564) ที่พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีการดูแลในเรื่องการรับประทานอาหารลดหวาน แต่ผู้ปวยยังคงแอบรับประทานอาหารที่มีรสหวาน และไม่สามารถควบคุมได้ตลอดเวลา

การทำหน้าที่ของครอบครัวโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์เป็นบุตร ร้อยละ 63.98 ในขณะที่เดียวกันพบความสัมพันธ์อื่นๆ ร้อยละ 36.02 ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความความไม่ใกล้ชิดกัน ไม่สามารถสื่อสารกันอย่างตรงไปตรงมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชีรนนท์ วรรณศิริ (2562) ที่ว่า ผู้ดูแลที่เป็นบุตรจะมีความใส่ใจ พูดคุยปรึกษากับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเพื่อให้เกิดการสื่อสารในการดูแลโรคเบาหวานที่เหมาะสมรวมทั้งลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้พบว่า มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3-4 คน/ครอบครัว มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 63.4 ซึ่งจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมพบว่า การแบ่งบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวมีความแตกต่างกัน

ระหว่างแต่ละครอบครัว โดยบางครอบครัวมีการจัดสรรหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างชัดเจน ขณะที่บางครอบครัวยังขาดความชัดเจนในการกำหนดความรับผิดชอบ ส่งผลให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการดูแล อาจส่งผลให้การทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ นารินทร์ สุวรรณบริบูรณ์ และคณะ (2565) ที่ว่า การจัดแบ่งบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุภายในครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นพื้นฐานของการสร้างความร่วมมือและการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแลสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้เกิดการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

อีกทั้งจากการสัมภาษณ์พบว่า ในบางครอบครัวสมาชิกบางคนไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานแทนสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลในเรื่องอื่นๆ เช่น การทำหน้าที่เตรียมอาหารแทนกันเนื่องจากขาดความมั่นใจในชนิดของอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานซึ่งสะท้อนถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านบทบาทที่อาจยังไม่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานจึงอาจเป็นสาเหตุให้การทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 40.87 และเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 59.13 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุเกือบครึ่งเป็นเพศชายที่อาจจะมีพฤติกรรมการดูแลผู้อื่นหรือสมาชิกในครอบครัวไม่เทียบเท่ากับเพศหญิง เนื่องจากสมาชิกครอบครัวที่เป็นเพศชายมักจะทำหน้าที่หารายได้ออกไปทำงานนอกบ้านตามที่พบในงานวิจัยของ ชีรนนท์ วรรณศิริ (2562) และนวนนภา สวยสด และคณะ (2564) ที่ว่า สมาชิกในครอบครัวที่เป็นเพศหญิงจะทำหน้าที่ดูแลบ้านเรือน บิดาและมารดา ส่วนสมาชิกในครอบครัวที่เป็นเพศชายจะรับผิดชอบเกี่ยวกับงานนอกบ้านเพื่อหารายได้ให้กับครอบครัว ซึ่งอาจยังไม่มีทักษะในการดูแลสมาชิกในครอบครัวเทียบเท่ากับเพศหญิงจึงอาจเป็นสาเหตุให้การทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

4.2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างน้อยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีทั้งหมด 3 ปัจจัย ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ($r_s = .555, p < .01$) สัมพันธภาพในครอบครัว ($r_s = .628, p < .01$) และความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว ($r_s = -.218, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานและสามารถอภิปรายได้ดังนี้

แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($r = .555, p < .01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า และด้านวัตถุสิ่งของมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวดังเช่น แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในด้านข้อมูลข่าวสาร คือ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับข้อมูลทางด้านสุขภาพ วิธีการหรือแนวทางการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอย่างเพียงพอและถูกต้อง มีส่วนสำคัญในการเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง อันนำไปสู่การทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังที่พบจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม พบว่า สมาชิกในครอบครัวได้รับข่าวสารทางด้านสุขภาพจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เพื่อนบ้าน และบุคลากรทางการแพทย์ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และคอยชี้แนะแนวทางในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความมั่นใจในการลงมือปฏิบัติการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกมีคุณค่า รวมถึงสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาที่เหมาะสมส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวสามารถที่จะดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ครอบครัวที่ได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความมั่นใจ และสามารถดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ดี ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารการสนับสนุนซึ่งกันและกัน และการตัดสินใจร่วมกันภายในครอบครัว อันนำไปสู่การเสริมสร้างการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม (นารินทร์ สุวรรณบริบูรณ์ และคณะ, 2565; Mulvaney et al., 2023; Oktaviani et al., 2022)

แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในด้านอารมณ์ คือ สมาชิกในครอบครัวได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์โดยการรับฟังปัญหา และให้คำปรึกษาซึ่งจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้ระบายความทุกข์ใจ เป็นกำลังใจในการดูแลผู้สูงอายุ ดังที่พบจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม พบว่า สมาชิกในครอบครัวมักจะระบายความเครียดและความรู้สึกกังวลที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานกับเพื่อนบ้าน หรืออาสาสมัครประจำหมู่บ้านซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้รับฟังและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย และมีกำลังใจในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นารินทร์ สุวรรณบริบูรณ์ และคณะ (2565) ที่ว่า เพื่อนบ้าน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และบุคลากรทางการแพทย์จะคอยรับฟัง และให้กำลังใจครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดียิ่งขึ้น ลดความกังวลและความคับข้องใจที่เกิดจากการดูแล ส่งผลให้ครอบครัวเกิดการทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในด้านอารมณ์ การสนับสนุนซึ่งกันและกัน และการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม

แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า คือ สมาชิกในครอบครัวได้รับการยอมรับ และชื่นชมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานจากบุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านและเพื่อนบ้าน ดังที่พบจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม พบว่า สมาชิกในครอบครัวได้รับคำชื่นชมจากเพื่อนบ้าน บุคลากรทางการแพทย์เมื่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลงจากเดิม ส่งผลให้ครอบครัวรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง มีกำลังใจที่จะช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวสามารถเผชิญกับปัญหาและความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งจะนำไปสู่การทำหน้าที่ของครอบครัวที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Sousa-Muñoz & Sá (2020) ที่ว่า การได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสามารถเผชิญและปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้อย่างเหมาะสม ลดระดับความเครียดภายในครอบครัว และส่งผลให้การทำหน้าที่ของครอบครัวมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

อีกทั้งแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในด้านวัตถุประสงค์ของ คือ การที่สมาชิกในครอบครัวได้รับความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยเฉพาะด้านยารักษาโรค ดังที่พบจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมพบว่า บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว และผู้สูงอายุในการประสานงานกับแพทย์เพื่อรับยาตามใบสั่งแพทย์จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับแนวทางการรักษา วิธีการรับประทานยาซึ่งจะนำไปสู่การทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นารินทร์ สุวรรณบริบูรณ์ และคณะ (2565) ที่ว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยมีส่วนช่วยให้ครอบครัว

สามารถทำหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น อันอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($r=0.628, p<0.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัวในด้านความเอื้ออาทร ด้านการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ ด้านการพูดคุยปรึกษาหารือ และด้านการใช้เวลาร่วมกัน มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวดังเช่น สัมพันธภาพในครอบครัวในด้านความเอื้ออาทร คือ การที่สมาชิกในครอบครัวแสดงออกถึงความห่วงใย เอื้อเฟื้อ และพร้อมที่จะช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ การมีความเอื้ออาทรต่อกัน ช่วยสร้างบรรยากาศแห่งความอบอุ่น ความไว้วางใจ และการพึ่งพาอาศัยซึ่งส่งผลให้ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ อีกทั้งสัมพันธภาพในครอบครัวในด้านการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ คือ การรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวที่จะต้องช่วยกันปฏิบัติตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย คอยช่วยเหลือกันเมื่อเกิดปัญหา ดังที่พบจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม พบว่า สมาชิกในครอบครัว จะมีการช่วยเหลือดูแลในยามที่เกิดการเจ็บป่วย คอยสอบถามอาการที่เกิดจากโรคเบาหวาน เช่น อาการหน้ามืด ใจสั่น เป็นต้น จะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการรับรู้และตระหนักถึงอาการของผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้ครอบครัวเกิดการทำหน้าที่ของครอบครัวได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีจะส่งผลให้เกิดความเอื้ออาทรต่อกันของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเข้าใจความรู้สึกซึ่งกันและกัน และกัน คอยปลอบโยนเมื่อสมาชิกในครอบครัวรู้สึกผิดหวังหรือเสียใจ รวมถึงกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารที่ดี ไม่มีความอึดอัดใจในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นส่งผลให้ครอบครัวสามารถรับรู้ถึงปัญหา และร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม และเสริมสร้างการทำหน้าที่ของครอบครัวให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (จันทร์จิรา อัญวัฒนา, 2560; นารินทร์ สุวรรณบริบูรณ์ และคณะ, 2565; Souza et al., 2022)

สัมพันธภาพในครอบครัวในด้านการพูดคุยปรึกษาหารือ คือ การรับรู้เกี่ยวกับการพูดคุยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกในครอบครัวด้วยน้ำเสียงที่สุภาพและเป็นมิตรเมื่อเกิดปัญหา ดังเช่นจากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 63.6 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ในบางครอบครัวที่มีความใกล้ชิดกับบุตรส่งผลให้เกิดการดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน สมาชิกในครอบครัวไม่ตำหนิ

หรือต่ำทอเมื่อเกิดความผิดพลาด แต่แสดงออกถึงความเคารพและความห่วงใยผ่านทั้งคำพูดและท่าทาง เช่น การสอบถามสารทุกข์สุขดิบ การติดตามอาการของโรคเบาหวาน และการร่วมกันปรึกษาหารือเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุจะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการสื่อสารเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและเกิดการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชีรนนท์ วรรณศิริ (2562) ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นบุตรมักมีความใกล้ชิดและความผูกพันทางอารมณ์กับผู้สูงอายุโรคเบาหวานมากกว่าสมาชิกคนอื่น เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่บุตรให้ความเคารพนับถือ ส่งผลให้มีการสื่อสารด้วยน้ำเสียงที่อ่อนโยน เป็นมิตรซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดการพูดคุยระหว่างสมาชิกในครอบครัวเพื่อที่จะช่วยกันหาแนวทางในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้เกิดการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อีกทั้งสัมพันธ์ภาพในครอบครัวในด้านการใช้เวลาาร่วมกัน คือ การที่สมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การรับประทานอาหารร่วมกัน การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ หรือการทำกิจกรรมทางศาสนาและสังคมร่วมกัน จะช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ ความเข้าใจ และความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ซึ่งส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังที่พบจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม พบว่า สมาชิกในครอบครัวมักใช้เวลาว่างในช่วงเย็นหรือตอนเช้าในการพูดคุยรับประทานอาหาร และติดตามอาการของผู้สูงอายุเพื่อให้มั่นใจว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Souza et al. (2022) ที่ว่า การอยู่ร่วมกันอย่างใกล้ชิด ทำกิจกรรมร่วมกันจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการสื่อสารถึงอาการของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและมีการทำกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอที่เป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ครอบครัวสามารถรับรู้และตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของผู้สูงอายุอันอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้สัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัว

ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ
ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ($r_s = -.218, p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวในด้านความรู้สึกผิดด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน ด้านความขัดแย้งในตนเอง และด้านความตึงเครียดส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของครอบครัวดังเช่น ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวในด้านความรู้สึกผิด คือ การรับรู้ถึงความรู้สึกที่สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถดูแล

ผู้สูงอายุโรคเบาหวานให้มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ อีกทั้งความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวในด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน คือ การรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวที่แสดงความไม่เต็มใจหรือไม่ใส่ใจในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานไม่มีภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 93.6 จึงไม่จำเป็นต้องให้การดูแลอย่างเข้มงวดหรือมากเกินไป ซึ่งลดการรับรู้ถึงความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่รู้สึกถึงความยากลำบากในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดความผ่อนคลาย ลดความเหนื่อยล้า และสามารถปฏิบัติหน้าที่ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Arruda et al. (2022) และ Yustisia et al. (2022) ที่ว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่มีโรคร่วมเป็นปัจจัยที่ช่วยลดความซับซ้อนในการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ดูแลไม่ต้องเผชิญกับภาระในการจัดการอาการของหลายโรคพร้อมกัน จึงช่วยลดความยากลำบากทั้งทางกายและจิตใจของผู้ดูแลส่งผลให้เกิดการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวในด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล คือ การรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับความเครียด และแรงกดดันส่วนบุคคลที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความตึงเครียดดังกล่าวอาจเกิดจากความรับผิดชอบที่สูง การขาดเวลา และความต้องการของผู้สูงอายุ มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุให้ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ อีกทั้งความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวในด้านความขัดแย้งในตนเอง คือ การรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวถึงความคับข้องใจที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับภาระค่าใช้จ่าย ในการศึกษาผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 92.47 และอีกส่วนหนึ่งได้รับสิทธิข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 7.53 ทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานทุกคนไม่มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ สิทธิประโยชน์ดังกล่าวช่วยแบ่งเบาภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัวส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวไม่รู้สึกว่า เป็นภาระในด้านค่าใช้จ่าย อีกทั้งยังสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้สะดวกและทั่วถึงมากขึ้น ซึ่งมีส่วนช่วยส่งเสริมให้การทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นไปอย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pires et al. (2022) ที่ว่า การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐอย่างเพียงพอ จะช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว และช่วยลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

