

การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแล
ผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน

EMPOWERING PROGRAM DEVELOPMENT FOR FAMILY
CAREGIVER OF CHRONICALLY ILL ADULT

โดย

ยวดี รอดจากภัย (Yuvadee Rodjarkpai)

ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

รัชณี สรรเสริญ (Rachanee Sunsern)

วรรณรัตน์ ลาวั่ง (Wannarat Lawang)

ภาควิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

การศึกษาวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
งบประมาณแผ่นดิน ปี พ.ศ. 2548

ISBN 974-326-427-2

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยนี้ สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความสามารถจากศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.นพ.ศาสตราจารย์ เสาวคนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. บุญยง เกียวการค้า และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนทราวดี เขียวพิเชฐ ที่ได้กรุณาสละเวลา ให้ความรู้ คำแนะนำ ตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งได้ให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอ่าวอุดม พยาบาล หัวหน้าสถานีนอนามัย นักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภอสรีราชา ที่ได้สละเวลา และมีส่วนร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ งานวิจัยนี้จะไม่ประสบความสำเร็จถ้าปราศจากความร่วมมือจากญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ ป่วยเรื้อรัง และผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง และในการจัดทำวิจัยครั้งนี้ ได้รับทุนอุดหนุนงานวิจัยจาก สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณผู้ที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จนี้ที่เป็นกำลังใจให้คณะผู้วิจัย ประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี คือ ครอบครัว เพื่อน น้อง และผู้ร่วมงานของผู้วิจัย

ยุวดี รอดจากภัย

คำสำคัญ : โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ / ญาติผู้ดูแล / ผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง

ยวดี รอดจากภัย, รัชณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง : การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน

(EMPOWERING PROGRAM DEVELOPMENT FOR FAMILY CAREGIVER OF RONICALLY ILL ADULT)

การเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม มีผลกระทบต่อชีวิตของประชาชน โรคและปัญหาทางสุขภาพมีมาก

วัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้ เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยญาติผู้ดูแล จำนวน 45 คนที่อำเภอศรีราชา ญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วมในการวิจัยได้รับการสร้างพลังตามกิจกรรมที่กำหนดขึ้น ตามกระบวนการของกิบสัน โดยกิจกรรมที่จัดขึ้นเป็นรายบุคคล การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้ทราบถึงรายละเอียดเกี่ยวกับโรค และการฝึกทักษะในการให้การดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการดำเนินการโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง มีการรับรู้พลังอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน ส่งผลต่อการรับรู้พลังอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังของญาติผู้ดูแล ดังนั้นควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสันขยายผลต่อไป

KEY WORDS : Empowering Program / Family Caregiver / Chronically Ill Adult

EMPOWERING PROGRAM DEVELOPMENT FOR FAMILY CAREGIVER OF CHRONICALLY ILL ADULT

Yuvadee Rodjarkpai, Faculty of Public Health, Burapha University, Thailand.

Rachanee Sunsern, Wannarat Lawang, Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand.

Rapid changes of socio, economics, culture and environment of Thai societies affect quality of life of the people. Many diseases and health problems are increasing.

The main purpose of this study was to develop an Empowering Program for Family Caregiver of Chronically Ill Adult.

The research was action research. The sample comprised 45 family caregivers at Sriracha District. The sample participated in the empowerment program based on Gibson's concept of empowerment.

The program stressed learning through participation in individual and group activities i.e., to learn about the disease and train to develop skills in caring for chronically ill Adult.

Data analysis was done by using descriptives statistics, and paired t - test.

Findings from this research study showed that after expose to empowerment program, the family caregivers of chronically ill Adult had Significantly increased perceived empowerment, self – esteem, and caring behavior (p-value<0.001).

This empowerment program based on Gibson's concept are recommended for further expansion.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญภาพ	ช
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญแผนภูมิ	ฅ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความสำคัญ และที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	3
นิยามตัวแปร	3
ขอบเขตการวิจัย	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	7
บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	9
แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ	12
กลวิธีในการเสริมสร้างพลังอำนาจ	18
แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	19
กระบวนการกลุ่ม	21
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	25
3 วิธีดำเนินการวิจัย	31
รูปแบบการวิจัย	31
ลักษณะประชากร และกลุ่มตัวอย่าง	32
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	35
การวิเคราะห์ข้อมูล	36

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	38
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง และความต้องการ ของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง	38
ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันของผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง	41
ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้พลังอำนาจ ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง และพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง	43
ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน	52
5 อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	53
อภิปรายผล	53
ข้อเสนอแนะ	56
บรรณานุกรม	57
ภาคผนวก	61
ภาคผนวก 1 แบบฟอร์มใบยินยอมให้ทำการวิจัย	62
ภาคผนวก 2 แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา .	64
ภาคผนวก 3 แบบสัมภาษณ์ และแบบประเมิน ประกอบด้วยชุดคำถาม 6 ชุด	
ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	66
ชุดที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้ป่วย	66
ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง	68
ชุดที่ 4 การรับรู้พลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง	69
ชุดที่ 5 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแล ผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง	72
ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแล ผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง	73

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก 4 คู่มือการดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง	75
ภาคผนวก 5 ภาพกิจกรรม	112
ภาคผนวก 6 ประวัติผู้วิจัย	114

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวน และร้อยละของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังจำแนกตามข้อมูลทั่วไป จำนวน 45 คน	39
2 จำนวน และร้อยละของผู้ใหญ่วัยเรื้อรังจำแนกตามข้อมูลทั่วไป จำนวน 45 คน ..	41
3 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง จำแนกตามระดับการรับรู้พลัง อำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแล ผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง และพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง ระหว่าง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง จำนวน 45 คน	44
4 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้พลังอำนาจของ ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง รายด้าน ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการ ทดลอง	45
5 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง รายด้าน ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการ ทดลอง	48
6 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลของญาติ ผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง รายด้าน ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง	48
7 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัย เรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง และ พฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง จำนวน 45 คน	52

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 แสดงรูปแบบของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1993)	13

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย	6
2 รูปแบบการวิจัย	31
3 แผนภูมิการทดลอง	32
4 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน	34

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

บทที่ 1 บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

การเปลี่ยนแปลงของโลกในปัจจุบัน เป็นไปอย่างรวดเร็วทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม สังคมไทยเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรม มาเป็นสังคมอุตสาหกรรม โรคและปัญหาทางสุขภาพมีมาก และเปลี่ยนไปจากเดิม โรคเรื้อรังมีเพิ่มมากขึ้น โรคเรื้อรังและผู้ป่วยเรื้อรังจะมีความสำคัญในระบบบริการสาธารณสุขมากขึ้นในปัจจุบันและอนาคต โดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่ที่ปกติเป็นวัยที่แข็งแรง แต่เมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง ย่อมนำมาซึ่งปัญหาต่างๆ มากมายทั้งร่างกาย จิตใจ รวมถึงสังคม หน้าที่การงาน

ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน จะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการรับภาระการดูแลในทุกๆ ด้าน เนื่องจากในปัจจุบันผู้ป่วยเรื้อรังต่างๆ จะมีชีวิตยืนยาวขึ้นเนื่องจากความต้องการของเทคโนโลยีด้านการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้พร้อมๆ กับญาติผู้ดูแลจะต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงของวิถีการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับโรค ต้องเผชิญกับปัญหา และความยุ่งยากกับการควบคุมความก้าวหน้าของโรค และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่ยาวนานมากขึ้น ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบแก่ญาติผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมได้ บทบาทในการดูแล ซึ่งญาติผู้ดูแลต้องสามารถดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายประกอบด้วย การดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า การรับประทานอาหารและยา ดูแลการหายใจ ดูแลเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย การไปพบแพทย์ตามนัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด และปลอดภัย การดูแลด้านจิตสังคม ประกอบด้วย การยอมรับ และเข้าใจ อารมณ์ของผู้ป่วย การส่งเสริมความมั่นใจ และให้กำลังใจผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับครอบครัว (สุตศิริ หิรัญชอุณหะ, 2541)

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่าญาติผู้ดูแลจะเกิดภาวะเครียด (วรรณิภา บุญระยอง, 2543) เหนื่อยล้า พักผ่อนไม่เพียงพอ เกิดการเจ็บป่วยทางกาย มีภาวะวิตกกังวล รู้สึกผิด ซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของญาติผู้ดูแล (สมฤดี สิทธิมงคล, 2541) นอกจากนี้จากภาระดังกล่าวของญาติผู้ดูแลทำให้ต้องมีการเปลี่ยนแปลงความรับผิดชอบต่างๆที่เคยทำอยู่ จึงมีผลกระทบไปยังสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ ด้วย โดยเฉพาะด้านจิตใจมีผลกระทบมากถึงร้อยละ 66 ส่วนผลกระทบด้านร่างกาย และด้านเศรษฐกิจ มีร้อยละ 47 และร้อยละ 31 ตามลำดับ

(Crossmon et al, 1981) สิ่งเหล่านี้นำไปสู่การขาดพลังอำนาจ ศักยภาพในการที่จะควบคุมสถานการณ์การดูแลได้ ขาดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งนำไปสู่การเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ประกอบกับสังคมมีแนวโน้มที่จะมุ่งไปที่การช่วยเหลือตนเองเพิ่มขึ้น ประชาชนจะเริ่มมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในเรื่องที่จะมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองมากขึ้น การหารูปแบบในการทำให้ญาติผู้ดูแลได้ตระหนักถึงพลังอำนาจ และศักยภาพของตนเองในการที่จะดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง ย่อมจะทำให้ญาติผู้ดูแลตระหนักในความสำคัญของการดูแล เกิดแรงจูงใจมีความมุ่งมั่นที่จะทำให้เกิดความสำเร็จ และรู้สึกภูมิใจในควมมีคุณค่าของตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน น่าจะเป็นวิธีที่สำคัญที่จะกระตุ้นให้ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน ค้นพบและยอมรับสถานการณ์จริงที่เป็นอยู่ สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณในสถานการณ์นั้น ตัดสินใจเลือกริธีปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยตนเอง และควรไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Gibson, 1993) และจากฐานข้อมูลสถิติการตายด้วยโรคเรื้อรัง ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าจังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ.2541 – 2545 มีอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนี้ 9.99%, 16.18%, 19.45%, 22.82% และ 25.33% มีอัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนี้ 4.03%, 8.14%, 11.41%, 15.03% และ 21.04% และมีอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนี้ 15.02%, 24.99%, 29.77%, 33.89% และ 35.90% ในอำเภอศรีราชา ซึ่งเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดชลบุรี และเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออก คนส่วนใหญ่ในอำเภอศรีราชามีวิถีชีวิตแบบคนเมือง มากกว่าวิถีชีวิตแบบคนชนบท จากการสำรวจข้อมูลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน จะพบว่ามีผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้านที่ป่วยเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน อัมพาต และความพิการของแขน และขา ที่เนื่องมาจากอุบัติเหตุ และความพิการแต่กำเนิด

คณะผู้วิจัยจึงมีความต้องการที่จะเสริมสร้างและพัฒนารูปแบบ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรม และคงไว้ซึ่งบทบาทการดูแลได้อย่างมีคุณภาพของวิถีชีวิต ผู้ใหญ่วัยเรื้อรังได้รับการดูแลแบบองค์รวม และมีประสิทธิภาพ ด้วยความรัก และผูกพันกันในครอบครัว อันจะนำมาซึ่งการดำเนินชีวิตของครอบครัวเป็นไปอย่างผาสุก และสถาบันครอบครัวมีความเข้มแข็งต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน
3. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน
2. พฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง
3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
4. การรับรู้พลังอำนาจ

นิยามตัวแปร

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน

หมายถึง กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง ที่ประยุกต์แนวคิดของ กิบสัน (Gibson, 1995) ซึ่งมีกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

พฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง หมายถึง การกระทำหรือการ แสดงออกของญาติผู้ดูแลที่มีต่อผู้ใหญ่วัยเรื้อรังตามแนวคิดของวัตสัน ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรม 10 ด้าน ได้แก่

1. ให้ความเมตตาต่อผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง หมายถึง การกระทำที่ญาติผู้ดูแลแสดงออก ซึ่งความรัก ความเอ็นดู ความเอื้อเฟื้อ เอาใจใส่สนใจดูแลให้ความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ โดยไม่หวังสิ่งตอบแทน หรือค่าจ้างรางวัลใดๆ

2. ให้กำลังใจ และให้ความหวัง หมายถึง การกระทำที่ญาติผู้ดูแลให้กำลังใจ ชมเชย แสดงความชื่นชมทั้งท่าที และคำพูด ได้แก่ การยกย่องชมเชย และให้การดูแลอย่างกระตือรือร้น กระตุ้นให้ผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง มองเห็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่เป็นไปในทางที่ดีขึ้นของตนเอง

3. สังเกต และตอบสนองความต้องการได้อย่างทันท่วงที หมายถึง การกระทำที่ญาติผู้ดูแลสังเกตปฏิกิริยา การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ของผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการ ดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม และทันต่อเหตุการณ์

4. มีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอ และจริงใจ หมายถึง การกระทำที่ญาติผู้ดูแลแสดงต่อผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังอย่างเป็นธรรมชาติ มีความสม่ำเสมอและเป็นตัวของตัวเอง มีความเอาอกเอาใจ เป็นกันเอง และใช้คำพูดที่ชัดเจนเข้าใจง่าย ไม่มีความขัดแย้งกันระหว่างความรู้สึก และพฤติกรรม แสดงออก

5. แสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังทั้งทางบวก และทางลบ หมายถึง การกระทำที่ญาติผู้ดูแลแสดงออกถึงความเข้าใจว่าพฤติกรรมที่ผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง แสดงออกมานั้นมีความหมาย และมีความต้องการบางอย่าง โดยไม่ด่วนสรุปหรือตัดสินปัญหานั้นๆ