ส่งผลให้ครอบครัวสามารถทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น
ซึ่งอาจเป็นผลให้ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20-83 ปี โดยมีอายุระหว่าง 41-50 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 30.64) เป็นเพศชายจำนวน 76 คน (ร้อยละ 40.87) และเพศหญิงจำนวน 110 คน (ร้อยละ 59.13) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 1-10 ปี (ร้อยละ 70.43) รองลงมาคือ 11-20 ปี (ร้อยละ 20.97) และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 21-30 ปี (ร้อยละ 8.06) ลักษณะครอบครัวพบว่า มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คน/ครอบครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.63 รายได้ของครอบครัวส่วนใหญ่ 5,000-10,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 49.47) รองลงมาคือ ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 23.65) และ 10,001-15,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 20.44) ร้อยละ 55.91 กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลโดยเฉลี่ย 1-5 ชั่วโมง/วัน มากที่สุด กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 34.95) รองลงมาเป็นเกษตรกร (ร้อยละ 29.57) และอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 19.36) ส่วนใหญ่สมาชิกในครอบครัวสามารถแบ่งเวลา การดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานกับการทำงานได้ (ร้อยละ 95.16) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเป็นบุตร (ร้อยละ 63.98) รองลงมา คือ หลาน (ร้อยละ 18.29) และสามี/ภรรยา (ร้อยละ 15.59) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 94.08 ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ เบาหวาน

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีอายุระหว่าง 60-93 ปี โดยมีอายุ 60-69 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 52.69) รองลงมาคือ อายุ 70 - 79 ปี (ร้อยละ 36.56) และอายุ 80 - 89 ปี (ร้อยละ 8.60) เป็นเพศชายจำนวน 23 คน (ร้อยละ 24.73) และเพศหญิงจำนวน 70 คน (ร้อยละ 75.27) ผู้สูงอายุ มีระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน 5-10 ปี เป็นกลุ่มมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.93 รองลงมาคือ 21-30 ปี (ร้อยละ 22.58) และ 16-20 ปี (ร้อยละ 16.13) กลุ่มผู้สูงอายุมีโรคร่วมเป็น โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 31.18) ไขมันในเลือด (ร้อยละ 17.20) และทั้งโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือด (ร้อยละ 51.62) ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมีสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพ 30 บาท (ร้อยละ 92.47) และสิทธิข้าราชการ (ร้อยละ 7.53) มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดภายใน ระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา มีค่า 7.4-8.0 % มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 45.16 รองลงมา คือ > 8.0 % (ร้อยละ 32.26) และ 7.0 - 7.4 % (ร้อยละ 22.58) ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (ร้อยละ 94.62) ในกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน พบว่า เป็นโรคไตวายเรื้อรัง (ร้อยละ 3.23) และโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 2.15)

การศึกษาปัจจัยโดยภาพรวม พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวในภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X}=90.52$, P_{62}) แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=37.07$, $SD= 5.98$) สัมพันธภาพในครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=57.09$, $SD = 7.96$) และความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=16.12$, $SD = 6.86$)

การศึกษาปัจจัยการทำหน้าที่ของครอบครัว เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการแก้ไขปัญหา ($\bar{X}=13.37$, P_{67}) อยู่ในระดับมาก ด้านการปฏิบัติหน้าที่ทั่วไป ($\bar{X}=20.62$, P_{64}) ด้านการสื่อสาร ($\bar{X}=12.89$, P_{64}) ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ($\bar{X}=12.89$, P_{64}) ด้านบทบาท ($\bar{X}=10.20$, P_{64}) ด้านความผูกพันทางอารมณ์ ($\bar{X}=11.67$, P_{58}) และด้านการควบคุมพฤติกรรม ($\bar{X}=8.91$, P_{56}) อยู่ในระดับปานกลาง

การศึกษาปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีค่าคะแนนมากที่สุด คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร มีค่าเฉลี่ย = 2.76 ($SD= 0.80$) รองลงมาคือ ด้านวัตถุ และสิ่งของมีค่าเฉลี่ย = 2.64 ($SD= 0.80$) ด้านอารมณ์ มีค่าเฉลี่ย = 2.62 ($SD= 0.80$) และด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า มีค่าเฉลี่ย = 2.55 ($SD = 0.79$) ตามลำดับ

การศึกษาปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัว เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าคะแนนมากที่สุด คือ ด้านความเอื้ออาทร มีค่าเฉลี่ย = 2.66 ($SD=0.82$) รองลงมาคือ ด้านการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ มีค่าเฉลี่ย = 2.60 ($SD=0.80$) ด้านการพูดคุยปรึกษาหารือมีค่าเฉลี่ย = 2.55 ($SD=0.79$) และด้านการใช้เวลาร่วมกัน มีค่าเฉลี่ย = 2.50 ($SD=0.78$) ตามลำดับ

การศึกษาปัจจัยความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว พบว่า เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัวที่มีค่าคะแนนมากที่สุด คือ ด้านความรู้สึกผิด มีค่าเฉลี่ย = 0.82 ($SD=0.66$) รองลงมาคือ ด้านเจตคติที่ไม่แน่นอน มีค่าเฉลี่ย = 0.79 ($SD=0.72$) ด้านความขัดแย้งในตนเอง มีค่าเฉลี่ย = 0.70 ($SD=0.66$) และด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล มีค่าเฉลี่ย = 0.66 ($SD=0.68$) ตามลำดับ

เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 มีทั้งหมด 3 ปัจจัย ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($r_s=.555$, $p < .01$) สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($r_s=.628$, $p < .01$) และความรู้สึกเป็นภาระ

ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ($r_s = -.218, p < .05$)

5.2 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

5.2.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลในหน่วยงานปฐมภูมิควรส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยเฉพาะในด้านการควบคุมพฤติกรรมในเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การรับประทานยา และการออกกำลังกาย ส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกายร่วมกัน การเตรียมอาหารสุขภาพ หรือการตรวจระดับน้ำตาลร่วมกันเพื่อให้เกิดวิธีการกำกับดูแลอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในระยะยาว

5.2.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในการศึกษาเชิงคุณภาพควรใช้การสัมภาษณ์ครอบครัว (Family Interview) ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึงประสบการณ์มุมมอง และรูปแบบการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย และบริบททางสังคม

2. ควรมีการศึกษการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยนำปัจจัยทั้งสามคือ แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว มาประยุกต์ใช้เป็นองค์ประกอบหลักในการออกแบบโปรแกรม เพื่อเสริมสร้างการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

5.3 ข้อจำกัดการวิจัย

การนำผลการวิจัยไปใช้ควรคำนึงถึงความหลากหลายของบริบททางสังคม ลักษณะครอบครัว ความเชื่อทางด้านวัฒนธรรม และวิถีชีวิต ซึ่งอาจส่งผลต่อรูปแบบของการทำหน้าที่ของครอบครัวที่แตกต่างกันไป

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. (2565). ผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปีงบประมาณ 2565. สืบค้นจาก <http://www.phetchabunhealth.go.th/>
- กรมอนามัย. (2566). รายงานสถิติโรคเบาหวานประจำปี 2566. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/brc/news>
- กรมอนามัย. (2565). รายงานสถิติโรคเบาหวานประจำปี 2565. สืบค้นจาก <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news>
- กรมอนามัย. (2565). สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุ ปี 2565. สืบค้นจาก <https://th.cemle.com/post/diabetes-in-thailand-2022>
- กรมควบคุมโรค. (2562). รายงานสถานการณ์โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/>
- จุฑามาศ อารีรัมย์, ยาใจ สิทธิมงคล, ทวีศักดิ์ วรรณชาติ และจิตติพงษ์ ตันคำปวน. (2567). อิทธิพลของปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *Nursing Science Journal of Thailand*, 42(1), 43–57.
- ชนัญชิตา ดุษฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัณ. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62–75.
- ชนัญช์ แจ่มจิตรตรง, & รัตนา สำโรงทอง. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน (ชนิดที่ 2) ในชุมชนชนบทของประเทศไทย. *วารสารสหเวชศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 4(1), 54–66.
- ดารานี วันวาน. (2555). ผลของการสนับสนุนครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์).
- ธีรนนท์ วรรณศิริ. (2562). พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานในครอบครัว. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 33(2), 77–95.
- ชนพงศ์พันธ์ พวงทวี. (2563). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(2), 222–229.
- นฤมล มโนคำ. (2552). *สัมพันธภาพครอบครัวและพฤติกรรมสมาชิกครอบครัวในช่วงความเครียด*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- นารินทร์ สุวรรณบริบูรณ์, นิสากร กรุโกรเพชร และวรรณรัตน์ ลาวัณ. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. *วารสารพยาบาลสมาคมวิชาชีพไทย*, 15(3), 104–118.
- นิตยา คชภักดี. (2552). *โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาตัวชี้วัด "ครอบครัวอยู่ดีมีสุข": รายงานการศึกษานี้สุดท้าย*. สถาบันแห่งชาติเพื่อพัฒนาเด็กและครอบครัว: มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นิรวรรณ เทิร์นโบล, วิลาวัณย์ ชาดา, วิพา ชูปวา และวรกมล ปราบัญญา. (2561). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานในเขตพื้นที่อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารคุณภาพชีวิตและกฎหมาย*, 14(2), 42–52.
- นวลนภา สวยสด, สุธรรม นันทมงคลชัย, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์ และศุภชัย ปิติกุลตั้ง. (2564). การทำหน้าที่ของครอบครัวและความเข้มแข็งของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่. *วารสารสุขศึกษา*, 44(1), 129–139.
- ปรีชาติ โรจน์พลการ-ก๊วย, & ยุติ ฤาชา. (2549). สถิติสำหรับงานวิจัยทางพยาบาลและการใช้โปรแกรม SPSS for Windows. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.
- ปรีดา สารลักษณ์, วรรัตน์ ทิพย์รัตน์ และสดศรี ประทุม. (2561). ปัจจัยทำนุบายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมในเขตเทศบาลนครตรัง. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(2), 1–15.
- พฤกษาล เหล่าสกุลศิริ. (2024). การศึกษาความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*, 9(6), 737-739.
- พรทิพย์ แก้วสว่าง. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิจัยการพยาบาล*, 29(2), 45–57.
- ไพจิตร พุทธรอด. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า. *วารสารชุมชนวิจัย*, 15(1), 70–82.
- ไผ่ยรา เศรษฐมาศ. (2566). ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวง ตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 9(2), 115–118.
- วิราสิริ วสิวีร์. (2564). ปัจจัยความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เขตสุขภาพที่ 4 กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารชุมชนวิจัย*, 6(8), 163–176.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2563). การพยาบาลผู้สูงอายุและปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2567). พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน. *วารสารเบาหวาน*, 56(1), 8-41.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2567). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ประจำปี 2566*. สืบค้นจาก <https://www.dmthai.org>
- สาคร อินทไธโล. (2563). การรับรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท. *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 17(2), 140–149.

- สายฝน ม่วงคุ้ม, พรพรรณ ศรีโสภา, วัลภา คุณทรงเกียรติ, ปณิชา พลพินิจ, วิภา วิเสโส, ชุติมา ฉันทมิตร โอบาส และชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 28(2), 74–84.
- สุภาวดี โพธิยะราช. (2556). *สุขภาพครอบครัว*. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2566). *สำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). *เกณฑ์การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง*. สืบค้นจาก <https://www.nhso.go.th>
- อรอุมา จีระกมล, วัลลภช สุขสวัสดิ์ และปริญญา สร้อยทอง. (2567). ทูทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทัศน์*, 13(1), 51–63.
- อรพินธ์ สีขาว. (2559). *การจัดการโรคเบาหวานมิติของโรคและบทบาทพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สมุทรปราการ: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว*. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว.
- American Diabetes Association. (2024). Standards of care in diabetes. *Diabetes Care*, 47(Suppl 1), 111–257.
- Arnold, S. V., Khunti, K., Tang, F., Chen, H., Cid-Ruzafa, J., Cooper, A., et al. (2022). Incidence rates and predictors of microvascular and macrovascular complications in patients with type 2 diabetes. *American Heart Journal*, 243, 232–239.
- Arruda, M. S., Macedo, M. N. G. F., Ottaviani, A. C., Nunes, D. P., Cardoso, J. F. Z., Santos, K. C. D., Brito, T. R. P., & Santos-Orlandi, A. A. (2022). Correlation of family functionality and burden of informal caregivers of hospitalized older adults. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 43, e20210081. <https://doi.org/10.1590/19831447.2022.20210081.en>
- Bansal, N., Chawla, R., & Kalra, S. (2023). Global prevalence of prediabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*, 46(7), 1388–1396. <https://doi.org/10.2337/dc22-2033>
- Barrera, M., & Ainlay, S. L. (1983). The structure of social support: A conceptual and empirical analysis. *Journal of Community Psychology*, 11(2), 133–143.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspective and method*. University of California Press.
- Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and “stress”: Theoretical formulation. *International Journal of Health Services*, 4(3), 471–482.

- Cherry, K. (2024). What is attachment theory. *Verywell Mind*. Retrieved May 1, 2025, from <http://www.verywellmind.com/what-is-attachment-theory-2795337>
- Choi, J. Y., Lee, S. H., & Yu, S. (2024). Exploring factors influencing caregiver burden: A systematic review of family caregivers of older adults with chronic illness in local communities. *Healthcare*, 12(10), 1002. <https://doi.org/10.3390/healthcare12101002>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Dai, L., & Wang, L. (2015). Review of family functioning. *Open Journal of Social Sciences*, 3(12), 134–141. <https://doi.org/10.4236/jss.2015.312014>
- Davin, R. (1978). Health family functioning: A cross-cultural appraisal. *Bulletin of the world health organization*, 56(3), 327-342,.
- Dillehay, R. C., & Sandys, M. R. (1990). Caregivers for Alzheimer's patients: What we are learning from research. *The International Journal of Aging and Human Development*, 30(4), 263–285.
- Doris, A., & Anita, B. (2015). The household arrangements, physical and psychological health of the elderly and their satisfaction with family relationships. *Gerontology and Geriatrics*, 18(3), 507–519.
- Elias, H. C., Marzola, T. S., Molina, N. P. F. M., de Assunção, L. M., Rodrigues, L. R., & Tavares, D. M. S. (2018). Relation between family functionality and the household arrangements of the elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(5), 562–569. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180081>
- Epstein, C. E., Gabor, I., Duane, S., & Ivan, W. (2000). The McMaster approach to families: Theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, 22, 168–189.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family nursing: Research, theory, and practice* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Fisher, B., Brownson, C., Toole, D., Shetty, K., Anwuri, V., & Glasgow, R. (2005). Ecological approaches to self-management: The case of diabetes. *American Journal of Public Health*, 95(9), 1523–1535. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.066084>
- Fisher, C. M. (2005). *Social support and coping with stress*. New York, NY: Springer Publishing.
- Hautsalo, K., Rantanen, A., & Astedt-Kurki, P. (2012). Family functioning, health and social support assessed by aged home care clients and their family members. *Journal of Clinical Nursing*, 22(19–20), 2953–2963. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04335.x>

- Hussaini, O., Ogunyele, U., Michael, G., & Bukar, B. (2024). Influence of family function on self-care practice among type 2 diabetes patients in a primary care clinic in Northern Nigeria. *Nigerian Journal of Basic and Clinical Sciences*, 21(2), 137–144. https://doi.org/10.4103/njbcs.njbcs_3_24
- House, J. S. (1981). The nature of social support. In *Work stress and social support* (pp. 13–23). Philadelphia, PA.
- International Diabetes Federation. (2025). IDF diabetes atlas (11th ed.). Brussels, Belgium: *International Diabetes Federation*. Retrieved from <https://idf.org>
- Kahn, R. L., & Antonucci, T. C. (1979). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. *Life-span development and behavior*, 3, 253–286.
- Liu, H., Heffernan, M., & Tan, L. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(4), 438–445.
- Mayberry, L. S., Mulvaney, S. A., Osborn, C. Y., Hess, R., & Gebretsadik, T. (2023). Caregiver roles evolve in chronic illness: A qualitative study of diabetes management. *Journal of General Internal Medicine*, 38(6), 1523–1532. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10320813/>
- McCubbin, H. I., & Thompson, A. I. (1996). *Family assessment: Resiliency, coping and adaptation—Inventories for research and practice*. University of Wisconsin Publishers.
- McPherson, C. J., Wilson, K. G., & Murray, M. A. (2007). Feeling like a burden: Exploring the perspectives of patients at the end of life. *Social Science and Medicine*, 64(2), 417–427.
- Miriam, G., Maria, J., Juris, K., Katherine, S., & Dario, F. (2019). Diabetes and aging: From treatment goals to pharmacologic therapy. *Frontiers in Endocrinology*, 45(10), 1–5.
- Molla, I. B., Berhie, M. A., Debele, K. A., Gernossa, G. N., & Hailu, F. B. (2023). Persons with diabetes' perceptions of family burden and associated factors. *Journal of Diabetes Research*, 2023, 8015721. <https://doi.org/10.1155/2023/8015721>
- Montgomery, R. J., Stull, D. E., & Borgatta, E. F. (1985). Measurement and the analysis of burden. *Research on Aging*, 7(1), 137–152.
- National Council on Family Relations. (n.d.). About NCFR. Retrieved May 1, 2025, from <https://www.ncfr.org>
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). (2024). Global trends in diabetes prevalence and treatment gaps. *The Lancet*, 404(10322), 2001–2015. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00421-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00421-5)

- Ni, H., Liu, Y., Yang, J., & Qin, H. (2025). Persons with diabetes' perceptions of family burden and associated factors. *Psychology, Health & Medicine*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/13548506.2024.2411064>
- Oktaviani, D. S., Anggraini, M. T., & Noviasari, N. A. (2022). The relationship between family functions and the quality of life of the elderly with hypertension in the working area public health center of Babadan. *PLACENTUM Jurnal Ilmiah Kesehatan dan Aplikasinya*, 10(2), 120-125. <https://doi.org/10.20961/placentum.v10i2.59756>
- Olson, D. H., & Gorall, D. M. (2003). Circumplex model of marital and family systems. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes* (3rd ed., pp. 514–548). The Guilford Press.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Sample, L. L., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583–594.
- Pilisuk, M. (1982). Networks in the social order: Support, bonding, and healing. *American Journal of Community Psychology*, 10(1), 1–22.
- Pires, C. G., Borim, F. S. A., Queluz, F. N. F. R., Cachioni, M., Neria, A. L., & Batistoni, S.S. T. (2022). Burden, family functioning, and psychological health of older caregivers of older adults: A path analysis. *Geriatrics Gerontology and Aging*, 16, e0220022. <https://doi.org/10.53886/gga.e0220022>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Principles and methods* (10th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1997). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott.
- Ricardo, S., Rene, M., & Alma, T. (2019). Family functioning is related to health behaviors in patients with type 2 diabetes. *International Medical Journal*, 6(4), 659–662. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381–406. <https://doi.org/10.1007/BF00846149>
- Smilkstein, M. D., & Washington, R. (1978). The Family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231–1239.
- Souza Júnior, E. V., Viana, E. R., Cruz, D. P., Silva, C. dos S., Rosa, R. S., Siqueira, L. R., & Sawada, N. O. (2022). Relationship between family functionality and the quality of life of the elderly. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(2), e20210106. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0106>

- Sousa-Muñoz, R. L. de, & Sá, A. D. de. (2020). Social support, family functionality and glycemic control of diabetic patients type 2. *Revista de Medicina*, 99(5), 432–441. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i5p432-441>
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support.
- Sousa, W. É. A., Sardinha, A. H. de L., Verzaro, P. M., Balata, I. L. B., Santos, S. R. dos, & Guterres, D. M. B. (2021). Family functionality of elderly with diabetes mellitus / Funcionalidade familiar de idosos com diabetes mellitus. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 13, 612–618. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v13.9346>
- Sun, H., Saeedi, P., Karuranga, S., Pinkepank, M., Ogurtsova, K., Duncan, B. B., Stein, C., Basit, A., Chan, J. C. N., Mbanya, J. C., Pavkov, M. E., Ramachandran, A., Wild, S. H., James, S., Herman, W. H., & Zhang, P. (2022). IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2030 and 2045. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 183, 109119. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.109119>
- Sunita, S., & Sudha, S. (2014). Role of family in elderly care. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/75830/Thesis%20print%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- The Bowen Center. (n.d.). The eight concept of Bowen theory. Retrieved May 1, 2025, from <https://www.thebowncenter.org>
- The Global Economy. (2024). Diabetes prevalence - Thailand. Retrieved from https://www.theglobaleconomy.com/Thailand/diabetes_prevalence
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2005). *Strategies for theory construction in nursing*. New Jersey: Prentice Hall.
- World Health Organization. (2000). Health of the elderly. Retrieved from http://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39521/WHO_TRS_779.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2024). Urgent action needed as global diabetes cases increase four-fold over past decades. Retrieved from <https://www.who.int>
- Xiaocang, X., Xiuquan, X., Xiaolu, L., & Linhong, L. (2019). Family economic burden of elderly chronic diseases: Evidence from China. *Healthcare*, 7, 99. <https://doi.org/10.3390/healthcare7030099>
- Yustisia, N, Aprilatutini, T., Utama, T. A., & Masdar, M. (2022). The burden experience of family caregiver of older adults with chronic illness. *Research in Community and Public Health Nursing*, 34(2), 85–95. <https://doi.org/10.12799/rcphn.2022.00304>
- Zarit, S. H., Reeve, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

อาจารย์ ดร.วนลดา ทองใบ

อาจารย์พยาบาล

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพครอบครัว

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐพัชร บัวบุญ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพครอบครัว

แพทย์หญิง สุรัตนา สิงห์ป้อง

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

วุฒิปัตร์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

Diploma in Clinical epidemiology

Diploma in Clinical statistic

ความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ภาคผนวก ข

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รายงานผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI)

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ
ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

เครื่องมือที่	ชื่อเครื่องมือ	CVI
1	การทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	0.99
2	แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว	0.90
3	สัมพันธภาพในครอบครัว	0.97
4	ความรู้สึกรับผิดชอบของครอบครัว	0.98

ภาคผนวก ค

ผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) มีดังนี้

1.การทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เท่ากับ .82

Reliability Statistics

Cronbach's

Alpha Based

on

Cronbach's Alpha	Standardized Items	N of Items
.825	.821	36

2.แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว เท่ากับ .81

Reliability Statistics

Cronbach's

Alpha Based

on

Cronbach's Alpha	Standardized Items	N of Items
.811	.790	14

3.สัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ .83

Reliability Statistics

Cronbach's

Alpha Based

on

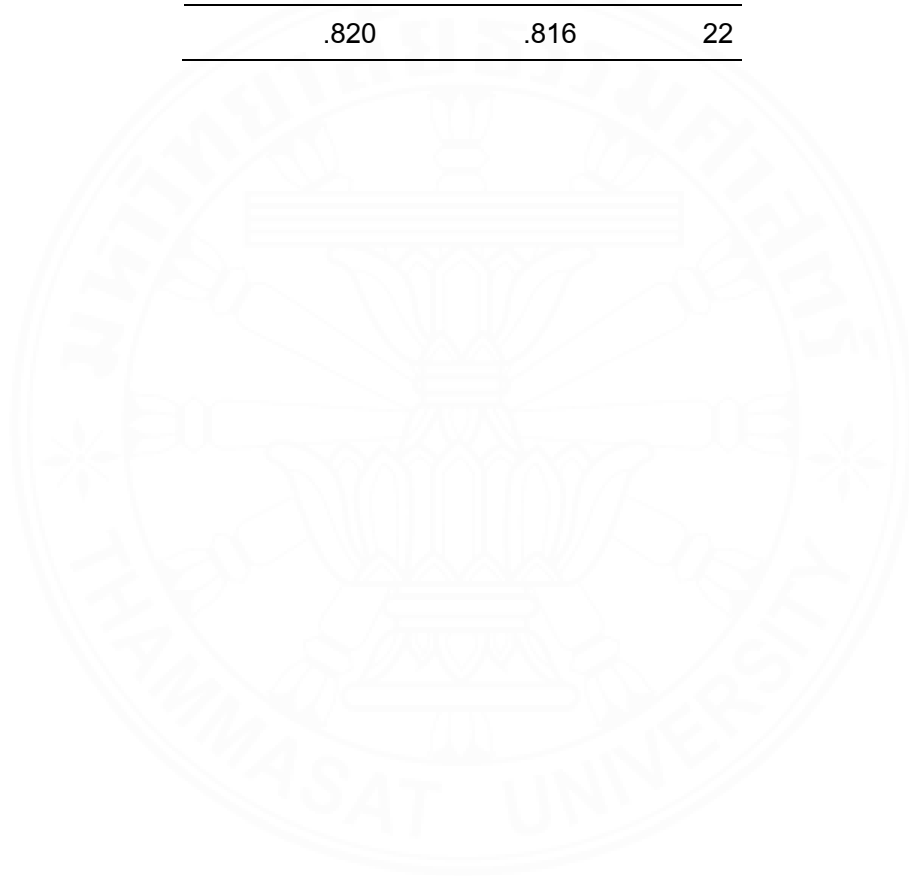
Cronbach's Alpha	Standardized Items	N of Items
.837	.832	22

4.ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว เท่ากับ .82

Reliability Statistics

Cronbach's
Alpha Based
on

Cronbach's Alpha	Standardized Items	N of Items
.820	.816	22



ภาคผนวก ง

ข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร (Participant Information Sheet) และ หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย (Informed Consent Form)
ข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร (Participant Information Sheet)

เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ชื่อโครงการวิจัย FACTORS RELATED TO THE FUNCTIONING OF FAMILIES OF THE ELDERLY WITH UNCONTROLLED TYPE 2 DIABETES MELLITUS

ผู้วิจัย นางสาวนราภร ทวยไธสง

สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อาคารปิยชาติ ชั้น 10
99 หมู่ 18 ถนนพหลโยธิน ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี
รหัสไปรษณีย์ 12120 เบอร์โทรศัพท์มือถือ 097-9261610

อีเมล: Naraporn.tua@dome.tu.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.ปรียกมล รัชกุล

สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อาคารปิยชาติ ชั้น 10
99 หมู่ 18 ถนน พหลโยธิน ตำบล คลองหนึ่ง อำเภอ คลองหลวง จังหวัด ปทุมธานี
รหัสไปรษณีย์ 12120 เบอร์โทรศัพท์ 02-564-4440-4 ต่อ 7390

เบอร์โทรศัพท์มือถือ ไม่มี

อีเมล: Pregamol@nurse.tu.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาดา แสงนิมิตรชัยกุล

สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อาคารปิยชาติ ชั้น 10
99 หมู่ 18 ถนนพหลโยธิน ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี
รหัสไปรษณีย์ 12120 เบอร์โทรศัพท์ 02-564-4440-4 ต่อ 7390

เบอร์โทรศัพท์มือถือ 089-984-3724 อีเมล: Wipada@nurse.tu.ac.th

แหล่งทุนวิจัย [ไม่มี]

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกของอาสาสมัครวิจัย คือ เป็นบุคคลในครอบครัวอายุ ≥ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือด และผู้สูงอายุโรคเบาหวานบอกว่าเป็นผู้ดูแล โครงการวิจัยนี้จะคัดเลือกผู้ที่เหมาะสมเข้าร่วมการศึกษาเป็นจำนวนทั้งสิ้น 93 ครัวเรือน

ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ โปรดใช้เวลาในการอ่านเอกสารฉบับนี้ อย่างละเอียดรอบคอบ ซึ่งจะช่วยให้ท่านเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่ท่านจะมีส่วนร่วมในโครงการและท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยขอเน้นว่าการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน (ดูกรอบที่ 1) หากท่านไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จะไม่มีผลใดๆ ต่อการดูแลทางการแพทย์หรือสิทธิที่ท่านได้รับอยู่ โดยท่านจะได้รับ (ดูกรอบที่ 2)

กรอบที่ 1 การเข้าร่วมโครงการวิจัยขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน

- ท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้
- ท่านสามารถถอนตัว (ถอนความยินยอม) จากโครงการนี้เมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่กระทบต่อสิทธิการรักษาและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในปัจจุบันและอนาคต

กรอบที่ 2 ทางเลือกสำหรับแนวทางการรักษาในกรณีที่ท่านไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

-หากท่านไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ครอบครัวของท่านยังคงได้รับการดูแลตามปกติซึ่งเป็นการดูแลรักษา ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานตามมาตรฐาน

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา

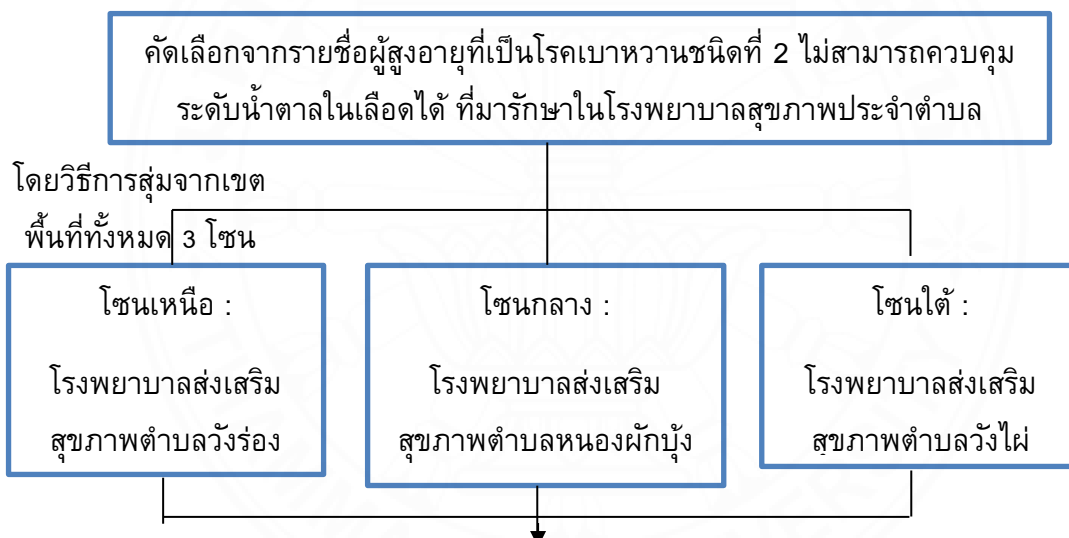
โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดเป็นอันดับ 2 ใน 5 ของประเทศไทย ในแต่ละปีจะพบผู้ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดเพชรบูรณ์พบความชุกของโรคเบาหวานมากเป็นลำดับที่ 5 ใน 17 จังหวัดภาคเหนือและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในผู้สูงอายุสูงเป็นอันดับ 1 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคเบาหวานวัยอื่นๆ มักเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ ตามมาจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดีเพิ่มมากขึ้นประมาณ 13 เท่า ในระยะเวลาทุก 3 ปี เกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อย 1 อย่าง ได้แก่ อาการชาบริเวณมือและเท้า โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น

เมื่ออายุมากขึ้นร่างกายจะเกิดการเสื่อมถอยส่งผลให้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานลดลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานทำให้มีความต้องการพึ่งพาและแสวงหาความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น ยิ่งหากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลไม่มีการเตือนในเรื่องการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารในครอบครัว ขาดการสอบถามในเรื่องขนาดและเวลาในการรับประทานยา และขาดการสังเกตอาการที่ผิดปกติของโรคเบาหวานในบางครอบครัวไม่มีการวางแผนจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มักจะรับประทาน

อาหารชนิดเดียวกันทั้งครอบครัว อีกทั้งสมาชิกในครอบครัวบางรายมีความรู้สึกว่ามีโรคเบาหวาน เหมือนคนที่ไม่ป่วยเพราะสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนก่อนเป็นโรคเบาหวาน จึงดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเหมือนตอนที่ยังไม่ป่วย จะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับครอบครัวโดยการมองปัญหาจากครอบครัว เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมให้ครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนทางด้านสุขภาพที่ดีให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งผลการศึกษานี้จะช่วยให้ผู้วิจัย เกิดความเข้าใจในครอบครัว เข้าใจปัจจัยและกลไกสำคัญในครอบครัวที่จะนำไปสู่การส่งเสริมการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยใช้ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว และสัมพันธภาพในครอบครัว ศึกษาหาความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว จะช่วยให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถลดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ช่วยในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยให้การดูแลโรค ส่งผลให้เกิดการวางแผนดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานโดยเฉพาะการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบที่ 3 วิธีทำการวิจัย/วิธีการเก็บข้อมูล



เก็บข้อมูลโดยการทำแบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป	จำนวน 17 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	จำนวน 36 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน	จำนวน 14 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว	จำนวน 22 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว	จำนวน 22 ข้อ

↓

ให้ทำแบบสอบถามเป็นกลุ่ม โดยการตอบแบบสอบถาม 1 ครั้ง

การวิจัยนี้มีผู้เข้าร่วมการวิจัยเพียงกลุ่มเดียว จำนวน 93 คน
เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูล

การศึกษานี้ใช้ระยะเวลาประมาณ 1-1.30 ชั่วโมง ในการตอบแบบสอบถาม 1 ครั้ง ผู้วิจัยจะลงเยี่ยมบ้าน โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามแล้วให้ผู้เข้าร่วมวิจัยพูดคุยตกลงกันในครอบครัว เพื่อให้ได้คำตอบในข้อนั้นๆ หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการนี้ ผู้วิจัยขอให้ท่านปฏิบัติตามตารางการศึกษา (ดูกรอบที่ 4)

กรอบที่ 4 ขั้นตอนการทำวิจัยในผู้เข้าร่วมการวิจัย

เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะมอบของที่ระลึกเป็นกระเป๋าผ้า จำนวน ครั้วเรือนละ 2 ใบ



ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถาม แล้วให้ผู้เข้าร่วมวิจัยพูดคุยตกลงกันภายในครอบครัวเพื่อให้ได้คำตอบในข้อนั้นๆ ใช้เวลาประมาณ 1-1.30 ชั่วโมง ในการตอบแบบสอบถามจำนวน 1 ครั้ง



ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามเป็นกลุ่ม จำนวน 5 ชุด ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 17 ข้อ
2. แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวานจำนวน 36 ข้อ
3. แบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำนวน 14 ข้อ
4. แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว จำนวน 22 ข้อ
5. แบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว จำนวน 22 ข้อ

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว และสัมพันธภาพในครอบครัว ต่อการทำหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ผู้วิจัยได้สรุปผลข้างเคียง/ความเสี่ยง และการป้องกัน/การรักษา จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไว้ใน กรอบที่ 5

กรอบที่ 5 ผลข้างเคียงหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการเข้าร่วมเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย
และแนวทางการป้องกัน/รักษา

ผลข้างเคียง/ความเสี่ยง	การป้องกัน/การรักษา
<p>- การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้มีความเสี่ยงเล็กน้อยที่ไม่มากเกินกว่าการดำเนินชีวิตประจำวัน ความเสี่ยงที่อาจพบได้ เช่น อาจทำให้เสียเวลาหรือรู้สึกไม่สะดวกใจในการตอบแบบสอบถาม</p>	<p>-ระหว่างผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ข้อมูล หากไม่สะดวกใจหรือรู้สึกว่าถูกรบกวน ท่านสามารถแจ้งขอออกจากกรเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ ก่อนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ข้อมูลที่เก็บไปแล้วบางส่วนจะมีการทำลายทิ้งทันที โดยการใช้เครื่องทำลายเอกสาร</p> <p>-ผู้วิจัยจะพูดคุยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเกิดความไว้วางใจและคลายความกังวลรวมถึงเน้นย้ำและให้ความมั่นใจถึงการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น</p> <p>- ผู้วิจัยจะมีการสอบถามผู้เข้าร่วมการวิจัย และสังเกต หากขณะกำลังดำเนินกิจกรรม ถ้าผู้เข้าร่วมการวิจัยรู้สึกไม่สบายใจ หรือไม่สะดวกใจในการตอบคำถามสามารถหยุดพักได้ตลอดเวลา หรือหากผู้วิจัยสังเกตเห็นว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอาการที่แสดงถึงการกระทบกระเทือนทางจิตใจ เช่น แหวดตา เสร้า น้ำตาลคอ เสียงสั่นเครือ หายุดพูดเป็นระยะๆ เป็นต้น ผู้วิจัยจะหยุดดำเนินกิจกรรม จากนั้นผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ระบายความรู้สึกอย่างมีอิสระ ให้ความมั่นใจในการปกปิดข้อมูล และ ปลอบใจและแสดงความเข้าใจในความรู้สึกจนกระทั่งกลุ่มตัวอย่างมีอาการดีขึ้น แต่หากอาการยังไม่ดีขึ้นจะประสานงานกับพยาบาลที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้การดูแลต่อและรายงานแพทย์ โดยผู้วิจัยจะยังอยู่ใกล้ชิดผู้เข้าร่วมการวิจัยจนกระทั่งอาการดีขึ้น และดูแลส่งต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมต่อไป โดยผู้วิจัยจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งหมด</p>

ผู้วิจัยได้สรุปประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไว้ใน กรอบที่ 6

กรอบที่ 6 ประโยชน์ที่จะคาดว่าจะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้	
ประโยชน์ทางตรง	ประโยชน์ทางอ้อม
- สมาชิกในครอบครัวและผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานจะได้รับการประเมินปัญหา ความต้องการในการดูแลโรคเบาหวานซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อท่านเช่นกัน	- ผู้เข้าร่วมวิจัยจะรับรู้ถึงปัญหาและความต้องการในการแก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานของครอบครัว ซึ่งจะเป็นแนวทางในการดูแลครอบครัว และส่งเสริมครอบครัวให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน - ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปพัฒนางานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานต่อไป

ผู้วิจัยสรุปแนวทางการปฏิบัติหรือการดูแลต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยไว้ใน กรอบที่ 7

กรอบที่ 7 สถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย	
สถานการณ์	แนวทางการปฏิบัติ
หากท่านถอนความยินยอมระหว่างการวิจัย	- ข้อมูลของท่านจะไม่ได้นำไปวิเคราะห์ทางสถิติ และผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลของท่านด้วยเครื่องทำลายเอกสารในทันที สำหรับเอกสารอิเล็กทรอนิกส์จะถูกลบออกจากระบบฐานข้อมูลของเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ไม่สามารถกู้คืนได้
เมื่อมีข้อมูลใหม่ที่สำคัญที่อาจมีผลต่อการตัดสินใจของท่าน	- การศึกษานี้ทำการตอบแบบสอบถามครั้งเดียว - หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบ
ระบุเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี)	ไม่มี

หลังจากจบโครงการ ท่านจะรับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน ข้อมูลของท่านที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลของการศึกษาในที่ประชุมหรือวารสารวิชาการจะไม่มี การระบุชื่อของท่าน อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจะสามารถเข้าดูข้อมูล ของท่านได้ เพื่อตรวจสอบข้อมูลและขั้นตอนการวิจัย

การจัดการข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับท่าน จะกรอกเป็นรหัส แทนการระบุชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย ไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือนามสกุลของผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อเสร็จสิ้น การวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอเก็บรักษาข้อมูลเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของผลการวิจัย และหลังเสร็จสิ้น งานวิจัยเป็นระยะเวลาไม่เกิน 1 ปี โดยผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเอกสารแบบสอบถามของท่านไว้ในตู้เก็บเอกสาร ที่มีกุญแจล็อกเฉพาะผู้วิจัย และข้อมูลที่เป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์จะถูกเก็บในระบบฐานข้อมูล

ของเครื่องคอมพิวเตอร์ที่มีการตั้งรหัสผ่านเฉพาะผู้วิจัย จากนั้นจะทำลายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดทันทีด้วยเครื่องทำลายเอกสารและเอกสารอิเล็กทรอนิกส์จะถูกลบออกจากระบบฐานข้อมูลของเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ไม่สามารถกู้คืนได้

ผู้วิจัยได้สรุปเกี่ยวกับค่าเดินทาง ค่าเสียเวลา และค่าใช้จ่ายต่างๆในการเข้าร่วมการวิจัยดังกรอบที่ 8

กรอบที่ 8 ค่าเดินทาง ค่าเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ไม่มีค่าเดินทางและค่าเสียเวลาจากการเข้าร่วมโครงการ เนื่องจากผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามแล้วให้ผู้เข้าร่วมวิจัยพูดคุยตกลงกันภายในครอบครัวเพื่อให้ได้คำตอบในข้อนั้นๆ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชดเชยค่าเสียเวลาตอบแทนในรูปแบบของชุดของที่ระลึกเป็นกระเป๋าผ้าขนาด 8*10 นิ้ว จำนวน 2 ใบ หลังผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. ไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. การจัดการดูแลรักษา ผู้วิจัยจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหากผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับอันตรายหรือเจ็บป่วยที่เป็นผลจากการเข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด

หากท่านมีข้อสงสัยทั้งก่อนหรือระหว่างเข้าร่วมการวิจัย หรือมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้นระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ท่านสามารถสอบถามได้ที่บุคคลในกรอบที่ 9

กรอบที่ 9 บุคคลที่ท่านสามารถติดต่อเพื่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

1. นางสาวนราภร ทวยไธสง

โทรศัพท์ 097-9261610 อีเมล Bambbee@gmail.com, Naraporn.tua@dome.tu.ac.th

2. รองศาสตราจารย์ ดร.ปรียกมล รัชกุล

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-986-9213 ต่อ 7390 โทรศัพท์มือถือ -

อีเมล Pregamol@nurse.tu.ac.th

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาดา แสงนิมิตรชัยกุล

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-564-4440-4 ต่อ 7390 เบอร์โทรศัพท์มือถือ 089-984-3724

อีเมล Wipada@nurse.tu.ac.th

หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ห้อง 110 ชั้น 1 อาคารปิยชาติ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-564-4440 ต่อ 7358 อีเมล ecsctu3@tu.ac.th

ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

Informed Consent Form

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ อาสาสมัครวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย บัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนรากร ทวยไธสง

ที่อยู่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อาคารปิยชาติ ชั้น 10 99 หมู่ 18 ถนน พหลโยธิน ตำบล คลองหนึ่ง อำเภอ คลองหลวง จังหวัด ปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12120 โทรศัพท์ 097-926-1610 อีเมล Bambbee@gmail.com

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.ปรีกษ์มกล รัชชกุล

สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อาคารปิยชาติ ชั้น 10 99 หมู่ 18 ถนน พหลโยธิน ตำบล คลองหนึ่ง อำเภอ คลองหลวง จังหวัด ปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12120

เบอร์โทรศัพท์ 02-564-4440-4 ต่อ 7390 เบอร์โทรศัพท์มือถือ ไม่มี อีเมล Pregamol@nurse.tu.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาดา แสงนิมิตร์ชัยกุล

สถานที่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อาคารปิยชาติ ชั้น 10 99 หมู่ 18 ถนน พหลโยธิน ตำบล คลองหนึ่ง อำเภอ คลองหลวง จังหวัด ปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12120 เบอร์โทรศัพท์ 02-564-4440-4 ต่อ 7390 เบอร์โทรศัพท์มือถือ 089-984-3724 อีเมล Wipada@nurse.tu.ac.th

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย การรักษาความลับ และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

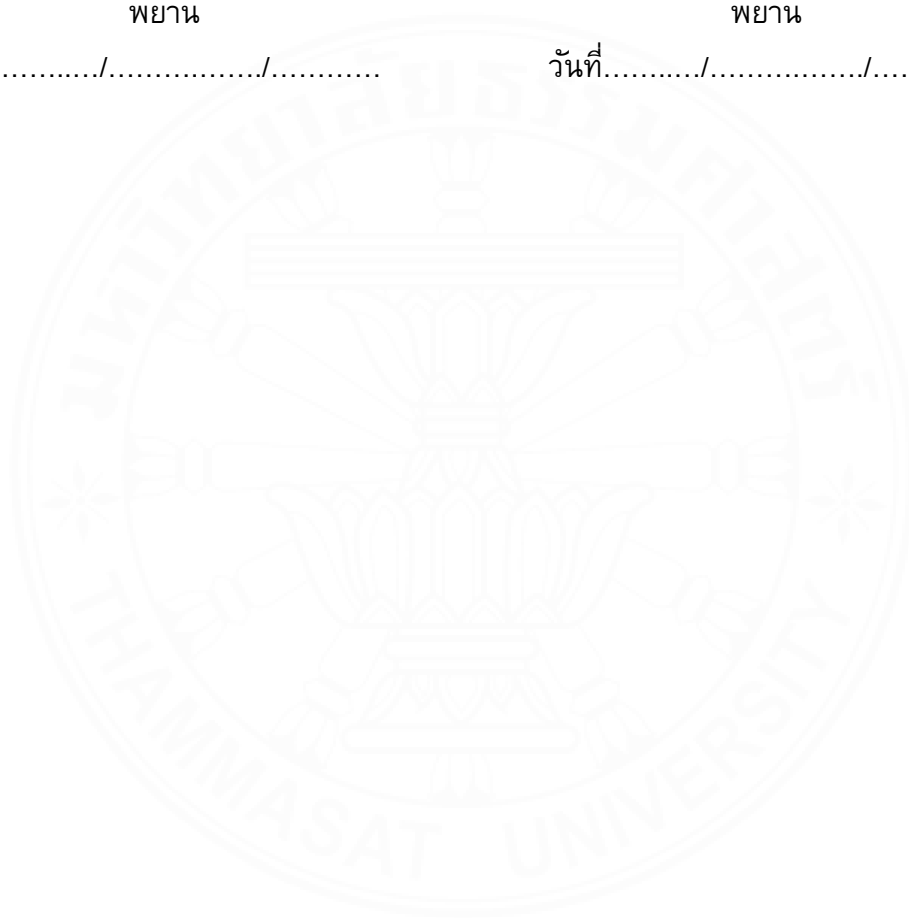
ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ ในกรณีที่ผู้วิจัยขอทราบเหตุผล ข้าพเจ้ายังคงสิทธิที่จะแจ้งหรือไม่แจ้งเหตุผลแก่ผู้วิจัยก็ได้ ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยหากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงอาสาสมัครวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่: คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ห้อง 112 ชั้น 1 อาคารโดมบริหาร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต โทรศัพท์ 02-564-4440 ต่อ 7358 อีเมล ECScTU3@ tu.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อ(หรือลายนิ้วมือ) ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ (หรือลายนิ้วมือ).....
 (.....) (.....)
 ผู้ขอความยินยอม ผู้เข้าร่วมการวิจัย
 วันที่...../...../..... วันที่...../...../.....

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
 (.....) (.....)
 พยาน พยาน
 วันที่...../...../..... วันที่...../...../.....



ภาคผนวก จ
หนังสือรับรองผ่านการพิจารณาจริยธรรม

ALPS-IRB-W002622




INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
ASSOCIATION OF LEGAL & POLITICAL STUDIES

**คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สมาคมนิติศาสตร์และรัฐศาสตร์**
ร่วมกับ บริษัท ที่ปรึกษากฎหมาย ธุรกิจ และการวิจัย ไวก์ ไทเทออร์ จำกัด

ขอพจนประศาสน์ฉบับนี้ไว้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

นางสาวนรากร ทวยโรสง

ได้ผ่านการอบรม โครงการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ครั้งที่ 2 ประจำปี 2567 วันอังคารที่ 9 เมษายน 2567
(อบรมผ่านระบบออนไลน์)



รองศาสตราจารย์ ดร.ธนพร ศรียากุล
นายกสมาคมนิติศาสตร์และรัฐศาสตร์
และประธานกรรมการ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สมาคมนิติศาสตร์และรัฐศาสตร์

ออกให้ ณ วันที่ 9/04/2024
อายุการรับรอง 2 ปี นับจากวันที่ออกให้




โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
ขอมอบเกียรติบัตรไว้เพื่อแสดงว่า

นางสาวนรากร ทวยโรสง

ได้ผ่านการฝึกอบรม
การเขียนบทความวิจัยทางการแพทย์
เพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ

วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2567
ณ ห้องประชุมกิตติวัฒนา ชั้น 4 อาคารกิตติวัฒนา
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ



รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ดิลก ภียโยทัย
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์
 ห้อง 112 ชั้น 1 อาคารโคมบริหาร มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง
 จ.ปทุมธานี 12121 โทรศัพท์: 0-2564-4440 ต่อ 7358 E-mail: ecsctu3@tu.ac.th

ScF 03_01

COA No. 069/2568

ใบรับรองโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : 68NU035

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2
 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

: FACTORS RELATED TO THE FUNCTIONING OF FAMILIES OF THE ELDERLS WITH
 UNCONTROLLED TYPE 2 DIABETES MILLITUS

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวนรากร ทวยโรสง

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ได้พิจารณา โดยใช้
 หลักของ Declaration of Helsinki, the Belmont report, CIOMS guidelines และ the International practice
 (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....*อติชา พงษ์กุล*.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.เกสัชกรหญิง จินดา พงษ์กุล)

ประธานคณะกรรมการ

ลงนาม.....*สิริกานา อึ้ง*.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.สิริกานา เหล่าเกียรติ)

กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง: 27 พฤษภาคม 2568

วันหมดอายุ: 26 พฤษภาคม 2569

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า: 27 เมษายน 2569

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย Version 3/ 13-05-2568
- 2) ประวัติคณะกรรมการวิจัย Version 2/ 03-04-2568
- 3) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย Version 3/ 13-05-2568
- 4) ใบยินยอมของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการ Version 3/ 13-05-2568
- 5) แบบสอบถาม Version 2/ 03-04-2568



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
สาขาแพทยศาสตร์

ประกาศนียบัตรฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

นรากร ทวยไธสง

ได้ผ่านการอบรมหลักสูตร GCP online training (Computer-based)

“แนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP:E6(R2))”

ประกาศนียบัตรฉบับนี้มีผลตั้งแต่วันที่ 31 กรกฎาคม 2568 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2570

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วิวัฒน์ จันทร์วิลโลง)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาแพทยศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงทิพพร ธรรวานิช)
รองคณบดีฝ่ายวิจัยและนวัตกรรม

The seal of Thammasat University is a large, faint watermark in the center of the page. It is circular and contains the university's name in Thai script at the top and 'THAMMASAT UNIVERSITY' in English at the bottom. The central emblem features a lotus flower, a crown, and a banner.

ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามสำหรับงานวิจัย

“ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้”

คำชี้แจง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานครอบครัว จำนวน 10 ข้อ

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำนวน 36 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว จำนวน 22 ข้อ

รวม จำนวน 111 ข้อ

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือนมา ณ โอกาสนี้

(นางสาวนราภร ทวยไธสง)

นักศึกษาหลักสูตรการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

1.แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานครอบครัว

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย “√” ในช่องที่ตรงกับข้อมูลของท่าน และเติมคำตอบที่ตรงตามข้อมูลของท่านลงในช่องว่าง

1. อายุ.....ปี

2.เพศ.....

3.ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย.....ปี.....เดือน

4.จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

5.รายได้ของครอบครัว/เดือน

1. ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน
2. 5,000-10,000 บาทต่อเดือน
3. 10,001-15,000 บาทต่อเดือน
4. 15,001-20,000 บาทต่อเดือน
5. 20,001-25,000 บาทต่อเดือน
6. 25,001-30,000 บาทต่อเดือน
7. มากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน

6.จำนวนชั่วโมงที่ให้การดูแลโดยเฉลี่ย.....ชั่วโมง/วัน

7. อาชีพ 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2. รับจ้าง
3. ค้าขาย 4. รับราชการ
5. รัฐวิสาหกิจ 6. อื่นๆระบุ.....

8.การดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีผลกระทบต่อการทำงานอาชีพหรือไม่ (*การทำงานประจำ หมายถึง การทำอาชีพ/งานที่ได้รับรายได้เป็นหลัก)

- 1.ไม่สามารถทำงานประจำได้ 2.แบ่งเวลาในการทำงาน 3.ทำงานประจำได้ตามปกติ

ตามปกติ

9.ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

1. บุตร 2. หลาน 3. สามเณร/ภรรยา
4. ลูกสะใภ้/ลูกเขย. 5. พี่/น้อง 6. อื่นๆระบุ.....

10. ภาวะสุขภาพ 1.ไม่มีโรคประจำตัว 2.มีโรคประจำตัว ระบุ.....

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย “√” ในช่องที่ตรงกับข้อมูลของท่าน และเติมคำตอบที่ตรงตามข้อมูลของท่านลงในช่องว่าง

1.อายุปี

2.เพศ 1. หญิง 2. ชาย

3.ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน.....ปี

4.โรคร่วมอื่น 1. ความดันโลหิตสูง 2.ไขมันในเลือด 3. อื่น ๆระบุ.....

5.สิทธิการรักษา 1.หลักประกันสุขภาพ 30 บาท

2.ประกันสังคม

3.ราชการ/รัฐวิสาหกิจ

4.อื่น ๆระบุ.....