6. แก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุ และผล หมายถึง การกระทำที่ญาติผู้ดูแล ค้นหาสาเหตุของปัญหา หรือพฤติกรรม และอาการที่ผิดปกติของผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง พิจารณาวางแผน และปฏิบัติการให้การช่วยเหลืออย่างเป็นเหตุเป็นผล

7. ชี้แนะหรือให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง หมายถึง การกระทำที่ญาติผู้ดูแลมีพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถให้การดูแลตนเอง ตามศักยภาพของตนเอง

8. จัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัย หมายถึง การกระทำที่ญาติผู้ดูแลจัดสิ่งแวดล้อม โดยสร้างบรรยากาศภายในบ้านให้ผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังมีความเป็นอยู่ที่ดี และรู้สึกปลอดภัย

9. ตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต หมายถึง การกระทำที่ญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง ให้ได้รับการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ได้แก่ ความต้องการด้านร่างกาย เช่น อาหาร น้ำ การพักผ่อน การออกกำลังกาย และความ ต้องการด้านจิตสังคม

10. ช่วยให้เกิดความเข้าใจในผู้ป่วยเรื้อรัง หมายถึง การกระทำที่ญาติผู้ดูแล ส่งเสริมสนับสนุน ควบคุมประคองให้ผู้ป่วยเรื้อรัง เกิดความเข้าใจความเป็นจริงของสิ่งที่เกิดขึ้น การอยู่อย่างมีความหมาย และเห็นความสำคัญของการมีชีวิตอยู่โดยพฤติกรรมการดูแล ประเมินจากแบบพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิด การดูแลของวัตสัน (Watson, 1985)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกของญาติผู้ดูแลที่มีความรู้สึกที่ ตนเองมีคุณค่า เป็นที่พึ่งพาของผู้ป่วย มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีความพึงพอใจในตนเอง โดย ประเมินจากการใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

การรับรู้พลังอำนาจ หมายถึง ความรู้สึกของญาติผู้ดูแลที่มั่นใจว่าตนเองมี ความสามารถในการควบคุมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และการดูแลตนเองทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยประเมินจากการใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

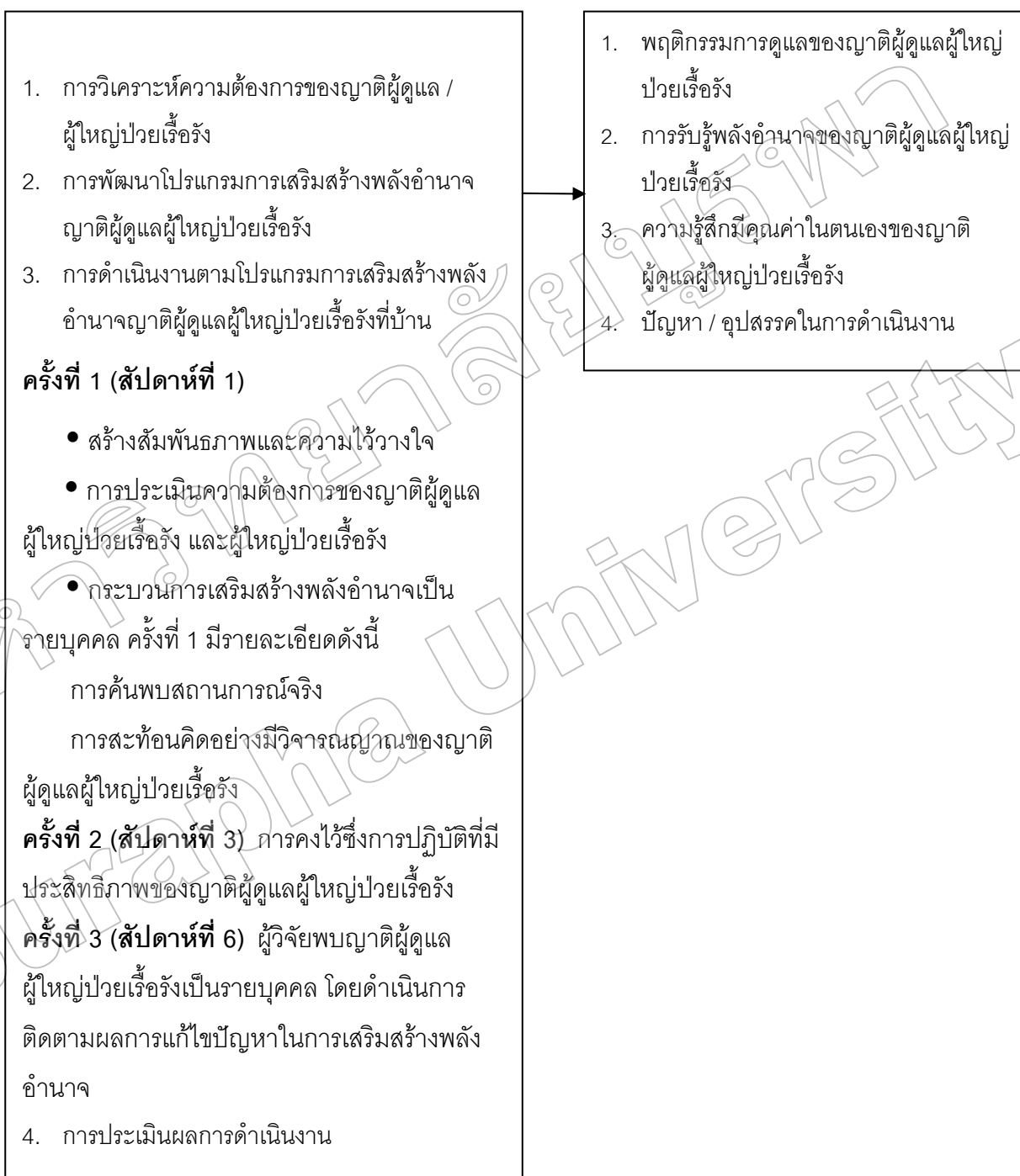
ญาติผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย หรือเป็น สมาชิกในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา บุตร บุตรเขย บุตรสะใภ้ หลาน หรือญาติพี่น้องที่เป็นผู้ดูแล หลักไม่รับค่าตอบแทน ให้ความช่วยเหลือ และจัดเตรียมให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านอย่าง สม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น

ผู้ป่วยเรื้อรัง หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี – 59 ปี ซึ่ง ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และต้องการการดูแลในการประกอบกิจวัตร ประจำวัน ตั้งแต่การพึ่งพาระดับปานกลาง จนถึงการพึ่งพาระดับรุนแรงมาก

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ในเขตอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ในช่วงเวลาเดือนมีนาคม 2547 ถึง เดือน มีนาคม 2549

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัย
เรื้อรังที่บ้าน ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญโดยกำหนด
เป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

บทบาทผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ดีมีคุณค่าในตนเอง

กลวิธีในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการกลุ่ม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ภาวะสุขภาพคนไทยในทศวรรษนี้กำลังอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา เพราะ
แนวโน้มโรคได้เปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อไปเป็นโรคที่ไม่ติดต่อ และจากความก้าวหน้าทาง
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ และสาธารณสุข ทำให้ระบบการป้องกันโรค การตรวจ
วินิจฉัย และการรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้น แต่ใน
ขณะเดียวกันก็มีโรคจำนวนมากที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็นผลทำให้เกิดการป่วย
ด้วยโรคเรื้อรัง หรือพิการมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

ข้อมูลจากสำนักนโยบาย และการสาธารณสุขในปี พ.ศ.2543 พบว่าคนไทยเจ็บป่วย
ด้วยโรคเรื้อรัง 4,888,460 คน คิดเป็นอัตรา 8,858.75 : 100,000 คน และมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่าง
ต่อเนื่อง (สำนักนโยบายและสาธารณสุข, 2545) และจากการวิจัยของ จันทรพีญ ชูประภาวรรณ
ในปี พ.ศ.2541 พบว่าภาวะการเจ็บป่วยผู้ใหญ่ไทยใน 10 อันดับแรก จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือด /
เอตส์ อุบัติเหตุจากรถ เบาทหวาน ความดันโลหิตสูง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดเลือดสมอง มะเร็ง
วัณโรค หัวใจขาดเลือด โรคประสาท / จิตเวช (จันทรพีญ ชูประภาวรรณ, 2543) นอกจากนี้
องค์การอนามัยโลกได้กล่าวไว้ว่า อีก 20 ปี ข้างหน้า (ปี 2563) ภาวะโรคร้อยละ 70 เกิดจากโรค

เรื้อรัง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน โรคจิต และการบาดเจ็บ โรคเหล่านี้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มคนจน มากกว่าคนรวย

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่พบว่ามีความเครียดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องนั้น เนื่องจากสาเหตุ ดังนี้

1) การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง รับประทานอาหารที่เจือปนสารพิษ หรือสารเคมีที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ดื่มสุรา / สูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย และความเครียด

2) ภาวะการเสื่อมของสังขาร เช่น โรคกระดูกและข้อ โรคเนื้องอกของต่อมลูกหมาก ฯลฯ

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังจะทำให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้ดังนี้

(อัมพรพรรณ ธีราบุตร และคณะ, 2544 : 5-6)

1. ผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย

เกิดการเจ็บป่วยไม่สุขสบาย

เกิดการเสื่อมและการทำลายของระบบต่างๆ ของร่างกาย

เกิดความพร้อมในการช่วยเหลือตนเอง

การเจ็บป่วยบางโรคก่อให้เกิดความพิการและไร้สมรรถภาพ

2. ผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านจิตใจ

เกิดการสูญเสียบทบาท หน้าที่ และภาพลักษณ์

เกิดความท้อถอย ไร้สมรรถภาพ ไร้คุณค่า

เป็นภาระแก่ครอบครัวและลูกหลาน ตลอดจนเพื่อนร่วมงาน

เครียดต้องปรับตัวเข้ากับการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟู

สมรรถภาพ

3. ผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วย

เป็นภาระต้องดูแล

เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

เกิดบรรยากาศเครียดในครอบครัว

สมาชิกในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงบทบาท

4. ผลกระทบต่อสังคม

บทบาททางสังคมถูกจำกัด

โรคเรื้อรังเป็นภาวะที่ต้องการดูแลที่ต่อเนื่อง ความซับซ้อนของโรคไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ยังคงต้องระมัดระวังภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น อันเป็นผลมาจากโรค ทำอย่างไรที่จะทำให้ผู้ป่วยอยู่กับโรคอย่างมีความสุขตามอัตภาพ ทำให้ผู้ป่วยอายุยืน ได้รับการรักษาที่มีคุณภาพตามความจำเป็นรักษาชีวิตให้มีคุณภาพ และมีสุขภาพะครบถ้วน ทั้งกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

บทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เมื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลับบ้าน งานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของผู้ดูแล และใครที่เหมาะสมจะเป็นผู้ดูแล

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ได้แก่ บิดา มารดา บุตร พี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิตคนอื่น ๆ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ในบริบทของสังคมไทย พบว่า ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันใกล้ชิดกันทางสายเลือดกับผู้ป่วย มักเกี่ยวข้องเป็นบุตร และเป็นเพศหญิง การทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนั้นเป็นบทบาทที่ถูกกำหนดไว้แล้วสำหรับเพศหญิง

ประเภทของผู้ดูแล

ประเภทของผู้ดูแลจำแนกตามระดับความรับผิดชอบในการดูแล แบ่งได้ 2 ประเภท ดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น
2. ผู้ดูแลรอง หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วย ซึ่งมีบทบาทต่างๆ ดังนี้

1. เรียนรู้เรื่องโรคเรื้อรัง เข้าใจถึงสาเหตุการป้องกัน และสิ่งที่ผู้ป่วยควรปฏิบัติ เพื่อช่วยในการควบคุมและรักษาโรค อาหารเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะช่วยในการควบคุมโรค ผู้ดูแลควรเตรียมอาหารที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย และถ้าจะให้ดียิ่งขึ้น อาจรับประทานอาหารที่เหมือนกับผู้ป่วย เพื่อที่จะได้มีส่วนร่วม และช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว และกระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ดี

2. การช่วยปรับพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในด้านการกินอาหาร การไปร่วมออกกำลังกายด้วยกัน การลดความเครียด เป็นเพื่อนคุย ตลอดจนการลดการปฏิบัติตัว ในส่วนที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ จะช่วยทำให้ลดความรุนแรง และความร้ายแรงของโรคเรื้อรังได้เป็นอย่างดี
3. เรียนรู้ถึงวิธีการรักษาที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับ เช่น ผู้ป่วยต้องรับประทานยาที่ครั้งต่อวัน เวลาไหน และรับประทานยาอะไร ผลข้างเคียงของยามีอะไรบ้าง เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในกรณีที่ต้องเข้าโรงพยาบาลอย่างกะทันหันจะได้ให้ข้อมูลกับแพทย์ได้ถูกต้อง และสามารถเตือนผู้ป่วยในการรับประทานยา นอกจากนี้ไม่ควรมีส่วนช่วยเหลือวิธีการติดตามผลการรักษาด้วยตนเองของผู้ป่วย เช่น การตรวจวัดความดันโลหิต เป็นต้น
4. ควรทราบถึงอาการผิดปกติที่บ่งถึงภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น อาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง และในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยที่อาจจะต้องมีการช่วยชีวิตแบบฉุกเฉิน ผู้ดูแลควรจะเรียนรู้วิธีการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน
5. สนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยในการที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด และติดตามการรักษากับแพทย์อย่างสม่ำเสมอ
6. เตรียมพร้อมถึงภาวะฉุกเฉินที่อาจจะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เช่น จดเบอร์โทรศัพท์ของแพทย์ประจำตัวผู้ป่วย เบอร์โทรศัพท์ของโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด และเบอร์โทรศัพท์ของโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ประจำ
7. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มักมีความผิดปกติทางจิตใจร่วมอยู่ด้วย ดังนั้นผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจ เพราะการเจ็บป่วยทางใจอาจจะมีผลต่ออารมณ์ที่แปรปรวน หรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากเดิม การให้ความรัก ความเข้าใจ ความเมตตา กรุณา และอดทน จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีความสุข
8. ผู้ดูแลควรมีบทบาทในการสร้างความรู้สึกมั่นใจให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ปล่อยให้ผู้ป่วยช่วยเหลือการทำงานเท่าที่จะทำได้ การขอคำปรึกษาในบางเรื่องที่มีผู้ป่วยมีความรู้ เพราะความรู้สึกมีคุณค่าต่อผู้อื่นจะเป็นกำลังใจในการที่จะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข
9. การจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย สะดวก ต่อการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ไม่ได้ หรือได้ไม่ดี ให้คำชมเชย และยินดี เมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองได้