6.ระดับค่าน้ำตาลในกระแสเลือดภายในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา.....mg%

7.ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน 1.ไม่มี 2.มี ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยการทำเครื่องหมาย “√” ลงใน หน้าข้อความเพียงคำตอบเดียว

- ไม่ตรงเลย หมายถึง ข้อความไม่ตรงกับบริบทในครอบครัวของท่านเลย
 ตรงเล็กน้อย หมายถึง ข้อความตรงกับบริบทในครอบครัวของท่านเล็กน้อย
 ตรงปานกลาง หมายถึง ข้อความตรงกับบริบทในครอบครัวของท่านปานกลาง
 ตรงมากที่สุด หมายถึง ข้อความตรงกับบริบทในครอบครัวของท่านมากที่สุด

ข้อ ที่	ข้อความ	ตรง มาก ที่สุด	ตรง ปาน กลาง	ตรง เล็ก น้อย	ไม่ ตรง เลย	\bar{X}	SD
การแก้ปัญหา							
1.	สมาชิกในครอบครัว ช่วยกันแก้ไขปัญหาในการ ดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวาน	12 (12.8)	34 (36.6)	34 (36.6)	13 (14.0)	2.48	0.89
2.	มีการพูดคุยกันเสมอว่าวิธี แก้ปัญหาในการดูแล ผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานที่ทำไปนั้น ได้ผลหรือไม่	16 (17.2)	47 (50.5)	27 (29.1)	3 (3.2)	2.82	0.75
3.	เมื่อมีปัญหาในการดูแล ผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวาน สมาชิกใน ครอบครัวมักปรึกษากันว่า จะแก้ปัญหอย่างไร	14 (15.1)	50 (53.7)	27 (29.0)	2 (2.2)	2.82	0.70
4.	สมาชิกในครอบครัวเผชิญ กับปัญหาในการดูแล ผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานร่วมกันได้ดี	10 (10.8)	59 (63.4)	20 (21.5)	4 (4.3)	2.81	0.68

ข้อ ที่	ข้อความ	ตรง มาก ที่สุด	ตรง ปาน กลาง	ตรง เล็กน้อย	ไม่ ตรง เลย	\bar{X}	SD
5.	สมาชิกในครอบครัว แก้ปัญหาความไม่สบายใจ ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานระหว่างกัน ได้ค่อนข้างดี	11 (11.8)	36 (38.7)	30 (32.3)	16 (17.2)	2.45	0.92
การสื่อสาร							
6.	บ่อยครั้งที่สมาชิกใน ครอบครัวไม่สามารถพูดใน สิ่งที่คิดหรือรู้สึกเกี่ยวกับ การดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวาน	14 (15.1)	47 (50.5)	29 (31.2)	3 (3.2)	2.23	0.74
7.	สมาชิกในครอบครัวทุกคน สามารถพูดคุยกัน ตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ เป็นโรคเบาหวาน	8 (8.6)	47 (50.5)	26 (28.0)	12 (12.9)	2.55	0.82
8.	สมาชิกในครอบครัวรู้ ชัดเจนว่าแต่ละคนรู้สึก อย่างไรเมื่อฟังคำพูดของ ผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวาน	14 (15.1)	44 (47.2)	30 (32.3)	5 (5.4)	2.72	0.78
9.	สมาชิกในครอบครัวทุกคน มักจะพูดกันตรงๆแทนที่ จะพูดผ่านอีกคนหนึ่ง	14 (15.1)	42 (45.1)	28 (30.1)	9 (9.7)	2.66	0.85
10.	สมาชิกในครอบครัวทุกคน กล้าบอกผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานเมื่อเขา ปฏิบัติตัวในการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ ถูกต้อง	12 (12.9)	51 (54.8)	24 (25.8)	6 (6.5)	2.74	0.76

ข้อ ที่	ข้อความ	ตรง มาก ที่สุด	ตรง ปาน กลาง	ตรง เล็กน้อย	ไม่ ตรง เลย	\bar{X}	SD
การตอบสนองทางอารมณ์							
11.	สมาชิกในครอบครัวแสดงความรักใคร่เอ็นดูต่อกันเป็นอย่างมาก	12 (12.9)	48 (51.6)	17 (18.3)	16 (17.2)	2.60	0.92
12.	สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนแสดงความรู้สึกทั้งดีและไม่ดีต่อกันอย่างเปิดเผยเมื่อช่วยกันดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน	14 (15.1)	37 (39.8)	31 (33.3)	11 (11.8)	2.58	0.89
13.	สมาชิกบางคนในครอบครัวไม่ค่อยแสดงอารมณ์หรือความรู้สึก	13 (14.0)	39 (41.9)	37 (39.8)	4 (4.3)	2.34	0.77
14.	สมาชิกในครอบครัวระบายนความทุกข์ใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานให้คนในครอบครัวฟังได้	9 (9.7)	57 (61.2)	21 (22.6)	6 (6.5)	2.74	0.72
15.	สมาชิกครอบครัวถามไถ่ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานอยู่เสมอ	15 (16.1)	42 (45.1)	22 (23.7)	14 (15.1)	2.62	0.93
ความผูกพันทางอารมณ์							
16.	สมาชิกในครอบครัวรู้สึกมีอิสระและเป็นตัวของตัวเองอย่างเพียงพอ	20 (21.5)	42 (45.1)	26 (28.0)	5 (5.4)	2.83	0.83
17.	สมาชิกในครอบครัวจะสนใจผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานก็ต่อเมื่อเรื่องนั้นมีผลกระทบต่อเขา	14 (15.1)	49 (52.6)	22 (23.7)	8 (8.6)	2.26	0.820

ข้อ ที่	ข้อความ	ตรง มาก ที่สุด	ตรง ปาน กลาง	ตรง เล็กน้อย	ไม่ ตรง เลย	\bar{X}	SD
18.	สมาชิกบางคนใน ครอบครัวอยู่วุ่นวายกับคน อื่นมากเกินไปจนน่าอึดอัด ใจ	15 (16.1)	55 (59.2)	15 (16.1)	8 (8.6)	2.17	0.80
19.	สมาชิกในครอบครัวต่าง คนต่างอยู่	24 (25.8)	35 (37.7)	27 (29.0)	7 (7.5)	2.18	0.91
20.	สมาชิกในครอบครัวออก คำสั่งหรือควบคุมเกี่ยวกับ การดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานมากเกินไป	15 (16.1)	50 (53.8)	24 (25.8)	4 (4.3)	2.18	0.75
บทบาท							
21.	เมื่อสมาชิกในครอบครัวขอ ความช่วยเหลือจากคนใน ครอบครัวทำอะไรรให้ โดยเฉพาะในการดูแล ผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวาน มักไม่แน่ใจ ว่าจะได้รับความช่วยเหลือ หรือไม่	23 (24.7)	49 (52.7)	20 (21.5)	1 (1.1)	1.99	0.71
22.	ทุกคนในครอบครัวมีงานที่ ต้องรับผิดชอบเกี่ยวกับ การดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวาน	22 (23.7)	39 (41.8)	22 (23.7)	10 (10.8)	2.78	0.93
23.	สมาชิกครอบครัวไม่เคย ขาดสิ่งจำเป็น เช่น อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค ฯลฯ ที่เพียงพอในการดูแล ผู้ป่วย	16 (17.2)	42 (45.2)	27 (29.0)	8 (8.6)	2.71	0.85

ข้อ ที่	ข้อความ	ตรง มาก ที่สุด	ตรง ปาน กลาง	ตรง เล็กน้อย	ไม่ ตรง เลย	\bar{X}	SD
24.	แต่ละคนปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานของตนได้ อย่างไม่ขาดตกบกพร่อง เช่น พาไปตรวจตามนัด สังเกตอาการของ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจาก โรคเบาหวาน เป็นต้น	13 (14.0)	46 (49.4)	29 (31.2)	5 (5.4)	2.72	0.77
การควบคุมพฤติกรรม							
25.	เมื่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่เหมาะสม เช่น ปรับลดขนาดยาเอง รับประทานขนมหวานหรือ ผลไม้หวานเกินปริมาณที่ กำหนด เป็นต้น สมาชิกใน ครอบครัวจะไม่ตำหนิหรือ ด่าทอ	15 (16.1)	41 (44.1)	30 (32.3)	7 (7.5)	2.31	0.83
26.	สมาชิกในครอบครัวมีการ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานออกกำลังกาย	5 (5.4)	47 (50.5)	30 (32.3)	11 (11.8)	2.49	0.77
27.	สมาชิกในครอบครัวไม่ได้ จัดเตรียมอาหารลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ให้ผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวาน	20 (21.5)	45 (48.4)	21 (22.6)	7 (7.5)	2.16	0.85
28.	สมาชิกในครอบครัวทุกคน จะดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานอย่างไรก็ได้ ตามใจชอบ	28 (30.1)	45 (48.4)	17 (18.3)	3 (3.2)	1.95	0.78

ข้อ ที่	ข้อความ	ตรง มาก ที่สุด	ตรง ปาน กลาง	ตรง เล็กน้อย	ไม่ ตรง เลย	\bar{X}	SD
การปฏิบัติหน้าที่ทั่วไป							
29.	สมาชิกในครอบครัวทุกคน เข้ากันได้เป็นอย่างดี	15 (16.1)	43 (46.2)	22 (23.7)	13 (14.0)	2.65	0.92
30.	สมาชิกในครอบครัวมีความ ไว้วางใจซึ่งกันและกัน	13 (14.0)	42 (45.2)	27 (29.0)	11 (11.8)	2.61	0.87
31.	การตกลงเรื่องต่างๆ โดยเฉพาะการดูแล ผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานเป็นไปได้ ลำบากเพราะสมาชิกใน ครอบครัวไม่ค่อยเข้าใจกัน	6 (6.5)	51 (54.8)	29 (31.2)	7 (7.5)	2.40	0.72
32.	สมาชิกในครอบครัวทุกคน ยอมรับว่าแต่ละคนมีแบบ ฉบับของตนเอง	11 (11.8)	49 (52.7)	28 (30.1)	5 (5.4)	2.71	0.75
33.	สมาชิกในครอบครัวทุกคน รักใคร่ปรองดองกันดี	13 (14.0)	48 (51.6)	26 (28.0)	6 (6.4)	2.73	0.78
34.	ขณะนี้ครอบครัวของคุณมี ความสุขดีพอแล้ว	18 (19.4)	42 (45.1)	26 (28.0)	7 (7.5)	2.76	0.85
35.	เมื่อผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานเกิดภาวะ น้ำตาลในเลือดไม่คงที่ เช่น หน้ามืด ใจสั่น ปัสสาวะ บ่อย เป็นต้น สมาชิกใน ครอบครัวสามารถ ช่วยเหลือและพึ่งพาอาศัย กันได้	18 (19.4)	37 (39.8)	31 (33.3)	7 (7.5)	2.71	0.87

ข้อ ที่	ข้อความ	ตรง มาก ที่สุด	ตรง ปาน กลาง	ตรง เล็กน้อย	ไม่ ตรง เลย	\bar{X}	SD
36.	สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวานเกิดขึ้นมากมาย	25 (26.8)	40 (43.0)	26 (28.0)	2 (2.2)	2.05	0.79

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว โดยการทำเครื่องหมาย “√” ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับบริบทของครอบครัวท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

- น้อยที่สุด หมายถึง ครอบครัวของท่านได้รับการสนับสนุนในเรื่องนี้น้อยที่สุด
 น้อย หมายถึง ครอบครัวของท่านได้รับการสนับสนุนในเรื่องนี้น้อย
 ปานกลาง หมายถึง ครอบครัวของท่านได้รับการสนับสนุนในเรื่องนี้ปานกลาง
 มาก หมายถึง ครอบครัวของท่านได้รับการสนับสนุนในเรื่องนี้มาก

ข้อ ที่	ข้อความ	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	\bar{X}	SD
ด้านการยอมรับและการเห็นคุณค่า							
1.	สมาชิกในครอบครัวได้รับคำชมเชยจากเพื่อนบ้าน/อสม./พยาบาลชุมชน ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน	7 (7.5)	37 (39.8)	34 (36.6)	15 (16.1)	2.39	0.85
2.	สมาชิกในครอบครัวได้รับการยกย่องจากเพื่อนบ้าน/อสม./พยาบาลชุมชน ที่ครอบครัวของท่านสามารถดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้	9 (9.7)	43 (46.2)	35 (37.6)	6 (6.5)	2.59	0.75

ข้อ ที่	ข้อความ	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	\bar{X}	SD
3.	สมาชิกในครอบครัวได้รับการยอมรับจากเพื่อนบ้าน/อสม./พยาบาลชุมชน ในความสามารถของครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้	12 (12.9)	45 (48.4)	28 (30.1)	8 (8.6)	2.66	0.81
4.	สมาชิกในครอบครัวรู้สึกมั่นใจ เนื่องจากเพื่อนบ้าน/อสม./พยาบาลชุมชน มาเยี่ยมบ้านและให้การยอมรับในการดูแลผู้ป่วย	10 (10.8)	44 (47.3)	34 (36.6)	5 (5.3)	2.63	0.75
ด้านวัตถุประสงค์และสิ่งของ							
5.	ครอบครัวของท่านได้รับการช่วยเหลือเรื่องการอำนวยความสะดวกเมื่อต้องไปติดตามอาการของผู้ป่วยตามเวลานัดหมายของโรงพยาบาล	11 (11.8)	44 (47.4)	31 (33.3)	7 (7.5)	2.63	0.79
6.	สมาชิกในครอบครัวได้รับการสนับสนุน อุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยหรือได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือค่ารักษาเพิ่มเติมจากสิทธิการรักษา เช่น สิทธิบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิประกันสังคม เป็นต้น	11 (11.8)	47 (50.5)	26 (28.0)	9 (9.7)	2.65	0.82

ข้อ ที่	ข้อความ	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	\bar{X}	SD
ด้านอารมณ์							
7.	เพื่อนบ้าน/อสม./พยาบาล ชุมชน พุดคุยชื่นชมทำให้ สมาชิกในครอบครัวมี กำลังใจในการดูแลผู้ป่วย	9 (9.7)	44 (47.3)	35 (37.6)	5 (5.4)	2.61	0.74
8.	เพื่อนบ้าน/ อสม./ พยาบาล ชุมชน ปลอดภัยและให้ กำลังใจ สมาชิกใน ครอบครัวเมื่อมีปัญหาใน การดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวาน	12 (12.8)	42 (45.2)	34 (36.6)	5 (5.4)	2.66	0.77
9.	เพื่อนบ้าน/ อสม./ พยาบาล ชุมชนแสดงความห่วงใย และเอาใจใส่ครอบครัวของ ท่าน	11 (11.8)	41 (44.1)	32 (34.4)	9 (9.7)	2.58	0.82
10.	เพื่อนบ้าน /อสม./ พยาบาล ชุมชน สนใจและมีวิธีใน การช่วยเหลือเพื่อให้คลาย ความทุกข์หรือความรู้สึก ไม่สบายใจเกี่ยวกับการ ดูแล ผู้สูง อาย ที่ เป็น โรคเบาหวาน	15 (16.1)	38 (40.9)	31 (33.3)	9 (9.7)	2.63	0.87
ด้านข้อมูลข่าวสาร							
11.	เพื่อนบ้าน /อสม./พยาบาล ชุมชน สอบถามเกี่ยวกับ ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวาน และให้ คำปรึกษาในการแก้ไข ปัญหา	14 (15.1)	56 (60.1)	18 (19.4)	5 (5.4)	2.85	0.74