10. การช่วยเหลือด้านการเงิน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับยา และการบำบัดรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์

การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะทำหน้าที่ตามบทบาทต่างๆ ได้ดี จะต้องเป็นผู้ที่มีความพอเพียง มีความเข้าใจในอริยสัจ 4 ซึ่งประกอบด้วย

1. ทุกข์ คือ ความไม่สบายกาย ไม่สบายใจ หรือสภาวะที่บีบคั้นจิตใจ
2. สมุทัย คือ สาเหตุที่ทำให้เกิดทุกข์ ได้แก่ ตัณหา
3. นิโรธ คือ ความพ้นทุกข์ ได้แก่ นิพพาน
4. มรรค คือ หนทางแห่งความพ้นทุกข์ ได้แก่ อริยมรรค 8 หรือทางอันประเสริฐ หรือทางสายกลาง

อริยมรรค 8 หรือทางอันประเสริฐ หรือทางสายกลาง ประกอบด้วย

1. สัมมาทิฏฐิ ความเห็นชอบ
2. สัมมาสังกัปปะ การดำริชอบ
3. สัมมาวาจา การเจรจาชอบ
4. สัมมากัมมันตะ การงานชอบ
5. สัมมาอาชีวะ การเลี้ยงชีพชอบ
6. สัมมาวายามะ ความเพียรชอบ
7. สัมมาสติ การระลึกชอบ
8. สัมมาสมาธิ การมีจิตตั้งมั่นชอบ

นอกจากนั้นผู้ดูแลต้องเป็นผู้ที่มีพรหมวิหาร 4 และรักษาศีล 5

พรหมวิหาร 4 ประกอบด้วย

1. เมตตา หรือความรัก รักชีวิตคนอื่นเหมือนชีวิตของเรา
2. กรุณา คือ ความสงสารซึ่งกันและกัน สงสารผู้ป่วยอยากให้เขาพ้นทุกข์
3. มุทิตา เป็นการชื่นชม ยินดี ถ้าผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ดี
4. อุเบกขา คือการวางเฉย เมื่อผู้ดูแลช่วยผู้ป่วยด้วยความรัก ความสงสารที่จะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นทุกข์แล้วจนสุดความสามารถ แต่ผู้ป่วยก็ยังคงมีความทุกข์อยู่ เราก็ทำใจให้เป็นกลาง มองเห็นสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความเป็นจริง

การมีหลักในการดำเนินชีวิต มีคุณธรรมในตัวจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้เป็นอย่างดี

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ทั้งในระดับบุคคล กลุ่ม และชุมชน ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มีผู้ให้ความหมายไว้ต่างๆ กันดังนี้

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่ทำให้คน กลุ่มคน และชุมชนมีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้ (Rappaport, 1984)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการการช่วยเหลือบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ซึ่งทำให้บุคคลมีพลัง มีความผาสุก และตระหนักในศักยภาพของตนเองในการรักษาสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้บุคคลเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆ ทั้งในส่วนบุคคล และสังคมมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพของคน ครอบครัว และชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Gibson, 1991)

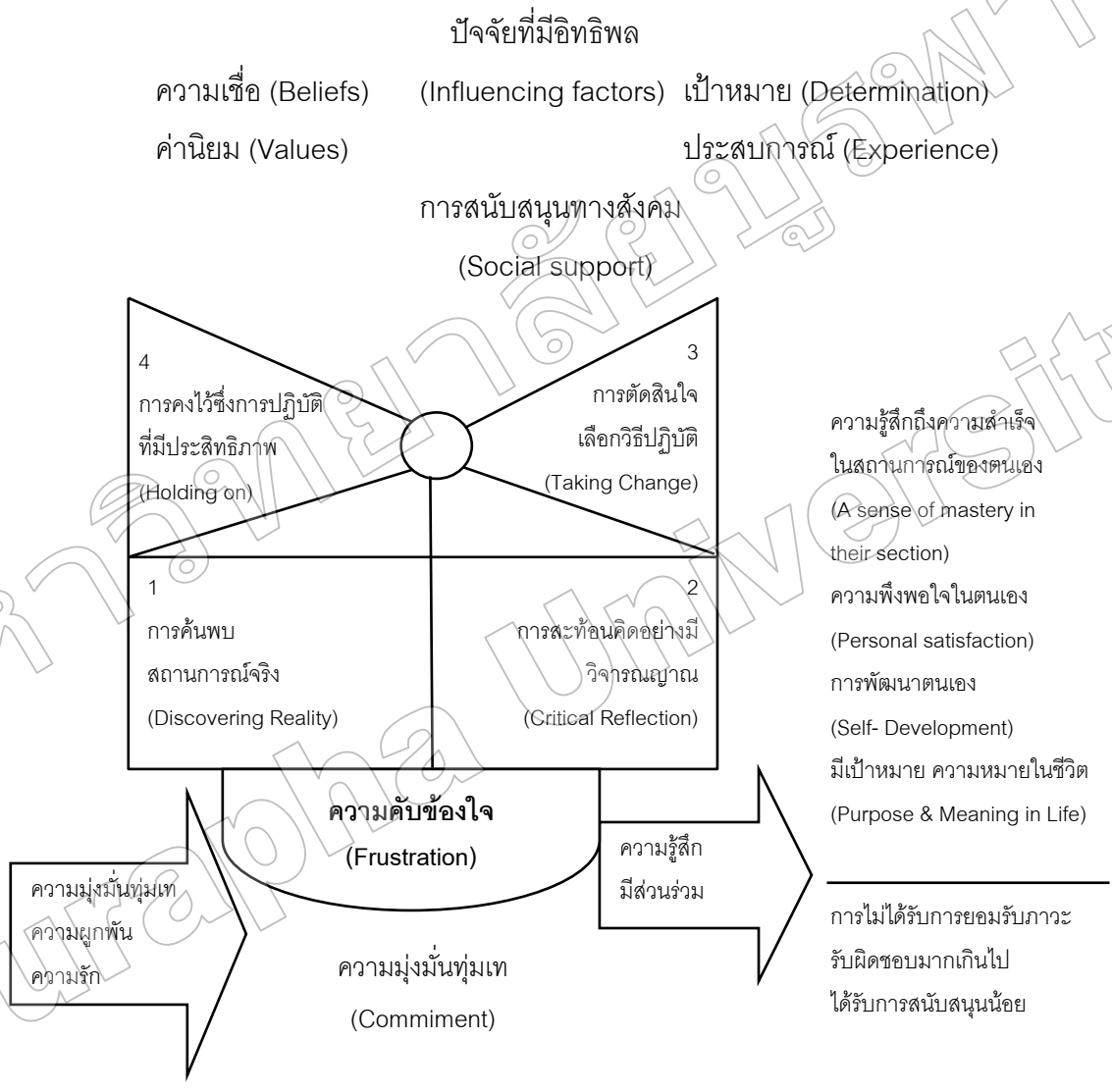
การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่เสริมสร้างความสามารถ และพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ และชีวิต เพื่อให้เขาเหล่านี้มีพลัง มีความผาสุก และมีอำนาจในการตัดสินใจเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ และดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพทั้งร่างกาย และจิตใจ ซึ่งกระบวนการนั้นมีขั้นตอน เพื่อการเรียนรู้จากข้อมูลต่างๆ และประสบการณ์ตรง ในการพัฒนาเพื่อการพึ่งพาตนเอง ควบคุมตนเอง โดยมีการใช้พลังอำนาจได้อย่างมีประสิทธิภาพ (รวมพร คงกำเนิด, 2543)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การพยายามที่จะทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคง มั่นใจ ยึดมั่นผูกพัน และมุ่งมั่นในการบรรลุเป้าหมายของตนเอง และหน่วยงาน เพื่อการปฏิบัติหรือกระทำภารกิจหนึ่งให้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง ในการที่บุคคลจะเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ยึดมั่นผูกพันต่อตนเอง ต่อหน่วยงาน เพื่อให้สามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง บุคคลจะต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ว่าตนเองสามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้สำเร็จ บุคคลต้องได้รับการยอมรับ สนับสนุน ส่งเสริมกำลังกาย กำลังใจ กำลังความคิด และมีอิสระในการตัดสินใจกระทำการต่างๆ ด้วยตนเอง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2541)

กล่าวโดยรวม การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการในการช่วยเหลือบุคคลเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ทำให้บุคคลนั้นมีพลัง มีความผาสุก และตระหนักในศักยภาพของตนเองเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพ มีอิสระในการตัดสินใจสามารถควบคุมตนเองได้ ผลลัพธ์ที่ตามมาก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ในมารดา จำนวน 12 ราย ที่ให้การดูแลบุตรที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง สรุปกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแผนภาพ ดังนี้



ปัจจัยนำ (Precondition)	กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Process)	ผลลัพธ์ (Outcome)	ผลที่ตามมา (Consequence)
-------------------------	--	-------------------	--------------------------

ภาพที่ 1 แสดงรูปแบบของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1993)

แหล่งที่มา : จาก A study of empowerment in mothers of chronically ill children (p.113) by Gibson, C.H., 1993, Boston : Boston Collage.

จากแผนภาพนี้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพื้นฐานมาจาก ความคับข้องใจ (Frustration) ความขัดแย้ง การมีปัญหาอุปสรรค การมีความคาดหวัง การขาดภาวะสมดุล ในตนเอง และการมีความมุ่งมั่นทุ่มเท (Commitment) ความผูกพัน (Bond) ความรัก (Love) เป็น ปัจจัยนำที่ผลักดันให้บุคคลเกิดพลัง มีกำลังใจ สามารถกระทำทุกวิถีทางในการแก้ไขปัญหา อุปสรรค เพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ดีที่สุด ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ (Critical Reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ ที่เหมาะสมกับตนเอง (Taking Charge) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) การที่บุคคลจะสามารถเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้อง หรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ บุคคลนั้น ประกอบด้วยปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal Factor) และปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal Factor) ซึ่งผลลัพธ์คือ ความรู้สึกมีส่วนร่วม หรือความรู้สึกมีพลังอำนาจ ส่งผล ให้ผลที่ตามมาของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือการรับรู้ถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง ความพึงพอใจในตนเอง การพัฒนาตนเอง และการมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต อย่างไรก็ตาม ผลที่ตามมาจากการเสริมสร้างพลังอำนาจอาจทำให้เกิดผลในทางลบได้ คือการไม่ได้รับการ ยอมรับ มีภาวะรับผิดชอบมากเกินไป หรือได้รับการสนับสนุนน้อย

ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจอยู่บน พื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการทำงานร่วมกัน และการมีส่วนร่วม โดยเน้นให้ บุคคลมีความตระหนักในการปกป้อง ส่งเสริมสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Gibson, 1993) คือ

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) การค้นพบสภาพ การณ์จริงเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการพยายามทำให้บุคคล ยอมรับเหตุการณ์ และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ ถูกต้อง ในขั้นนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (Emotional) ด้านสติปัญญา การรับรู้ (Cognitive) และด้านพฤติกรรม (Behavioural)

การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional Responses) เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักถึง ปัญหาที่เกิดขึ้น ก็เกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อต้าน วิดกกังวล กระวนกระวาย กลัวโกรธ ซึ่ง อาการทั้งหมดเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพของความเป็น จริง ความรู้สึกเจ็บปวดที่จะต้องเผชิญ ประกอบกับความไม่เข้าใจในสภาพ และความยุ่งยาก

ซับซ้อนของปัญหา ความไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ รวมทั้งการขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่จะเกิดขึ้นต่อไป ในระยะนี้บุคคลจะรู้สึกคับข้องใจที่จะคิดว่าตนเองไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพที่ดีได้ แต่บุคคลจะรู้สึกดีขึ้นหากเปลี่ยนวิธีคิด และมีความหวังว่าตนเองมีโอกาสดีขึ้นได้ แต่อาจจะต้องอาศัยระยะเวลาเป็นตัวช่วย ซึ่งการคิดในลักษณะนี้จะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจดีขึ้น พยายามค้นหา สาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง เพื่อสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

การตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้ (Cognitive Responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถ หรือไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง ระยะนี้บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือ วารสาร ทางวิชาการ การถามจากแพทย์ พยาบาล บุคคลคนอื่น ๆ ซึ่งประสบกับเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์ และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ในระยะนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมด ที่ได้จากการแสวงหาจากแหล่งต่างๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ

การตอบสนองทางพฤติกรรม (Behavioral Responses) โดยบุคคลจะรับรู้ และตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่ และความรับผิดชอบของตน การที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ได้ทำเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่สามารถทำได้ในขณะนี้ มองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี และพยายามทำความเข้าใจกับปัญหา และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรู้ชัดเจนว่าสิ่งที่ตนเองต้องการอย่างแท้จริงคืออะไร เกิดความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ผ่านมา ประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ ในขั้นนี้การกระทำของบุคคลจะได้รับข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องว่าการวิพากษ์วิจารณ์เกินไป จะทำให้รู้สึกสับสน คับข้องใจ และไม่มั่นใจ จนในที่สุดบุคคลจะตระหนักได้เอง ถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น และการกระทำของตน และจะเริ่มเปลี่ยนความคิดว่า ถ้าเปลี่ยนมาคิดในแง่ดี ปัญหาทุกอย่างก็จะสามารถแก้ไขได้ดีกว่า ดังนั้นบุคคลจะพยายามปรับตัว โดยคิดในแง่ดี และจะกระทำทุกอย่างเพื่อให้การดูแลตนเองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ การแสวงหาทางเลือก การพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง และเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแลตนเอง จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้กลับมาประเมินปัญหา และคิดพินิจพิจารณาถึง

สถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา และการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมตนเอง (a sense of personal control) จะทำให้คิดได้ว่าจากเดิมที่คิดว่าตนไม่สามารถดูแลตนเองได้ จะเกิดความคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ตนไม่ได้ไร้ความสามารถ สิ่งที่ได้กระทำได้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ที่จะช่วยให้บุคคลมีศักยภาพ บุคคลจะได้มาซึ่งทางเลือกต่างๆ ในการปฏิบัติ หลังจากการคิดวิเคราะห์อย่างละเอียดแล้วจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาขึ้น ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตนเอง ความสามารถ ความถูกต้องของตนเอง เกิดความรู้สึกมั่นใจ ในความรู้ ความสามารถ การตัดสินใจ ทักษะของตนเองในการดูแลตนเองมากขึ้น จึงกล่าวได้ว่า ขั้นตอนนี้มีความสำคัญที่จะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้บุคคลจะมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถ และมีพลังมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (Taking Charge) หลังจากผ่านสองขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น ในขั้นนี้บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและดีที่สุด เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการเผชิญหน้าเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination) ซึ่งบุคคลจะมีทางเลือกหลายวิธีการขึ้นอยู่กับแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคล โดยใช้เหตุผลของแต่ละบุคคลซึ่งอาจมีความแตกต่างกัน โดยที่การตัดสินใจจะอยู่ภายใต้เงื่อนไข คือ 1) เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเองได้ 2) สอดคล้องกับการดูแลของทีมสุขภาพ 3) บุคคลได้รับความเข้าใจใส่ และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง 4) ผ่านการร่วมปรึกษา และได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ และ 5) เป็นวิธีที่สร้างความยอมรับ และความสามารถเปิดกว้างในการที่บุคคลอื่นๆ จะนำไปใช้ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ โดยในขั้นตอนนี้บุคคลจะมีพันธะสัญญากับตนเอง ดังนี้

การปกป้องสิทธิ (Advocating for) โดยคิดว่าการให้ตนเองได้รับการดูแลเป็นสิ่งที่ถูกต้อง เป็นภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบของตน ดังนั้นสิ่งที่คิดว่าทำแล้วเป็นผลดีกับตนเองก็จะทำ

การเรียนรู้ในการแก้ปัญหา (Learning the ropes) เป็นการเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาจากการใช้ประสบการณ์เดิม และการเรียนรู้ร่วมกับบุคคลอื่น

การเรียนรู้ในการคงพฤติกรรม (Learning to persist) โดยจะไม่ย่อท้อต่อความตั้งใจในการดูแลตนเอง พยายามกระทำสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่ตนเอง

การเจรจาต่อรองเกี่ยวกับการรักษาในสถานบริการ (Driving negotiation in the hospital setting) โดยคิดว่าตนเป็นบุคคลสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งในการดูแล การได้นำศิลปะ ความเข้าใจมาผสมผสานกับความรู้ที่มีอยู่มาใช้ในการดูแล การได้นำปัญหาของบุคคลอื่นๆ มา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ หากการกระทำดังกล่าวเป็นที่ยอมรับ และ ส่งผลในตนเองดีขึ้น จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจ (Sense of power)

การสร้างความรู้สึกร่วมกัน (Establishing partnership) การต้องการมีส่วนร่วม อย่างจริงจังในการดูแลตนเอง จะทำให้บุคคลพยายามแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัย เป็นประโยชน์จาก บุคคลอื่นๆ จากการแสวงหาข้อมูลความรู้ด้วยตนเอง การสร้างสัมพันธภาพ และการมีส่วนร่วม อภิปรายปัญหาเกี่ยวกับบุคคลอื่น การได้รับความช่วยเหลือ สนับสนุนจากบุคคลต่างๆ จะช่วยให้การ ตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) การคงไว้ซึ่ง การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติ ในระยะนี้เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติ ตามทางเลือกแล้ว พยาบาลและบุคคลจะร่วมมือแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพ หรือ ประสบความสำเร็จ บุคคลจะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถ และจะคงไว้ซึ่ง พฤติกรรมการแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในเหตุการณ์ครั้งต่อไป

การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1993) เป็น กระบวนการระหว่างบุคคล ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีความต่อเนื่องกัน และสามารถเกิดสลับไปมาได้ในแต่ละบุคคล และการที่บุคคลจะสามารถผ่านขั้นตอนแต่ละ ขั้นตอนได้ต้องใช้เวลา พลังความคิด รวมทั้งความสามารถในระดับสูง ทั้งนี้ขั้นตอนต่างๆ จะ เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัยนำและปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งจะได้ กล่าวถึงต่อไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ดังนี้ (Gibson, 1993)

ปัจจัยภายในบุคคล ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่

1. ความเชื่อ (Beliefs) ความเชื่อเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยให้ บุคคลสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรค และความยากลำบากในการดูแล

สุขภาพที่เกิดขึ้น การที่บุคคลมีความเชื่อที่ดีต่อการดูแลสุขภาพจะส่งผลให้บุคคลเกิดความหวัง มีความคิดที่จะส่งเสริมให้ตนเอง เกิดความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าสามารถดูแลตนเองได้ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจะทำให้บุคคลมีความรู้สึกเกิดพลังในการที่จะพยายามแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้

2. ค่านิยม (Values) ค่านิยมของตนเอง การมีความรักในตนเอง นับว่าเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบในการที่จะดูแลตนเอง
3. ประสบการณ์ (Experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ในสถานการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมา และประสบการณ์ที่ได้รับจากการศึกษา อ่านจากตำรา วารสารวิชาการ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์
4. เป้าหมายในชีวิต (Determination) เป้าหมายในชีวิตของตนเองเกิดจากการที่บุคคลมีพลังความเข้มแข็ง และแรงจูงใจ (Strong and Motivation) ที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อไปสู่เป้าหมาย โดยจะพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ตนเองได้รับสิ่งที่ดีที่สุดแม้ว่าจะมีอุปสรรค

ปัจจัยระหว่างบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส บุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีส่วนสนับสนุนให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ให้การประคับประคองและให้ความมั่นใจในการที่จะดูแลตนเอง นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจากผู้รับบริการด้วยตนเอง เช่น การพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกัน การได้เรียนรู้จากบุคคลอื่นๆ เป็นต้น แหล่งสนับสนุนต่างๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่จะช่วยให้บุคคลมีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้ผลดียิ่งขึ้น

กลวิธีในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วยกระบวนการต่างๆ กลวิธีที่ใช้จึงมีความหลากหลาย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพอันดีระหว่างบุคคล และผู้เกี่ยวข้อง การสร้างสัมพันธภาพเป็นเทคนิคขั้นพื้นฐานที่ใช้ในทุกขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. การให้ความรู้ และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้บุคคลเกิดการรับรู้ เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง โดยให้เป็นแบบรายบุคคล และแบบกลุ่ม
3. การให้คำปรึกษา คำแนะนำ และให้แนวทางโดยยึดความจำเป็น และความต้องการของแต่ละบุคคล
4. การให้การสนับสนุน และอำนวยความสะดวก ให้แหล่งประโยชน์ หรือทรัพยากรที่จำเป็น
5. การเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม การทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และมีส่วนร่วม ทำให้บุคคลเกิดการตัดสินใจ กำหนดเป้าหมาย และหาแนวทางเลือกที่เป็นไปได้

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นพื้นฐานของสุขภาพจิต การเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคล เป็นการตัดสินใจคุณค่าของตนเอง และแสดงออกในรูปของเจตคติที่บุคคลนั้นมีต่อตนเอง ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า “ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง” ไว้ต่างกักันดังนี้

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกยอมรับนับถือในตนเอง และคิดว่าตนเองมีค่า (Rosenberg 1965 cited in Pensiero and Adams 1987 : 11)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ขอบเขตที่บุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของเขาว่า เขามีความสำคัญและมีคุณค่า โดยจำแนกคุณลักษณะพื้นฐานของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ 4 ประการ คือ

1. ความสำคัญ (Significance) เป็นวิถีทางที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองยังเป็นที่รัก ซึ่งพิสูจน์ได้โดยการให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญของตัวเอง
 2. ความสามารถ (Competence) เป็นวิธีการที่พิจารณาถึงความสำคัญโดยการกระทำ
 3. คุณความดี (Virtue) เป็นการบรรลุซึ่งมาตรฐานตามศีลธรรมและจริยธรรม
 4. พลังอำนาจ (Power) เป็นอิทธิพลที่บุคคลมีต่อชีวิตตนเอง และผู้อื่น
- (Coopersmith 1967 cited in Wholl 1987 : 41)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความเข้มแข็ง มีสมรรถภาพในการกระทำสิ่งต่างๆ มีความชำนาญและมีความสามารถ (Maslow 1970 : 45)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความต้องการความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั้น เป็นส่วนหนึ่งของอัตตา ในคนเรียกว่า Ego Needs ซึ่งอธิบายได้เป็น 2 ลักษณะ คือ ความต้องการเป็นผู้เข้มแข็ง ต้องการความสำเร็จ ความสมบูรณ์ ความมั่นใจที่จะเผชิญโลก และมีชีวิตอยู่อย่างอิสระเสรี กับอีกลักษณะหนึ่ง คือ ความต้องการชื่อเสียง เกียรติยศ ฐานะ ตำแหน่ง การยกย่องสรรเสริญ ชื่นชม และความเคารพนับถือจากบุคคลอื่น เป็นต้น การที่บุคคลมีความมุ่งมั่น เพียรพยายาม ทำงานหนัก เพื่อความสำเร็จและความมีเกียรติยศชื่อเสียง พยายามรักษาศักดิ์ศรี และคุณค่าของตนเองอยู่เสมอ นั้น เพื่อตอบสนองความต้องการในอัตตาส່วณนี้ (ทัศนา บุญทอง 2527 : 286 – 287)

กล่าวโดยสรุป ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง จากการประเมินตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความมีค่า และการประสบความสำเร็จ แสดงออกมาในรูปของเจตคติที่มีต่อตนเอง มีการยอมรับนับถือ และมีความเชื่อมั่นในตนเอง กวกรที่บุคคลประเมินสิ่งต่างๆ ออกมาเป็นการเห็นคุณค่าในตนเองนั้น เป็นกระบวนการตัดสินใจเห็นคุณค่าจากการตรวจสอบตนเอง ด้านผลงานความสามารถ และคุณลักษณะต่างๆ โดยนำเอาคุณสมบัติดังกล่าว มาเปรียบเทียบกับมาตรฐาน และค่านิยมส่วนบุคคล จากนั้นจึงตัดสินใจมาเป็นการเห็นคุณค่าของตน

องค์ประกอบของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ คือ (Gates 1978 cited in Barry 1989 : 99 – 100)

1. ความรู้สึกต่อร่างกายตนเอง (The body self) หมายถึง บุคคลคิดและรู้สึกต่อรูปร่าง และหน้าที่ของร่างกาย ตลอดจนความสามารถของหน้าที่พื้นฐานของร่างกาย
2. ความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับบุคคลอื่น (The interpersonal self) เป็นส่วนหนึ่งของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่บุคคลคิดและรู้สึกเกี่ยวกับวิธีที่เขามีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ไม่ว่าจะเป็นคนที่สนิทสนมคุ้นเคย หรือบุคคลที่พบกันโดยบังเอิญ
3. ความสำเร็จของตนเอง (The achieving self) หมายถึง สิ่งที่บุคคลคิด และรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถของเขาที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในชีวิตครอบครัว การทำงานและสิ่งแวดล้อมภายในโรงเรียน

4. ความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง (The identification self) เป็นความรู้สึกลงทางนามธรรม และพฤติกรรมแสดงความสนใจทางศีลธรรม และจิตวิญญาณ นอกจากนี้ มาสโลว์ (Maslow 1970 : 45 – 46) ได้แบ่งความต้องการมีคุณค่าในตนเองออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. ความต้องการมีคุณค่าในตนเอง เช่น ความแข็งแรง การประสบ ความสำเร็จ มีความเชี่ยวชาญ หรือเป็นผู้ได้รับชัยชนะ มีทรัพย์สินสมบัติ มีความมั่นใจในการเผชิญหน้ากับโลก สามารถพึ่งตนเองได้ และมีสิทธิเสรีภาพ
2. ความต้องการการยอมรับนับถือ หรือต้องการ ให้ผู้อื่นเห็นคุณค่า เช่น ในด้านสถานภาพทางสังคม ต้องการเป็นที่ยอมรับได้รับความสนใจมีผู้ให้ความสำคัญ และเป็นที่ยอมรับ

กระบวนการกลุ่ม

กระบวนการกลุ่ม เป็นกระบวนการที่รวมเอาประสบการณ์ของบุคคลหลายๆ ฝ่ายที่มาพบประสังสรรค์กันด้วยความรู้สึกพึงพอใจในความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ซึ่งกระบวนการกลุ่มนี้จะช่วยให้แต่ละคนได้มีโอกาสเรียนรู้ แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ข้อคิดเห็น ระหว่างกัน เป็นการสร้างแรงจูงใจให้แก่กัน เกิดความเอื้ออาทรต่อกัน จนช่วยให้ค้นพบแนวทาง / วิธีการแก้ไขปัญหาที่น่าพอใจร่วมกัน

การเกิดกลุ่ม กลุ่มจะเกิดขึ้นได้เนื่องจากการที่สมาชิกภายในกลุ่มมีความตระหนักที่จะรวมตัวกันเพื่อแก้ไขปัญหา โดยเกิดความรู้สึกว่าหากสมาชิกแต่ละคนที่มีปัญหาเหมือนกันหรือใกล้เคียงกัน มาพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ ความคิดเห็น แล้วสมาชิกในกลุ่มเกิดความเห็นพ้องต้องกันว่า เมื่อชาวบ้านต่างคนต่างไปแก้ไขปัญหาที่ตนเองประสบอยู่เพียงลำพังนั้นไม่สามารถจะแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ แต่กลับไปเพิ่ม / สร้างปัญหาอื่นๆ อีกตามมา ดังนั้นจึงเกิดการรวมตัวกันเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวร่วมกัน ดังนั้นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการรวมกลุ่ม คือ การที่สมาชิกเกิดจิตสำนึกร่วมกัน (Conscientization) ว่าการทำงานเป็นกลุ่มสามารถแก้ไขปัญหาของตนเองได้ ซึ่งการที่สมาชิกในกลุ่ม / ในชุมชน จะเกิดจิตสำนึกดังกล่าวได้นั้น อาจเกิดได้จากการพูดคุยกันเห็นได้ว่าต่างคนก็มีปัญหาเดียวกัน จึงอยากร่วมมือกัน ซึ่งเมื่อเกิดการจัดตั้งเป็นกลุ่มแล้ว กลุ่มจะมีกระบวนการเพื่อเป็นพลังให้กลุ่มสามารถขับเคลื่อนและดำรงอยู่เพื่อแก้ไขปัญหาของสมาชิกได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกระบวนการกลุ่มสามารถ แบ่งเป็นขั้นตอนได้ดังนี้

1. ขั้นการสร้างความสัมพันธ์ภายในกลุ่ม ซึ่งขั้นตอนนี้ถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญอย่างมาก เนื่องจากเป็นการให้สมาชิกภายในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์อันดีระหว่างกัน เพื่อให้สมาชิกแต่ละคน

เกิดความเข้าใจกันและกัน มีความรู้สึกที่ดีต่อกัน เกิดความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วนั้นสมาชิกในกลุ่มจะรู้จักกันดี มีความสนิทสนมกันอยู่แล้ว อาจอยู่ในพื้นฐานของความเป็นเครือญาติ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวย่อมทำให้สมาชิกมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันเป็นพื้นฐาน ดังนั้นในขั้นตอนนี้จึงถือเป็นการที่สมาชิกในกลุ่มมาทำความเข้าใจร่วมกันถึงกลุ่มของตน อาจมีการร่วมกันวางแผน กำหนดขั้นตอนกฎเกณฑ์ที่สมาชิกจะปฏิบัติร่วมกัน การสร้างความสัมพันธ์ภายในกลุ่มนี้อาจเกิดขึ้นจากการที่สมาชิกได้มีการนัดพบปะสังสรรค์กัน มีการพูดคุยประชุมปรึกษาหารือ ส่วนใหญ่แล้วมักจะไม่เป็นทางการ แต่ในกรณีที่กลุ่มเกิดจากสมาชิกที่มีความแตกต่างกัน เช่น กลุ่มอนุรักษ์ลำน้ำที่เป็นการรวมตัวกันของชาวบ้านในแต่ละตำบล / อำเภอที่ใช้ลำน้ำเดียวกัน เป็นต้น ก็ใช้ขั้นการสร้างความสัมพันธ์เพื่อที่จะได้มารู้จักคุ้นเคยกัน รวมทั้งมากำหนดระเบียบต่างๆ ของกลุ่มร่วมกัน โดยการสร้างความสัมพันธ์นี้จะทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความไว้วางใจต่อกันมากยิ่งขึ้น และยังพัฒนาให้สมาชิกเกิดความกล้าที่จะแสดงออกให้การดำเนินงานต่อไป เช่น การกล้าที่จะแสดงความคิดเห็นของตน เป็นต้น

2. ขั้นการพัฒนากลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ขั้นตอนนี้เป็นขั้นที่ไม่สามารถแยกออกจากกระบวนการทำงานกลุ่มได้ เป็นการที่สมาชิกตัดสินใจร่วมกันที่จะต้องการเพิ่มความรู้ หรือข้อมูลทางด้านใดด้านหนึ่งที่สมาชิกเล็งเห็นว่ามีความประโยชน์ต่อกลุ่มของตน โดยสมาชิกอาจจะมีการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ระหว่างกัน นอกจากนี้การที่ไปพูดคุยกับคนอื่นๆ ในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ปราชญ์ชาวบ้าน หรือผู้มีความรู้ในชุมชนนั้นๆ หรือการไปพูดคุยกับกลุ่มอื่นๆ ได้ เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้เหล่านั้นมาวิเคราะห์ และสามารถนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจร่วมกันของสมาชิก เพื่อนำไปปรับประยุกต์ ใช้ให้เกิดความเหมาะสมกับกลุ่มได้ ซึ่งขั้นการพัฒนาแลกเปลี่ยนกลุ่มนี้จะต้องอยู่บนพื้นฐานของการสื่อสารที่ดีระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม อาศัยการสื่อสารแบบสองทาง two way communication เนื่องจากการสื่อสารดังกล่าวย่อมจะกระตุ้นให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น โดยผ่านการคิดวิเคราะห์ ถือเป็นการช่วยให้สมาชิกได้ฝึกคิดวิเคราะห์ได้ ขั้นการพัฒนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้นี้ย่อมจะนำไปสู่การแสวงหาแนวทางการร่วมกันในหมู่สมาชิกได้ อย่างไรก็ตามขั้นตอนนี้ไม่สามารถสิ้นสุดได้ แต่ยังคงแฝงอยู่ในทุกๆ ขั้นตอนของกระบวนการดำเนินงานกลุ่ม เช่นในขั้นของการบริหารจัดการกลุ่ม ซึ่งขั้นดังกล่าวกลุ่มอาจจะเกิดความต้องการที่จะเพิ่มความรู้ / ข้อมูลในเรื่องของการบริหารจัดการ การแบ่งสรรผลประโยชน์ หรือในขั้นทำกิจกรรม กลุ่มอาจเกิดความต้องการเรียนรู้ โดยกลุ่มจะเกิดการประสานงานกับบุคคลภายนอก นักวิชาการ / วิชาชีพต่างๆ มากขึ้น อีกทั้งความรู้การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นนี้ สมาชิกสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการประกอบอาชีพ และการดำเนินชีวิตได้

3. **ขั้นการบริหาร - จัดการกลุ่ม** การดำเนินการของกลุ่มจะดำรงอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใดนั้น ปัจจัยที่มีความสำคัญปัจจัยหนึ่งก็คือ กระบวนการบริหาร - จัดการกลุ่ม ซึ่งการบริหาร - จัดการที่ดีควรจะเป็นการตกลงกันระหว่างสมาชิก เช่น การกำหนดกฎระเบียบของกลุ่ม การกำหนดถึงการแบ่งสรรผลประโยชน์ของกลุ่ม การจัดบันทึกการประชุม การจัดทำบัญชีของกลุ่ม เป็นต้น โดยการบริหาร - จัดการกลุ่มนี้จะต้องอยู่บนพื้นฐานของความโปร่งใส ซื่อสัตย์ สุจริต สมาชิกอื่นๆสามารถตรวจสอบได้ นอกจากนี้ขั้นการบริหาร - จัดการกลุ่มยังถือเป็นการทำให้สมาชิกภายในกลุ่มเข้าใจในบทบาท และหน้าที่ของตนเองมากยิ่งขึ้น ซึ่งในกลุ่มยังได้เกิดการเรียนรู้ทางด้านการบริหาร - จัดการตนเอง อีกทั้งข้อมูลความรู้ที่ได้มาในขั้นต้น ยังได้มีการปรับใช้จริง ถือเป็นการเรียนรู้ที่สำคัญที่สุดของกระบวนการกลุ่ม โดยการบริหาร - จัดการกลุ่มที่มีประสิทธิภาพนั้นจะทำให้สมาชิกในกลุ่มเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง และกลุ่มมากยิ่งขึ้น กลุ่มจะสามารถขยายผลได้ง่ายมากยิ่งขึ้น (เนื่องจากเมื่อสมาชิก / และคนอื่นๆเกิดความเชื่อมั่นในการบริหาร - จัดการกลุ่มแล้ว ก็จะทำให้เกิดความสนใจในการเข้าร่วมกับกลุ่มมากยิ่งขึ้น กลุ่มมีสมาชิกเพิ่มขึ้น) รวมทั้งกลุ่มยังสามารถแสวงหาแนวทาง / ประสานงาน และระดมทรัพยากรจากหน่วยงานภายนอกได้ง่ายมากขึ้น และยังส่งผลให้กลุ่มดำเนินงานได้บรรลุเป้าหมายได้ในที่สุด

4. **ทำกิจกรรมร่วม** ขั้นนี้เป็นขั้นที่สมาชิกทุกคนมาร่วมกันแสวงหาแนวทางในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน ทั้งการร่วมกันตัดสินใจว่าควรจะทำกิจกรรมใด การกำหนดวัตถุประสงค์ของกิจกรรม การกำหนดผู้ดำเนินการ ระยะเวลาในการดำเนินงาน รวมทั้งวิธีการดำเนินงาน ซึ่งในการดำเนินกิจกรรมนี้จะเป็นการนำเอาความรู้ ข้อมูล ความสามารถ และประสบการณ์ของสมาชิกทุกคนในกลุ่ม ทั้งนี้ยังรวมถึงการระดมทรัพยากรทั้งภายในและภายนอกกลุ่มเพื่อให้กิจกรรมดังกล่าวสำเร็จตามที่มุ่งหวัง กิจกรรมที่กลุ่มได้ดำเนินการนั้น สมาชิกจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจ และเป็นผู้ที่ได้รับผลประโยชน์ รวมทั้งยังเป็นกิจกรรมที่สามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกได้ เพราะถ้าหากกิจกรรมที่กลุ่มดำเนินการนั้นไม่ได้ตอบสนองความต้องการ, แก้ไขปัญหาของสมาชิกในกลุ่มได้ กิจกรรมดังกล่าวก็จะเป็นที่ยอมรับของสมาชิก อีกทั้งสมาชิกจะไม่เกิดความสนใจ หรือตระหนักที่จะเข้าร่วมในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวของกลุ่ม

5. **ขั้นแสวงหาความร่วมมือ** ขั้นตอนนี้เป็นขั้นที่เมื่อกลุ่มได้ดำเนินการมาระยะหนึ่งแล้ว สมาชิกเห็นพ้องต้องกันว่าเราไม่สามารถจะดำเนินงานต่างๆ ได้ทั้งหมด โดยกลุ่มอาจจะมีข้อจำกัดบางประการ เช่น เทคโนโลยี ความรู้ ตลอดจนงบประมาณ กลุ่มจึงต้องแสวงหาแนวทางร่วมกันเพื่อให้ได้มาซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ โดยอาศัยการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ภายนอกชุมชน

6. ขั้นการสร้างเครือข่าย เมื่อกลุ่มได้ดำเนินการมาระยะหนึ่งแล้ว กลุ่มมีการขยายผลการดำเนินงาน กลุ่มมีจำนวนสมาชิกเพิ่ม หรือกลุ่มสามารถดำเนินงานจนบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้แล้ว กลุ่มจึงมีการขยายความร่วมมือไปยังกลุ่มอื่นๆ สร้างการดำเนินงานในรูปแบบของเครือข่าย ทำให้กลุ่มสามารถแก้ไขปัญหาในภาพกว้างได้มากขึ้น รวมทั้งยังเป็นการเข้าไปแก้ไขปัญหาดังกล่าว ยังส่งผลให้ชุมชนของตนเองเกิดความเข้มแข็งขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมสร้างและพัฒนากลุ่ม

ในกระบวนการเสริมสร้างและพัฒนากลุ่มจะประสบความสำเร็จได้นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยดังต่อไปนี้

1. การสื่อสารภายในกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มควรมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันเป็นแบบ Two ways communication เพื่อให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่างๆ โดยใช้วิธีการประชุม หรือมีการแจ้งข้อมูลข่าวสารให้สมาชิกในกลุ่มได้รับทราบการดำเนินงานของกลุ่มเป็นระยะ

2. แนวทางการทำงาน กฎ ระเบียบ จะต้องเป็นแนวทางที่สมาชิกทุกคนในกลุ่มกำหนดขึ้น มีใช้ผู้นำกลุ่มเป็นผู้กำหนด ซึ่ง กฎ ระเบียบต่างๆนี้เป็นที่ยอมรับของสมาชิก มีความเหมาะสม สอดคล้องกับวิถีปฏิบัติ ความรู้ความสามารถของกลุ่มด้วย

3. การบริหาร - จัดการ ควรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีความโปร่งใส มีการแบ่งปันผลประโยชน์ อย่างเป็นธรรมและเท่าเทียม สมาชิกสามารถตรวจสอบการบริหารจัดการของคณะทำงานกลุ่มได้ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และพร้อมที่จะประสานผลประโยชน์กันอย่างเต็มที่

4. การประชุม ในการดำเนินการกลุ่มนั้นจำเป็นต้องมีการประชุมสมาชิกกลุ่มอยู่เสมอ เพื่อที่จะเสนอปัญหา, อุปสรรคในการดำเนินงาน ร่วมกันหาแนวทางแก้ไข นอกจากนี้แล้วการประชุมยังเป็นการมาร่วมกันสรุปบทเรียน คณะกรรมการได้เสนอผลงานของกลุ่ม สร้างให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน

5. ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตน สมาชิกทุกคนในกลุ่มย่อมที่จะมีบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบต่อกลุ่มทั้งสิ้น ดังนั้นหากสมาชิกไม่เข้าใจถึงบทบาทของตน มีการขัดแย้งระหว่างสมาชิกย่อมมีอุปสรรคต่อการดำเนินงานของกลุ่ม

6. กิจกรรม การดำเนินงานของกลุ่มจำเป็นต้องมีการกำหนดกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายของกลุ่ม หากกิจกรรมที่กำหนดขึ้นไม่มีการเคลื่อนไหว หรือไม่เจริญเติบโต / ก้าวหน้า กลุ่มก็จะไม่ประสบผลสำเร็จในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกได้

ประโยชน์ที่ได้รับจากกระบวนการกลุ่ม

1. สมาชิกมีความรู้ความสามารถเพิ่มมากขึ้น ในการดำเนินกระบวนการกลุ่มนั้นทำให้สมาชิกได้มีโอกาสรับความรู้ใหม่เพิ่มเติม ที่สามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ นอกจากนี้การทำงานร่วมกันของสมาชิก การประชุมยังเพิ่มโอกาสในการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ต่างๆร่วมกัน ทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้มากยิ่งขึ้น