ข้อ ที่	ข้อความ	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	\bar{X}	SD
12.	เพื่อนบ้าน /อสม./ พยาบาล ชุมชน ให้คำแนะนำในการ ใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆใน การดูแลผู้สูงอายุ	9 (9.7)	57 (61.3)	19 (20.4)	8 (8.6)	2.72	0.75
13.	เพื่อนบ้าน /อสม./ พยาบาล ชุมชน ให้คำแนะนำสมาชิก ในครอบครัวเกี่ยวกับ วิธีการดูแลโรคเบาหวาน	12 (12.9)	50 (53.7)	22 (23.7)	9 (9.7)	2.70	0.82
14.	เพื่อนบ้าน /อสม./ พยาบาล ชุมชน หาข้อมูลข่าวสาร ความรู้ เกี่ยวกับโรคและ วิธีการดูแลผู้สูงอายุมา บอกสมาชิกในครอบครัว	20 (21.5)	41 (44.1)	23 (24.7)	9 (9.7)	2.77	0.89

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว โดยการทำเครื่องหมาย “√” ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับสัมพันธภาพในครอบครัวของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ไม่ได้ปฏิบัติเลย	หมายถึง สมาชิกในครอบครัวของท่านไม่ปฏิบัติตามข้อความนี้เลย
นานๆครั้ง	หมายถึง สมาชิกในครอบครัวของท่านไม่ปฏิบัติตามข้อความนี้นานๆครั้ง
เป็นบางครั้ง	หมายถึง สมาชิกในครอบครัวของท่านไม่ปฏิบัติตามข้อความนี้บางวัน (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)
ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง สมาชิกในครอบครัวของท่านไม่ปฏิบัติตามข้อความนี้เป็นประจำ (3-4 ครั้ง/สัปดาห์)

ข้อ ที่	ข้อความ	เป็น ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	\bar{X}	SD
การใช้เวลาร่วมกัน							
1.	สมาชิกในครอบครัวใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันนอกบ้าน เช่น เทียว เข้าร่วมงานแต่งงานบุญ งานศพร่วมกัน เป็นต้น	2 (2.2)	49 (52.6)	29 (31.2)	13 (14.0)	2.43	0.76
2.	สมาชิกในครอบครัวใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันในบ้าน เช่น รับประทานอาหาร ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง เป็นต้น	10 (10.8)	47 (50.5)	27 (29.0)	9 (9.7)	2.62	0.81
3.	สมาชิกในครอบครัวมีการชักชวนกันทำกิจกรรมต่างๆร่วมกัน เช่น ชวนปลูกต้นไม้ ชวนดูหนัง ชวนออกกำลังกาย เป็นต้น	7 (7.5)	41 (44.1)	34 (36.6)	11 (11.8)	2.47	0.80

ข้อ ที่	ข้อความ	เป็น ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	\bar{X}	SD
การพูดคุยปรึกษาหารือ							
4.	เมื่อเกิดปัญหาในการดูแล ผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานสมาชิกใน ครอบครัวจะรับฟังความ คิดเห็นของกันและกัน	8 (8.6)	39 (41.9)	31 (33.3)	15 (16.2)	2.43	0.86
5.	สมาชิกในครอบครัว สามารถแสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ เป็นโรคเบาหวานได้อย่าง เต็มที่	8 (8.6)	43 (46.2)	32 (34.4)	10 (10.8)	2.53	0.80
6.	เมื่อเกิดปัญหาในการดูแล ผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานสมาชิกใน ครอบครัวจะช่วยคิดหรือ หาแนวทางในการแก้ไข ปัญหา	7 (7.5)	37 (39.8)	36 (38.7)	13 (14.0)	2.41	0.82
7.	เมื่อไม่สามารถช่วยแก้ไข ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวานได้ สมาชิกในครอบครัวจะ ร่วมกันแสวงหาวิธีการ แก้ไข โดยการหาข้อมูล หรือสอบถามจากบุคคลที่มี ความรู้/ประสบการณ์	12 (12.9)	53 (57.0)	27 (29.0)	1 (1.1)	2.82	0.66
8.	สมาชิกในครอบครัวมีส่วน ร่วมหรือช่วยกันในการ ตัดสินใจเรื่องที่สำคัญของ ครอบครัว โดยเฉพาะการ ดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวาน เช่น	10 (10.8)	39 (41.9)	35 (37.6)	9 (9.7)	2.54	0.81

ข้อ ที่	ข้อความ	เป็น ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	\bar{X}	SD
	การเลือกวิธีการรักษา โรคเบาหวานของผู้สูงอายุ เป็นต้น						
9.	สมาชิกในครอบครัวมักจะ พูดคุยหรือปรึกษาปัญหา ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานกับคนอื่น มากกว่าคนในครอบครัว	10 (10.8)	35 (37.6)	42 (45.1)	6 (6.5)	2.53	0.77
10.	เวลาที่จะดูแลผู้สูงอายุที่ เป็นโรคเบาหวาน ร่วมกับ ทุกคนในครอบครัว เป็นเรื่องที่ลำบากใจ	6 (6.5)	35 (37.6)	39 (41.9)	13 (14.0)	2.63	0.80
	ความเอื้ออาทร						
11.	เมื่อมีการเจ็บป่วยสมาชิก ในครอบครัวจะถามไถ่กัน อยู่เสมอ	16 (17.2)	42 (45.1)	30 (32.3)	5 (5.4)	2.74	0.81
12.	เวลาทำในสิ่งที่ผิดพลาด สมาชิกในครอบครัวจะไม่มี การตำหนิหรือด่าทอกัน	15 (16.1)	40 (43.0)	29 (31.2)	9 (9.7)	2.66	0.86
13.	เมื่อมีใครคนใดคนหนึ่ง ในครอบครัวเจ็บป่วยหรือ ทุกข์ใจ สมาชิกทุกคนใน ครอบครัวจะมาช่วยกัน ดูแล	10 (10.8)	36 (38.6)	38 (40.9)	9 (9.7)	2.51	0.82
14.	สมาชิกในครอบครัวจะ ปลอบโยนเมื่อสมาชิกคน ใดคนหนึ่ง ในครอบครัว รู้สึกเสียใจ หรือผิดหวัง	15 (16.1)	48 (51.6)	24 (25.8)	6 (6.5)	2.77	0.79

ข้อ ที่	ข้อความ	เป็น ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	\bar{X}	SD
15.	เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีความทุกข์ใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ครอบครัวจะไม่ค่อยรับรู้	7 (7.5)	23 (24.7)	49 (52.7)	14 (15.1)	2.75	0.80
16.	สมาชิกในครอบครัวมีการสังเกตสีหน้าแววตาและท่าทางของคนในครอบครัวอยู่เสมอ	17 (18.3)	37 (39.7)	34 (36.6)	5 (5.4)	2.71	0.82
17.	สมาชิกในครอบครัวให้ความเคารพนับถือซึ่งกันและกัน	10 (10.8)	47 (50.5)	28 (30.1)	8 (8.6)	2.63	0.79
18.	สมาชิกในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ต่อกันทั้งในยามปกติ เจ็บป่วย และเมื่อมีปัญหา	9 (9.7)	44 (47.2)	26 (28.0)	14 (15.1)	2.52	0.86
การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่							
19.	สมาชิกในครอบครัวร่วมกันรับผิดชอบหน้าที่ในครอบครัว เช่น ช่วยกันดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ช่วยกันทำความสะอาดบ้าน เป็นต้น	13 (14.0)	43 (46.2)	30 (32.3)	7 (7.5)	2.67	0.81
20.	สมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยทำหน้าที่แทนกันในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานของคนอื่น ในกรณีที่สมาชิกคนอื่นไม่สามารถทำหน้าที่นั้นได้	10 (10.8)	44 (47.3)	27 (29.0)	12 (12.9)	2.56	0.85

ข้อ ที่	ข้อความ	เป็น ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	\bar{X}	SD
21.	สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดกฎระเบียบหรือข้อตกลงภายในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน	9 (9.7)	46 (49.4)	34 (36.6)	4 (4.3)	2.65	0.72
22.	สมาชิกในครอบครัวทำตามข้อตกลงในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน	10 (10.8)	38 (40.8)	36 (38.7)	9 (9.7)	2.53	0.81

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว โดยการทำเครื่องหมาย “√” ลงใน หน้าข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

ไม่เคยเลย หมายถึง สมาชิกในครอบครัวไม่เคยมีความรู้สึกตรงกับข้อความนี้เลย
 นานๆ ครั้ง หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกตรงกับข้อความนี้นานๆ ครั้ง
 บางครั้ง หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกตรงกับข้อความนี้บางครั้ง (1-2 ครั้ง/เดือน)
 บ่อยครั้ง หมายถึง สมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกตรงกับข้อความนี้บ่อยครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)
 ประจำ หมายถึง สมาชิกในครอบครัวเคยมีความรู้สึกตรงกับข้อความนี้เป็นประจำ (3-4 ครั้ง/สัปดาห์)

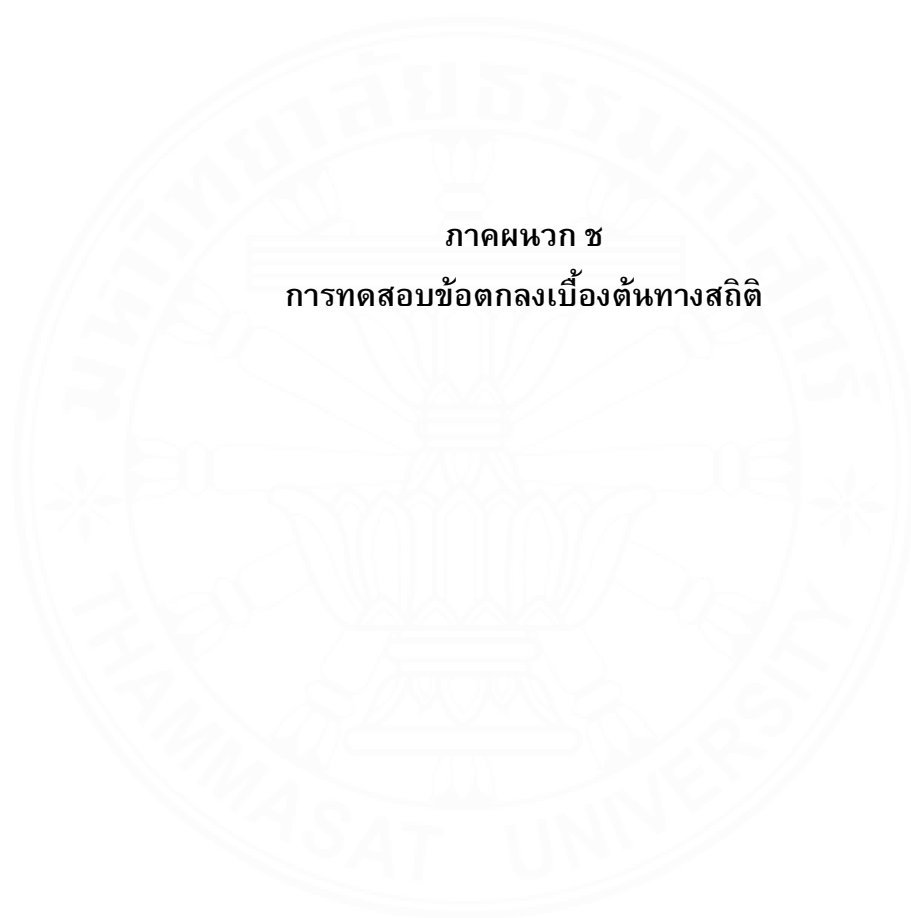
ข้อ ที่	ข้อความ	ไม่เคย เลย	นาน ๆ ครั้ง	บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	ประจำ	\bar{X}	SD
ความตึงเครียดส่วนบุคคล								
1.	สมาชิกในครอบครัว รู้สึกว่าผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานร้องขอ ความช่วยเหลือ มากกว่าความต้องการ จริง	45 (48.4)	32 (34.4)	16 (17.2)			.69	0.75
2.	สมาชิกในครอบครัว รู้สึกว่าไม่มีเวลา เพียงพอสำหรับตัวเอง เนื่องจากไม่มีเวลาเป็น ของตนเองต้องดูแล ผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวาน	41 (44.1)	41 (44.1)	11 (11.8)			.68	0.68
3.	สมาชิกในครอบครัวมี ความรู้สึกเครียด เกี่ยวกับการทำหน้าที่ ของตนเองในการดูแล ผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวาน และต้อง รับผิดชอบงานอื่นๆ	40 (43.0)	43 (46.2)	10 (10.8)			.68	0.66

ข้อ ที่	ข้อความ	ไม่เคย เลย	นาน ๆ ครั้ง	บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	ประจำ	\bar{X}	SD
4	สมาชิกในครอบครัว รู้สึกตึงเครียดขณะที่อยู่ ใกล้ผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวาน	47 (50.5)	38 (40.9)	8 (8.6)			.58	0.65
ความขัดแย้งในตนเอง								
5	การดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานทำให้ สมาชิกในครอบครัว รู้สึกไม่มีเวลาเป็น ส่วนตัวเท่าที่ควร	47 (50.5)	32 (34.4)	14 (15.1)			.65	0.73
6	การดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานทำให้ สมาชิกในครอบครัว รู้สึกว่าไม่สามารถ พบปะผู้คนในสังคมได้ ตามปกติ	40 (43.0)	38 (40.9)	15 (16.1)			.73	0.72
7	การดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานทำให้ สมาชิกในครอบครัว รู้สึกไม่สะดวกในการ ติดต่อหรือคบหากับ เพื่อน	44 (47.3)	44 (47.3)	5 (5.4)			.58	0.59
8	สมาชิกในครอบครัว รู้สึกว่าไม่สามารถ ควบคุมจัดการชีวิต ตนเองได้ตั้งแต่ดูแล ผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวาน	46 (49.5)	36 (38.7)	11 (11.8)			.62	0.69
9	สมาชิกในครอบครัว รู้สึกอึดอัดใจต่อ พฤติกรรมของผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวาน	40 (43.0)	45 (48.4)	8 (8.6)			.66	0.63