2. เป็นการเพิ่มโอกาสในการแก้ไขปัญหา เนื่องจากการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองเพียงลำพังอาจไม่สามารถดำเนินการได้ เช่น มีความรู้ไม่เพียงพอ มีทรัพยากรไม่เพียงพอ เป็นต้น หากเกิดการรวมกลุ่มขึ้นย่อมทำให้มีกำลังสติปัญญา ทรัพยากรอื่นๆ เพิ่มมากขึ้น โอกาสในการแก้ไขปัญหาได้สำเร็จก็มีเพิ่มขึ้นด้วย

3. เกิดอำนาจในการต่อรอง การรวมกลุ่มเป็นการสร้างให้เกิดพลังในการแก้ไขปัญหาหรือเกิดอำนาจในการต่อรองกับกลุ่มอื่น บุคคลที่เหนือกว่า ทำให้เกิดความเกรงใจไม่กล้าเอาเปรียบอีกทั้งกลุ่มยังสามารถปกป้องผลประโยชน์ของสมาชิกต่างๆ อีกด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรัง

วัลลา ตันตโยทัย (2540) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน จำนวน 28 ราย โดยมีกิจกรรม 8 เดือน ใช้กระบวนการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยมี 11 วิธี ให้ข้อมูลและความรู้ แนะนำชี้แนะหรือให้แนวทาง ส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ประเมินภาวะสุขภาพ ประสานการดูแล และความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ สนับสนุนด้านจิตและอารมณ์ ช่วยเหลือในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่แทรกแซง จัดหาอุปกรณ์และเครื่องใช้ที่อำนวยความสะดวกต่อการดูแลตนเอง สอนทักษะการปฏิบัติ พัฒนาศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย และครอบครัว ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมในการควบคุมอาหาร และการใช้อินซูลินสูงกว่า เมื่อเริ่มการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในเรื่องการควบคุมอาหาร การใช้อินซูลิน และการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดลงต่ำกว่าของเดือนที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีมาก และดีมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตลอดการวิจัย ดัชนีความหนาของร่างกายของ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ และพอยอมรับได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกผาสุกเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุดศิริ หิรัญชุนหะ (2541) ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มละ 15 ราย รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย 1) กระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพที่บ้าน 2) การส่งเสริมการดูแลที่บ้าน 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล 4) ความสามารถการดูแลของผู้ดูแล และ 5) ผลลัพธ์การดูแล กระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลมี 4 ระยะ คือ “ตั้งตัวไม่ติด/คิดไม่ออก” “หัวเลี้ยวหัวต่อ” “แสวงหา/ปรับวิธีการใหม่” และ “ชีวิตที่ลงตัว” การส่งเสริมความสามารถการดูแลและจัดการประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล พัฒนาความสามารถการดูแลจัดการตัวเอง พัฒนาความสามารถการดูแลด้วยตนเอง และปรับบทบาท และพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างยั่งยืน และปรับวิถีชีวิต กลยุทธ์การส่งเสริมความสามารถการดูแลประกอบด้วย สร้างความไว้วางใจ และเชื่อถือสะท้อนคิดพิจารณา การมีส่วนร่วมหากกลุ่มช่วยเหลือ สร้างพลังความสามารถในการดูแล ผสมผสานความเชื่อการดูแล สนับสนุนและชมเชยในวิธีการดูแลของผู้ดูแล ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน สร้างสิ่งหล่อเลี้ยงทางใจ และเป็นเสมือนเพื่อนผู้ดูแล โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประสพการณ์การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ครอบครัว ร่วมรับรู้ การเตรียมความพร้อม ความหวัง การช่วยเหลือของครอบครัว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ระดับความต้องการการดูแล แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดัดแปลง/ปรับวิธีการดูแลและภาวะเศรษฐกิจ

อุณใจ เครือสถิตย์ (2542) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติที่โรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านมีการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ ระดับความดันโลหิต และดัชนีน้ำหนักของร่างกายเข้าสู่ระดับปกติ มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กมลวรรณ จันตระกูล (2547) ได้ศึกษาผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และครอบครัว ที่คลินิกโรคปอด แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม

โรงพยาบาลพะเยา ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2547 ถึงเดือนกรกฎาคม 2547 จำนวน 30 ราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 ราย และกลุ่มทดลอง 15 ราย กำหนดเพศ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค และยาที่ใช้ในการรักษา ให้คล้ายคลึงกัน กลุ่มทดลองจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดดัชนีคุณภาพชีวิต 3) โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว 4) คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 5) ตารางสำหรับบันทึกจำนวนครั้งในการออกกำลังกายร่วมกับการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก 6) แบบประเมินการรับรู้การสนับสนุนของครอบครัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ผลการศึกษาพบว่า

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ดีวก่อนได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มทดลองหลังจากที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัว ดีกว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าควรจะให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

อภิวรรณี แหวนทอง (2547) ได้ศึกษาความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความกังวลหวังใย และคุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตร อายุ 6 – 12 เดือน ที่พาบุตรมาตรวจสุขภาพที่คลินิกตรวจสุขภาพเด็กติดเชื้อ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล และโรงพยาบาลบาราคนราดูร จำนวน 100 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสัมภาษณ์ความกังวลหวังใย และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง มีความกังวลหวังใยอยู่ในระดับปานกลาง และมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และพบว่าความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, รายได้เฉลี่ยของครอบครัว, การเปิดเผยผลการติดเชื้อ มีความสัมพันธ์ทางบวก

กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $.05$ และ $.05$ ตามลำดับ) ส่วนความกังวลห่วงใยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ยังพบว่าความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, ความกังวลห่วงใย และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 30 ($p < .05$)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมพลังอำนาจ

พวงทอง เพชรโทน (2547) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างพลัง ต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อในความสามารถตนเอง และความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 1 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษา ในโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 30 คน และผู้ป่วยจำนวน 30 ราย ญาติผู้ดูแลที่เข้าร่วมในการวิจัย ได้รับการสร้างพลังตามกิจกรรมที่กำหนดขึ้นตามกระบวนการของกิบสัน โดยกิจกรรมที่จัดขึ้นเป็นแบบรายบุคคล การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่ม เพื่อให้ทราบถึงรายละเอียดเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และการฝึกทักษะในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยพบว่า การสร้างพลังตามแนวคิดของกิบสัน มีผลทำให้ความรู้ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อในความสามารถตนเอง และความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

จุฬารัตน์ สุริยาทัย (2547) ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 26 คน ถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากโรงพยาบาลท่าวังผา ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2546 ถึงเดือนมกราคม 2547 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มดำเนินการโดยผู้วิจัยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 คน ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการได้ครบทุกขั้นตอนด้วยเหตุนี้ การวิเคราะห์ทางสถิติจึงใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 22 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทดสอบความแตกต่างของคะแนนด้วยสถิติวิลคอกซอนแมทซ์-ไชน์ แรงค์

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบบกลุ่มสามารถ ส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ ผลการทดสอบพบว่า อันดับคะแนนมัธยฐานของความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังเข้าร่วมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกระบวนการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

วารางคณา ชัชเวช (2546) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีต่อการรับรู้พลังอำนาจในการคุมกำเนิด สตรีไทยถูกคาดหวังให้รับภาระในการคุมกำเนิด แต่ขาดอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง ในขณะที่สามีไม่จำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วม การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้อำนาจในการควบคุมเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรีที่อาศัยอยู่ในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย เพื่อเลือกตำบล 2 แห่ง จัดเป็นคุณสมบัติที่กำหนด 15 ราย รวม 30 ราย ใช้วิธีการจับคู่ตามระดับคะแนนการรับรู้อำนาจในการควบคุมเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการคุมกำเนิดของสตรีตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินการรับรู้อำนาจในการควบคุมเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ผลการวิจัย มีดังนี้ 1. สตรีที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อำนาจในการควบคุมเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรีสูงกว่า ก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2. สตรีที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อำนาจในการควบคุมเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรีสูงกว่า สตรีที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถเพิ่มการรับรู้อำนาจในการควบคุมเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรี ดังนั้นบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสตรีควรร่วมโปรแกรมนี้ไปประยุกต์กับสตรี เพื่อส่งเสริมสิทธิในการคุมกำเนิดของสตรี

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องโรคเรื้อรัง ญาติผู้ดูแล และการสร้างเสริมพลังอำนาจ ในการวิจัยครั้งนี้ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางบวก และทางลบ โดยเฉพาะผลกระทบต่อทางลบ เช่น การขาดความรู้ในการดูแล ไม่มีที่ปรึกษา หมดกำลังใจจะทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังเกิดความรู้สึกท้อแท้ในการแก้ปัญหา ไม่มั่นใจในกระบวนการตัดสินใจแก้ปัญหา ซึ่งสิ่งเหล่านี้ จะทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจ ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกลวิธี

หนึ่งในการให้คำแนะนำ ฝึกทักษะและให้คำปรึกษา เพื่อญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังเกิดความมั่นใจในการตัดสินใจ ในการแก้ปัญหา และการกระทำ ผู้วิจัยคาดว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจนี้จะทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง เกิดการปรับพฤติกรรมการดูแล เกิดความเชื่อมั่นในกิจกรรมการดูแลที่ตนเองตัดสินใจกระทำ และเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และส่งผลให้ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง มีการรับรู้พลังอำนาจที่มีในตนเองได้ดี และมีพฤติกรรมการดูแลผู้ปวยโรคเรื้อรังที่เหมาะสมยิ่งขึ้น และมีคุณภาพชีวิต คณะผู้วิจัยจึงกำหนดวิธีการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดในบทที่ 3 ต่อไป

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน โดยการสร้างโปรแกรมนำโปรแกรมไปปฏิบัติ และประเมินผลของโปรแกรมหดงกล่าว โดยศึกษาการรับรู้พลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง และพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง ในบทนี้ผู้วิจัยได้กล่าวถึงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

รูปแบบการวิจัย

ลักษณะประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

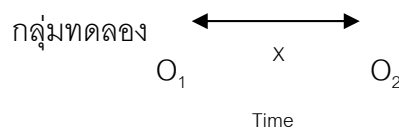
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



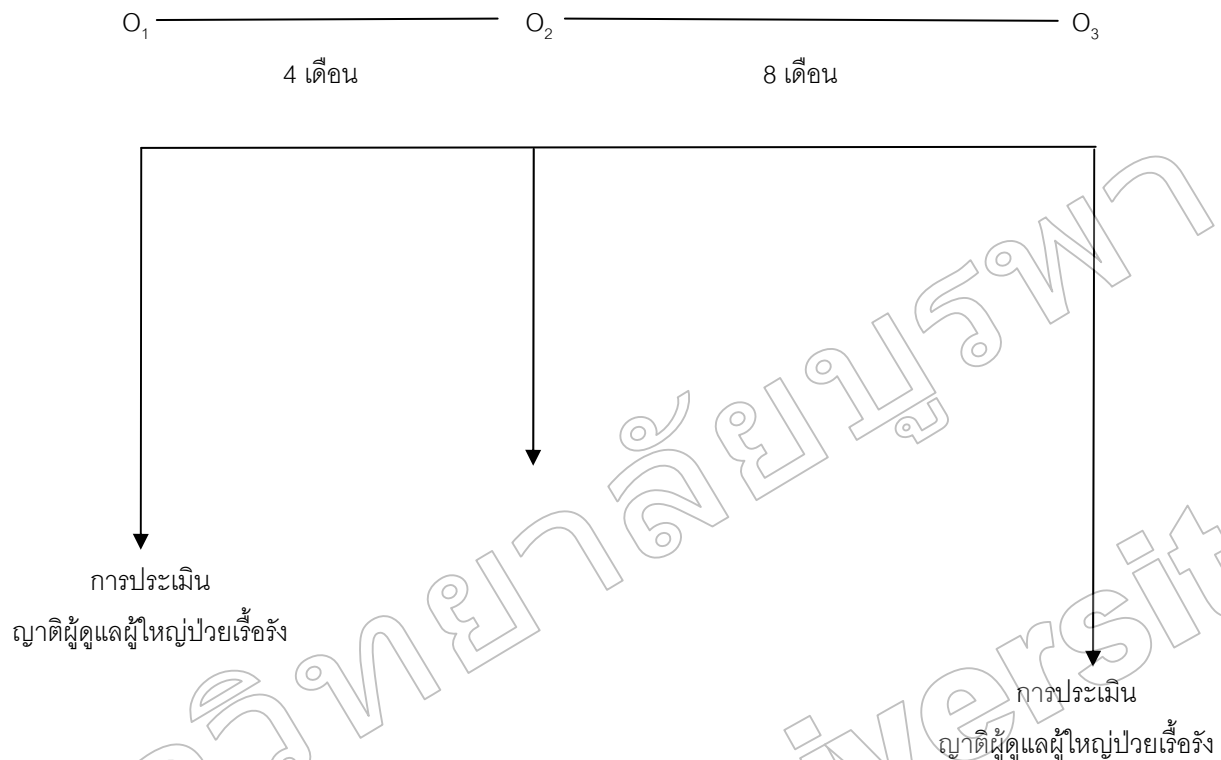
แผนภูมิที่ 2 รูปแบบการวิจัย

กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

O_1 = การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง

O_2 = การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง

X = โปรแกรมการดำเนินงานเป็นเวลา 2 ปี



แผนภูมิที่ 3 แผนภูมิการทดลอง

$O_1 - O_2$ = ระยะ 4 เดือนแรก การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน

$O_2 - O_3$ = ระยะ 8 เดือนหลัง การดำเนินการตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ในอำเภอศรีราชา จำนวน 45 คน คัดเลือกตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ต้องให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และต้องการการดูแล ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่การพึ่งพาระดับปานกลาง จนถึงการพึ่งพาระดับรุนแรงมาก โดยประเมินจากแบบประเมิน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Activity Daily Living Index : BAL) ของ Collin, Wade, Davies and Home (1988)

2. เป็นสมาชิกในครอบครัวที่มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย หรือเป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา บุตร บุตรเขย บุตรสะใภ้ หลาน หรือญาติพี่น้องที่เป็นผู้ดูแลหลัก ไม่รับค่าตอบแทน ให้ความช่วยเหลือ และจัดเตรียมให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น

3. มีความสามารถในการรับรู้ และสื่อความหมายเข้าใจ

4. มีความสมัครใจ และยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย

การเตรียมการก่อนการดำเนินการวิจัย ได้แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

1.1 ศึกษาผลงานวิจัย และเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.2 คัดเลือกหน่วยงานที่มีความพร้อม และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

1.3 การสร้างความเข้าใจกับผู้บริหารของหน่วยงาน เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ หัวหน้าสถานีอนามัย เจ้าหน้าที่หน่วยงานต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัยและ บทบาทต่างๆ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้หน่วยงานต่างๆ ให้ความร่วมมือ และการประสานงานที่ดี

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยได้แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

2.1 เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน โดยการทำการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน และการสังเกตขณะให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ร่วมกับการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง

2.2 นำผลการศึกษามาสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ดังแผนภูมิที่ 4

แผนภูมิที่ 4 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน

- ครั้งที่ 1**
- สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ
- ที่บ้าน (สัปดาห์ที่ 1)**
- การประเมินความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง และผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง
 - กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคล ครั้งที่ 1 มีรายละเอียดดังนี้

การค้นพบสถานการณ์จริง หรือปัญหาที่ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังกำลังเผชิญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง และการดูแล โดยการใช้คำถามเพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจในการดูแล

การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ โดยการให้ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง สาธิตการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง มีการตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม และวางแผนร่วมกันสอน และฝึกทักษะกิจกรรมการดูแล ผู้วิจัยให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ และคู่มือการดูแล นัดหมายครั้งต่อไป ซึ่งห่างจากครั้งที่ 1 เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ในครั้งที่ 1 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 2

(สัปดาห์ที่ 3) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยเป็นที่ปรึกษา รับฟังปัญหา ให้แรงเสริมทางบวกโดยการกล่าวชมเชยให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งให้แหล่งประโยชน์ หรือทรัพยากรที่จำเป็น และในบางกรณีที่มีบ้านผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังอยู่ใกล้กัน ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการกลุ่มร่วมด้วย ในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน นัดหมายญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง เพื่อพบกัน ครั้งที่ 3 ซึ่งห่างจากครั้งที่ 2 เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ในครั้งที่ 2 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 3

(สัปดาห์ที่ 6) ผู้วิจัยพบญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังเป็นรายบุคคล โดยดำเนินการติดตามผลการแก้ไขปัญหาในการเสริมสร้างพลังอำนาจ จากการสอบถาม และการปฏิบัติตามที่ได้ร่วมวางแผนกัน ระหว่างผู้วิจัยกับญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยประเมินญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง สิ้นสุดการวิจัย ในครั้งที่ 3 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Activity Daily Living Index : BAL) ของ Collin, Wade, Davies and Home, 1988 เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง (ดูภาคผนวก 3)
2. แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้วัดการรับรู้พลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง (ดูภาคผนวก 3)
3. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับสถานภาพของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง (ดูภาคผนวก 3)
4. แบบวัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้วัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง (ดูภาคผนวก 3)
5. แบบวัดพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้วัดพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง (ดูภาคผนวก 3)
6. คู่มือการดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน (ดูภาคผนวก 4)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบวัดการรับรู้พลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง แบบวัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้อง และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้
2. นำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง แบบวัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง และแบบวัดพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่เป็นกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ใช้วิธี Cronbach's Alpha Coefficient โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 0.85 ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการรับรู้พลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง เท่ากับ 0.95 ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้สึกรู้สึกมี

คุณค่าในตนเอง เท่ากับ 0.75 และได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลของญาติ ผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง เท่ากับ 0.89

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง นำมาลงรหัส และวิเคราะห์ด้วยเครื่องจักร สมองกล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และในการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มเป้าหมาย	ตัวแปร	เครื่องมือ	เกณฑ์ และสถิติ
ผู้ใหญ่อายุเรื้อรัง	ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันและความ ต้องการความช่วยเหลือ	แบบประเมิน	พฤติกรรมที่ปฏิบัติ
	ระดับ	คะแนน	
	การพึ่งพาระดับรุนแรงมาก	0 – 20	0 ไม่สามารถ
	การพึ่งพาระดับรุนแรง	21 – 60	1 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก
	การพึ่งพาระดับปานกลาง	61 – 90	2 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง
	การพึ่งพาระดับน้อย	91 – 99	3 ทำได้เอง
ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่อายุเรื้อรัง	การรับรู้พลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่อายุเรื้อรัง	แบบสัมภาษณ์	
	ระดับ	คะแนน	
	การรับรู้พลังอำนาจต่ำ	0 – 52	5 ระดับการรับรู้มากที่สุด
	การรับรู้พลังอำนาจปานกลาง	53 – 106	4 ระดับการรับรู้มาก
	การรับรู้พลังอำนาจสูง	107 – 160	3 ระดับการรับรู้ปานกลาง
			2 ระดับการรับรู้ต่ำ
			1 ระดับการรับรู้ต่ำที่สุด
			ใช้สถิติ Paired Samples t-test
	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่อายุเรื้อรัง	แบบสัมภาษณ์	
	ระดับ	คะแนน	ถ้าเป็นคำถามเชิงบวก
	ไม่ดี	0 – 16	5 ระดับความรู้สึกมากที่สุด
	ปานกลาง	17 – 33	4 ระดับความรู้สึกมาก
	ดี	34 – 50	3 ระดับความรู้สึกปานกลาง
			2 ระดับความรู้สึกน้อย
			1 ระดับความรู้สึกน้อยที่สุด

กลุ่มเป้าหมาย	ตัวแปร	เครื่องมือ	เกณฑ์ และสถิติ
			ถ้าเป็นคำถามเชิงลบ
			5 ระดับความรู้สึกน้อยที่สุด
			4 ระดับความรู้สึกน้อย
			3 ระดับความรู้สึกปานกลาง
			2 ระดับความรู้สึกมาก
			1 ระดับความรู้สึกมากที่สุด
			ใช้สถิติ Paired Samples t-test
	พฤติกรรมการดูแลของญาติ	แบบสัมภาษณ์	พฤติกรรมที่ปฏิบัติ
	ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง		
	ระดับ	คะแนน	
	ต่ำ	0 - 40	0 ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรม
	ปานกลาง	41 - 81	1 ได้ปฏิบัติกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง
	ดี	82 - 120	2 ได้ปฏิบัติกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 - 5 ครั้ง
			3 ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นอย่างสม่ำเสมอทุกครั้ง
			ใช้สถิติ Paired Samples t-test

บทที่ 4 ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง และความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง

ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้พลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง และพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงาน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง

ข้อมูลในส่วนนี้พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นหญิงร้อยละ 64.4 อายุระหว่าง 37 – 56 ปี ร้อยละ 44.4 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 73.3 ความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 31.1 จำนวนผู้ที่ต้องรับผิดชอบดูแล 1 คน ร้อยละ 91.1 ระยะเวลาในการดูแลผู้ปวยมากกว่า 4 ปี ร้อยละ 64.4 จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ปวยโดยเฉลี่ย 1 – 16 ชม./วัน ร้อยละ 60.0 เหตุผลที่เป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่ เป็นหน้าที่ที่ต้องดูแล ร้อยละ 57.8 การเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ปวย ส่วนใหญ่ไม่มี ร้อยละ 75.6 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังจำแนกตามข้อมูลทั่วไป
จำนวน 45 คน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	16	35.6
หญิง	29	64.4
อายุ		
16 - 36 ปี	6	13.3
37 - 56 ปี	20	44.4
57 - 77 ปี	19	42.2
$(\bar{X} = 52.60, SD = 14.80, \text{min} - \text{max} = 16 - 77)$		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	4.4
ประถมศึกษา	33	73.3
มัธยมศึกษา	4	8.9
อนุปริญญา	4	8.9
ปริญญาตรี	2	4.4
ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแล และผู้ป่วย		
มารดา/บิดา	14	31.1
บุตร	5	11.1
หลาน	2	4.4
คู่สมรส	12	26.7
พี่น้อง	4	8.9
อื่นๆ (บุตรเขย, บุตรสะใภ้)	8	17.8
จำนวนผู้ป่วยที่ญาติจะต้องรับผิดชอบดูแล		
1 คน	41	91.1
2 คน	3	6.7
มากกว่า 2 คน	1	2.2

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจำแนกตามข้อมูลทั่วไป
จำนวน 45 คน (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่เริ่มทำการดูแล		
1 เดือน – 4 ปี	16	35.6
มากกว่า 4 ปี	29	64.4
$(\bar{X} = 11.46, SD = 11.11, \text{min} - \text{max} = 1 - 44)$		
จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ยชั่วโมง/วัน		
1 - 16 ชั่วโมง	27	60.0
17 - 24 ชั่วโมง	18	40.0
$(\bar{X} = 14.78, SD = 10.01, \text{min} - \text{max} = 1 - 24)$		
เหตุผลที่เป็นผู้ดูแล		
เป็นหน้าที่ที่ต้องดูแล	26	57.8
เป็นหน้าที่ที่ต้องดูแล และมีเวลาสะดวก	6	13.3
เป็นหน้าที่ที่ต้องดูแล มีความสามารถในการดูแล และมีเวลาสะดวก	4	8.9
เป็นหน้าที่ที่ต้องดูแล และมีความสามารถในการดูแล	2	4.4
เป็นหน้าที่ที่ต้องดูแล	1	2.2
และเป็นการตอบแทนบุญคุณ ความกตัญญู		
มีเวลาสะดวก	1	2.2
เป็นการตอบแทนบุญคุณ ความกตัญญู	1	2.2
และมีความสามารถในการดูแล		
เป็นการตอบแทนบุญคุณ ความกตัญญู	1	2.2
และมีเวลาสะดวก		
เป็นหน้าที่ที่ต้องดูแล และเป็นการตอบแทนบุญคุณ	1	2.2
ความกตัญญู และมีเวลาสะดวก		
เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย		
มี	11	24.4
ไม่มี	34	75.6

ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีความต้องการ เมื่อพิจารณาในด้านต่างๆ พบว่ามีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วย เช่นการทำแผล อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านยังมีความต้องการส่วนบุคคล ในเรื่องการออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การมีผู้ให้คำปรึกษาตัดสินใจ และรับฟังเรื่องต่างๆ กำลังใจจากคนใกล้ชิด การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษา การช่วยเหลือด้านอาชีพ และการไปเยี่ยมบ้าน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง จำนวน 45 คน

ข้อมูลในส่วนนี้ ส่วนใหญ่พบว่าผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง เป็นชายร้อยละ 55.6 มีอายุอยู่ระหว่าง 47 – 60 ปี ร้อยละ 44.4 โรคเรื้อรังที่ป่วย พบพิกการแต่กำเนิด ร้อยละ 24.6 ระยะเวลาดการเจ็บป่วย 13 – 60 เดือน ร้อยละ 26.7 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความต้องการความช่วยเหลือ อยู่ในระดับที่ต้องการการช่วยเหลือมาก ร้อยละ 100 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังจำแนกตามข้อมูลทั่วไป จำนวน 45 คน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	25	55.6
หญิง	20	44.4
อายุ		
18 - 32 ปี	10	22.2
33 – 46 ปี	15	33.3
47 – 60 ปี	20	44.4
$(\bar{X} = 41.53, SD = 12.25, \text{min} - \text{max} = 18 - 59)$		

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังจำแนกตามข้อมูลทั่วไป
จำนวน 45 คน (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
โรคเรื้อรัง จัดเรียงตามลำดับ		
พิกการแต่กำเนิด	11	24.6
อัมพาตครึ่งท่อน	9	20
เบาหวาน	8	17.8
ความดันโลหิตสูง	6	13.4
อุบัติเหตุ	4	8.8
ข้ออักเสบ	2	4.4
ตาบอด	2	4.4
หลอดเลือดในสมอง	1	2.2
ลมชัก	1	2.2
โปลิโอ	1	2.2
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
1-12 เดือน	4	8.9
13 – 60 เดือน	12	26.7
61 – 120 เดือน	10	22.2
121 - 180 เดือน	5	11.1
181 – 240 เดือน	2	4.4
241 เดือน ขึ้นไป	12	26.7
$(\bar{X} = 4.22, SD = 4.72, \text{min} - \text{max} = 1 - 33)$		
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความต้องการความช่วยเหลือ		
ระดับมาก	45	100.0

ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัย เรื้อรังที่บ้าน

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้พลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง และพฤติกรรมการดูแลของญาติ
ผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

1. ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้พลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง ความรู้สึกมี
คุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง และพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัย
เรื้อรัง มีผลการวิเคราะห์ดังนี้

ระดับการรับรู้พลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง ก่อนการทดลองส่วนใหญ่ พบว่า
มีการรับรู้พลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.2 อยู่ใน
ระดับสูงร้อยละ 15.6 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 2.2

หลังการทดลอง พบว่าระดับการรับรู้พลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง อยู่ใน
ระดับสูงเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 77.8 ระดับปานกลางเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 22.2

ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง ก่อนการทดลอง
ส่วนใหญ่พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง อยู่ในระดับดี ร้อยละ
4.4 และอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 95.6

หลังการทดลอง พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังอยู่
ในระดับดีเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 100

ระดับพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง ก่อนการทดลองส่วนใหญ่
พบว่า พฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 93.3 และ
อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 6.7

หลังการทดลอง พบว่าพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง อยู่ในระดับ
ดี ร้อยละ 93.3 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง จำแนกตามระดับการรับรู้พลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง และพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง จำนวน 45 คน