ข้อ ที่	ข้อความ	ไม่เคย เลย	นาน ๆ ครั้ง	บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	ประจำ	\bar{X}	SD
10	สมาชิกในครอบครัว รู้สึกหงุดหงิดใจหรือ โกรธขณะที่อยู่ใกล้ ผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวาน	33 (35.5)	50 (53.8)	10 (10.7)			.75	0.64
11	สมาชิกในครอบครัว รู้สึกว่าผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานทำให้ ความสัมพันธ์ของ ครอบครัวหรือเพื่อน แย่ลง	30 (32.3)	54 (58.0)	9 (9.7)			.77	0.61
12	สมาชิกในครอบครัว รู้สึกว่าผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานต้อง พึ่งพาการดูแลอยู่เสมอ	35 (37.6)	47 (50.6)	11 (11.8)			.74	0.65
13	การดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานทำให้ สมาชิกในครอบครัว รู้สึกว่าสุขภาพของ ตนเองไม่ค่อยดี	35 (37.6)	44 (47.3)	14 (15.1)			.77	0.69
ความรู้สึกผิด								
14	สมาชิกในครอบครัว รู้สึกกลัวเกี่ยวกับสิ่งที่ จะเกิดขึ้นในอนาคตกับ ผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวาน	37 (39.7)	46 (49.5)	10 (10.8)			.71	0.65
15	สมาชิกในครอบครัว รู้สึกว่าผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานคาดหวัง ในตัวท่านมากเสมือน มีท่านคนเดียวเท่านั้น ที่พึ่งพาได้	30 (32.3)	52 (55.9)	11 (11.8)			.80	0.63

ข้อ ที่	ข้อความ	ไม่เคย เลย	นาน ๆ ครั้ง	บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	ประจำ	\bar{X}	SD
16	สมาชิกในครอบครัว รู้สึกว่าไม่มีเงินเพียงพอที่จะดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวาน	29 (31.2)	52 (55.9)	12 (12.9)			.82	0.64
17	โดยภาพรวมสมาชิกใน ครอบครัวรู้สึกว่า การดูแลผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานเป็นภาระ	27 (29.0)	45 (48.4)	21 (22.6)			.94	0.72
เจตคติที่ไม่แน่นอน								
18	สมาชิกในครอบครัว รู้สึกว่าไม่มีอะไรที่ มั่นคงแน่นอนเกี่ยวกับ สิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคเบาหวาน	35 (37.6)	38 (40.9)	20 (21.5)			.84	0.75
19	สมาชิกในครอบครัว รู้สึกว่าผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานควรจะได้รับ การดูแลจากญาติ คนอื่น	32 (34.4)	41 (44.1)	19 (20.4)	1 (1.1)		.88	0.76
20	สมาชิกในครอบครัว รู้สึกว่าน่าจะดูแล ผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานได้ดีกว่านี้	32 (34.4)	43 (46.2)	18 (19.4)			.85	0.72
21	สมาชิกในครอบครัว อยากที่จะเลิกดูแล ผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวาน และให้ คนอื่นมาดูแลแทน	40 (43.0)	41 (44.1)	12 (12.9)			.70	0.68
22	สมาชิกในครอบครัว รู้สึกว่าไม่สามารถ อดทนดูแลผู้สูงอายุที่ เป็นโรคเบาหวานได้อีก	42 (45.2)	38 (40.8)	13 (14.0)			.69	0.71

ภาคผนวก ช
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติ



การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์เพียร์สัน

- 1) ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม เป็นตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง มีค่าในมาตรวัดช่วงมาตร และอัตราส่วนมาตราและมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution)
- 2) รูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรต้น และตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship) พิจารณาได้จากลักษณะการกระจายของข้อมูลในแผนภาพการกระจาย (Scatter plot) ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม กราฟที่ได้เป็นเส้นตรง
- 3) กลุ่มตัวอย่างมีขนาดใหญ่เพียงพอ โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* power version 3.1.9.4
- 4) กลุ่มตัวอย่างได้จากวิธีการสุ่มจากประชากร (Random selection) การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling)
- 5) ข้อมูลตัวแปรต้นและตัวแปรตามต้องรวบรวมมาจากกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน คือ สมาชิกในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (บุญใจ ศรีสถิตยัทรากูร, 2563)

1) ทดสอบการแจกแจงของข้อมูล (Normal distribution)

ในงานวิจัยนี้ทดสอบการแจกแจงของข้อมูล (Normality test) โดยพิจารณาจากค่า Kolmogorov-smirnov test ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 93 ครอบครัว โดยพิจารณาจากค่า Significant ซึ่งต้องมีค่า > 0.05 จะหมายความว่า ข้อมูลมีการแจกแจงเป็นปกติ เนื่องจาก การทดสอบไม่เป็นไปตามข้อตกลงของ สถิติเพียร์สัน จึงปรับมาใช้สถิติสเปียร์แมน

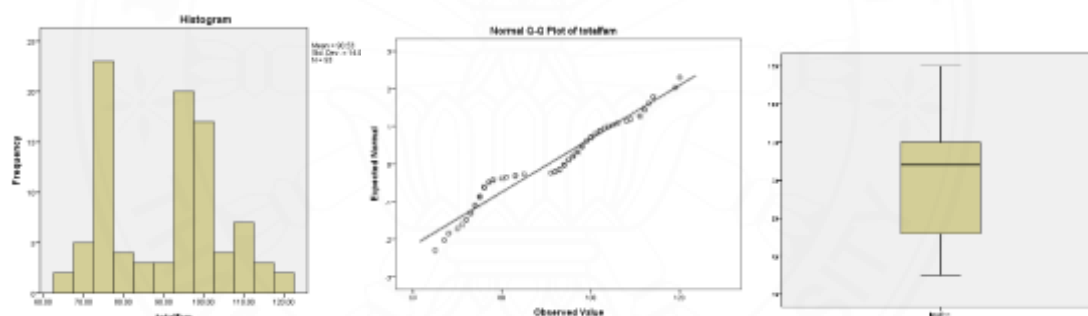
แสดงค่าสถิติ Kolmogorov-smirnov

Tests of Normality

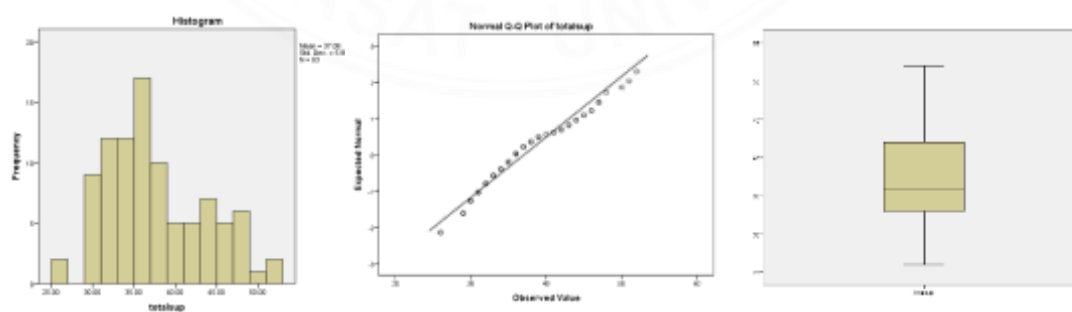
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
totalfamilyfunction	.158	93	.000	.934	93	.000
totalsocialsupport	.130	93	.000	.958	93	.004
totalrelation	.079	93	.200 [*]	.981	93	.194
totalburden	.093	93	.046	.978	93	.116

a. Lilliefors Significance Correction

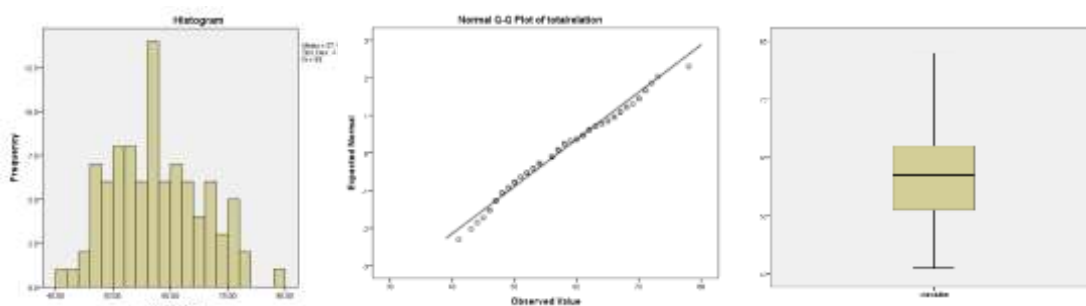
กราฟการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุโรคเบาหวาน



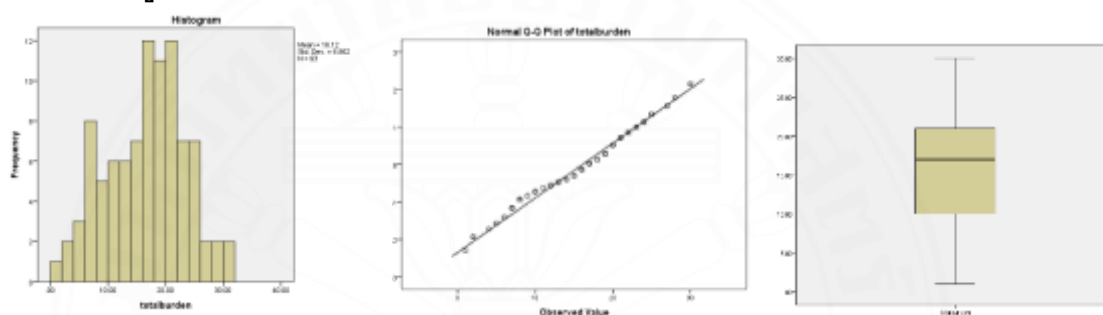
กราฟแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว



กราฟสัมพันธ์ภาพในครอบครัว

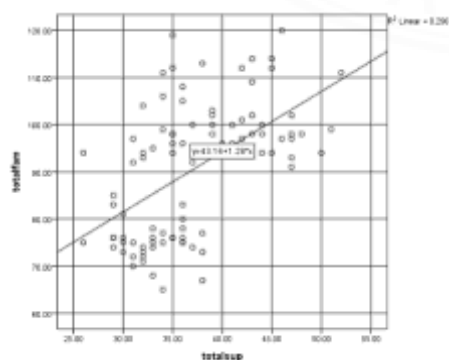


กราฟความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว

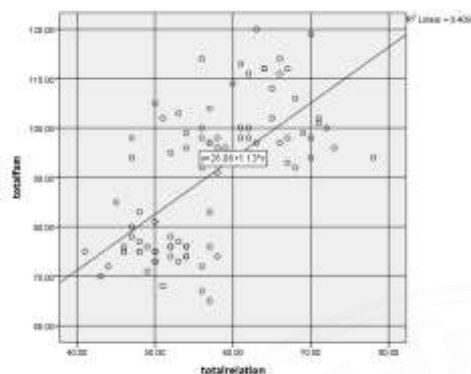


2) รูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear relationship) พิจารณาได้จากลักษณะการกระจายของข้อมูลในแผนภาพการกระจาย (Scatter plot) ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม กราฟที่ได้เป็นเส้นตรง

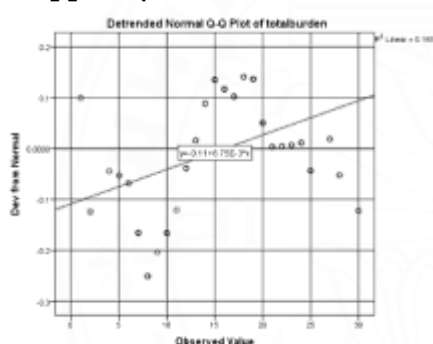
กราฟระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัว ที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้



กราฟระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้



กราฟระหว่างความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว และการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้



ตัวแปรที่ศึกษาหลัก	Linearity		แปลผล
	F	Sig	
แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว	2.491	.002	Linear relationship
สัมพันธภาพในครอบครัว	2.546	.001	Linear relationship
ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว	.913	.590	Non-Linear relationship

ตารางแสดงความสัมพันธ์สเปียร์แมน

			Correlations			
			Family function	Social support	Family relationship	Family burden
Spearman's rho	Family function	Correlation Coefficient	1.000	.555**	.628**	-.218*
		Sig. (2-tailed)	.	.000	.000	.036
		N	93	93	93	93
	Social support	Correlation Coefficient	.555**	1.000	.617**	-.123
		Sig. (2-tailed)	.000	.	.000	.242
		N	93	93	93	93
	Family relationship	Correlation Coefficient	.628**	.617**	1.000	-.187
		Sig. (2-tailed)	.000	.000	.	.073
		N	93	93	93	93
	Family burden	Correlation Coefficient	-.218*	-.123	-.187	1.000
		Sig. (2-tailed)	.036	.242	.073	.
		N	93	93	93	93

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). * . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวนรากร ทวยไธสง
วันเดือนปีเกิด	19 ตุลาคม 2541
วุฒิการศึกษา	ปีการศึกษา 2563 : พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังไผ่ อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์
ประสบการณ์ทำงาน	ปี 2563 – 2564 พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนายม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2564-ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังไผ่ อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์