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรับรู้พลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง				
ต่ำ	1	2.2	0	0
ปานกลาง	37	82.2	10	22.2
สูง	7	15.6	35	77.8
ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง				
ปานกลาง	43	95.6	0	0
ดี	2	4.4	45	100
ระดับพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง				
ต่ำ	3	6.7	0	0
ปานกลาง	42	93.3	3	6.7
ดี	0	0	42	93.3

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง และพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง เป็นรายด้าน ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลองมีผลการวิเคราะห์ดังนี้

ด้านการรับรู้พลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง พบว่าโดยรวมเพิ่มขึ้น ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 94.89 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.87 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 113.18 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.95 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการรับรู้พลัง

อำนาจที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดจะเป็นเรื่อง ความมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เช่น อาบน้ำ หรือเช็ดตัว ป้อนอาหาร และสามารถสังเกตสภาพอารมณ์ และจิตใจของผู้ป่วยได้ ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 4.82 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.38 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้พลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง รายด้าน ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

การรับรู้พลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เช่น อาบน้ำหรือเช็ดตัว ป้อนอาหาร	4.31	0.76	4.82	0.38
2. ท่านมั่นใจว่าสามารถสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยได้ เช่น ความผิดปกติของปัสสาวะ ความผิดปกติของการหายใจ	4.00	0.95	4.67	0.52
3. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวร่างกายอย่างถูกต้องและเพียงพอ	3.87	0.99	4.60	0.58
4. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยนอนหลับได้อย่างพอเพียงอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง	4.00	0.90	4.78	0.47
5. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่ต้องใช้อุปกรณ์เสริม เครื่องช่วยพยุง หรือเครื่องช่วยเคลื่อนย้ายได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เช่น ไม้เท้า เครื่องช่วยเดิน รถเข็นล้อเลื่อน เป็นต้น	3.89	1.13	4.62	0.65
6. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้าน เพื่อให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วย เช่น การใช้โถส้วมแบบนั่ง การสร้างราวยึดเกาะ การจัดวางอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้สะดวกต่อการหยิบใช้ เป็นต้น	4.04	0.95	4.78	0.47
7. ท่านมั่นใจว่าสามารถสังเกตสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยได้	4.31	0.76	4.82	0.38
8. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยได้ เช่น การไม่ตำหนิ หรือแสดงท่าที่ไม่พอใจ การให้คำชมเชย การให้ฟังเทพธรรมะ เป็นต้น	3.98	0.94	4.67	0.52
9. ท่านมั่นใจว่าสามารถค้นหาปัญหาและความต้องการทางสังคมของผู้ป่วยได้ เช่น ความต้องการคบเพื่อน ความต้องการร่วมกิจกรรมทางสังคม ความต้องการร่วมงานสังสรรค์ต่าง ๆ เป็นต้น	3.31	1.20	4.40	0.69

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้พลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง รายด้าน ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (ต่อ)

การรับรู้พลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
10. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองของความต้องการทางสังคม เช่น การจัดให้พบเพื่อน การจัดให้ร่วมกิจกรรมทางสังคม การเยี่ยมเพื่อน เป็นต้น	3.42	1.21	4.42	0.75
11. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยได้สักการะบูชาพระพุทธรูป หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือได้	3.22	1.27	4.24	0.74
12. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยได้พบกับลูกหลานหรือเพื่อนที่รักและผูกพันได้	3.76	1.00	4.53	0.66
13. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น โรคปอดอักเสบ ผลัดกดทับ	3.40	1.05	4.27	0.75
14. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการหรือช่วยเหลือผู้ป่วยในการบริหารข้อต่อต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อป้องกันข้อติดแข็งได้	3.49	0.94	4.49	0.66
15. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างถูกต้องตามขนาดและตรงตามเวลาที่แพทย์สั่งอย่างต่อเนื่องได้	4.07	1.00	4.60	0.65
16. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือป้องกันอุบัติเหตุที่จะเกิดกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เช่น การหกล้ม ตกเตียง ของมีคมบาดมือ เป็นต้น	3.82	1.00	4.56	0.69
17. ท่านมั่นใจว่าสามารถค้นหาความผิดปกติทางด้านร่างกายของผู้ป่วยได้	3.52	0.94	4.42	0.66
18. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการกับปัญหาทางด้านร่างกายของท่านได้อย่างเหมาะสม เช่น การดูแลตนเอง การไปพบแพทย์ เป็นต้น	4.07	0.88	4.67	0.56
19. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการให้ตนเองได้รับประทานอาหารที่ให้ประโยชน์ครบห้าหมู่อย่างน้อยวันละ 3 มื้อ	4.16	0.82	4.76	0.48
20. ท่านมั่นใจว่าสามารถค้นหาสภาพอารมณ์และจิตใจของท่านได้	3.98	0.58	4.67	0.52
21. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการกับปัญหาทางด้านจิตใจของท่านได้อย่างเหมาะสม เช่น การหาวิธีคลายเครียดต่าง ๆ โดยการหางานอดิเรกทำ การพูดคุยกับบุคคลอื่น ๆ การหาบุคคลอื่นช่วยเหลือ เป็นต้น	3.84	0.60	4.76	0.48

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้พลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง รายด้าน ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (ต่อ)

การรับรู้พลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
22. ท่านมั่นใจว่าสามารถค้นหาปัญหาและความต้องการทางสังคมของท่านได้ เช่น การไปเยี่ยมเพื่อน การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น	3.58	1.01	4.36	0.65
23. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการให้ตนเองได้รับการตอบสนองของความ ต้องการทางสังคมได้อย่างเหมาะสม เช่น การแบ่งเวลาให้ได้มีกิจกรรมทางสังคม การหาเวลาไปเยี่ยมเพื่อน เป็นต้น	3.58	0.89	4.44	0.66
24. ท่านมั่นใจว่าสามารถค้นหาเกี่ยวกับสิ่งที่ท่านสักการะบูชา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ หรือบุคคลที่ท่านรัก และผูกพัน เป็นต้น	3.62	1.00	4.42	0.69
25. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการให้ตนเองได้สักการะบูชา พระพุทธรูป หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ การได้พบลูกหลานหรือเพื่อนที่รักและผูกพัน เป็นต้น	3.51	0.92	4.51	0.63
การรับรู้พลังอำนาจโดยภาพรวม	94.89	12.87	113.18	8.95

ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง พบว่าโดยรวมเพิ่มขึ้น ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 29.00 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.48 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 45.13 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.01 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง ที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดจะเป็นเรื่อง รู้สึกว่าเป็นที่พึ่งพาของผู้ป่วยได้เสมอ ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 4.96 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.21 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง รายด้าน ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1. ท่านรู้สึกว่า ท่านเป็นคนที่มีความสำคัญเท่ากับผู้อื่น	4.02	0.62	4.80	0.40
2. ท่านรู้สึกว่า ท่านเป็นที่พึ่งพาของผู้ป่วยได้เสมอ	4.58	0.49	4.96	0.21
3. ท่านรู้สึกว่า ท่านเป็นผู้ที่ไม่ประสบความสำเร็จเลย	1.04	0.21	3.76	1.25
4. ท่านรู้สึกว่า ท่านทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีเท่ากับคนอื่น ๆ	3.98	0.78	4.64	0.53
5. ท่านรู้สึกว่า ท่านไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง	1.00	0.00	3.89	1.13
6. ท่านรู้สึกว่า ท่านมีทัศนคติที่ดีต่อตัวท่านเอง	3.91	0.59	4.69	0.47
7. ท่านรู้สึกว่า ท่านมีความนับถือตนเอง	4.29	0.55	4.76	0.43
8. ท่านรู้สึกว่า ท่านเป็นผู้ที่ไม่มีคุณค่า	1.04	0.20	4.29	1.10
9. ท่านรู้สึกว่า ท่านเป็นผู้ที่ไม่มีอะไรดีเลย	1.02	0.15	4.51	0.89
10. โดยภาพรวม ท่านพึงพอใจในตนเอง	4.11	0.93	4.84	0.37
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยภาพรวม	29	2.48	45.13	4.01

ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง พบว่าโดยรวมเพิ่มขึ้นก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 56.64 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.04 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 96.87 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.85 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง ที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดจะเป็นเรื่อง การดูแลการออกกำลังกาย ได้เหมาะสมกับผู้ป่วย ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 2.64 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.48 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง รายด้าน ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

พฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
1. ท่านใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลอ่อนโยนในการเรียกชื่อหรือพูดคุยกับผู้ป่วย	1.56	0.50	2.56	0.50
2. ท่านให้เวลากับผู้ป่วยในการพูดคุย	1.51	0.50	2.51	0.51
3. ท่านเอาใจใส่และสนใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย	1.56	0.50	2.56	0.50
4. ท่านให้การดูแลผู้ป่วยด้วยสีหน้าที่ยิ้มแย้ม	1.40	0.58	2.40	0.58

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง รายด้าน ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
5. ท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมตามขีดจำกัดของร่างกายเท่าที่ทำได้	1.42	0.50	2.42	0.50
6. ท่านปลอบใจผู้ป่วยเวลาปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างไม่สำเร็จและชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้	1.29	0.46	2.29	0.46
7. ท่านตั้งเป้าหมายความคืบหน้าของโรคร่วมกับผู้ป่วยตามความเป็นจริง	1.44	0.50	2.44	0.50
8. ท่านปลอบผู้ป่วยให้มีจิตใจที่เข้มแข็งไม่ย่อท้อต่อปัญหาที่เกิดขึ้น	1.27	0.45	2.27	0.45
9. ท่านช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีอาการหายใจลำบากอย่างเฉียบพลัน	1.31	0.60	2.31	0.60
10. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอ	1.40	0.50	2.40	0.49
11. ท่านดูแลช่วยเหลือปฏิบัติกิจกรรมในส่วนที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ได้	1.58	0.50	2.58	0.50
12. ท่านสังเกตลักษณะการแสดงออกสีหน้าท่าทางของผู้ป่วย	1.49	0.51	2.47	0.50
13. ท่านรับฟังความรู้สึกของผู้ป่วย เช่น ความรู้สึกโกรธ ตีใจ	1.22	0.60	2.22	0.60
14. ท่านให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว	1.40	0.50	2.40	0.50
15. ท่านพูดคุยในเรื่องที่ผู้ป่วยสบายใจ	1.31	0.56	2.29	0.55
16. ท่านแสดงท่าทางในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเป็นกันเอง	1.44	0.62	2.47	0.62
17. ท่านใช้คำพูดในการสื่อสารกับผู้ป่วยชัดเจน เข้าใจง่าย	1.44	0.50	2.44	0.50
18. ท่านให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวลสม่ำเสมอ	1.40	0.49	2.42	0.50
19. ท่านปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยทุกอย่างด้วยความเต็มใจ	1.42	0.58	2.42	0.58
20. ท่านยอมรับผู้ป่วยที่ทำอะไรไม่ค่อยได้	1.38	0.61	2.39	0.62
21. ท่านยอมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างที่สามารถทำได้ถึงแม้จะช้า	1.40	0.62	2.42	0.62
22. ท่านเข้าใจถึงการกระทำที่ผู้ป่วยแสดงออก เช่น เสร้าไศก	1.33	0.64	2.33	0.64
23. ท่านสามารถตอบสนองการกระทำที่ผู้ป่วยแสดงออกได้	1.27	0.45	2.31	0.47
24. ท่านช่วยแก้ไขสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ	1.33	0.52	2.31	0.56
25. เมื่อท่านมีปัญหาในการดูแลท่านขอข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ	1.47	0.51	2.47	0.50

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง รายด้าน ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลของญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
26. ท่านรับฟังคำแนะนำในการดูแลจากบุคคลในครอบครัว และผู้อื่น	1.40	0.50	2.42	0.50
27. ท่านใช้ข้อมูลจากผู้ป่วยมาเป็นส่วนหนึ่งในการแก้ปัญหา	1.42	0.50	2.42	0.50
28. ท่านให้ข้อมูลการดำเนินโรคแก่ผู้ป่วย	1.36	0.48	2.36	0.48
29. ท่านสังเกตการแสดงออกของผู้ป่วยในการแก้ปัญหา	1.24	0.53	2.24	0.53
30. ท่านตอบคำถามกับผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อมีข้อสงสัย	1.36	0.57	2.36	0.57
31. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงชุมชนแออัด มลพิษ และ อากาศร้อน	1.33	0.48	2.38	0.49
32. ท่านจัดบริเวณบ้านให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก	1.40	0.50	2.40	0.49
33. ท่านจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับการปฏิบัติ กิจกรรมกับผู้ป่วย	1.31	0.47	2.33	0.48
34. ท่านจัดอุปกรณ์ให้หยิบใช้ได้สะดวกในการที่ช่วยเหลือ ผู้ป่วย	1.56	0.50	2.60	0.49
35. ท่านดูแลเรื่องอาหาร การพักผ่อน ได้เหมาะสมกับโรค ผู้ป่วย	1.49	0.51	2.49	0.51
36. ท่านดูแลเรื่องการออกกำลังกายได้เหมาะสมกับผู้ป่วย	1.62	0.49	2.64	0.48
37. ท่านให้บุคคลอื่นในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	1.53	0.55	2.53	0.50
38. ท่านช่วยให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง เช่น สามารถทำ กิจกรรมบางอย่างที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง	1.56	0.50	2.56	0.50
39. ท่านช่วยให้ผู้ป่วยไหว้พระ สวดมนต์หรือนึกในสิ่งที่ดีๆ	1.58	0.50	2.60	0.49
40. ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนความเห็นเกี่ยวกับธรรมชาติและ ความเป็นจริงของชีวิต	1.44	0.50	2.49	0.51
พฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยภาพรวม	56.64	8.04	96.87	7.85

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่าง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของญาติผู้ดูแล ผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง และพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง มีผลการวิเคราะห์ดังนี้

ด้านการรับรู้พลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง พบว่าก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 94.89 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.87 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 113.18 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.95 และมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของการรับรู้พลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 0.94 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง พบว่าก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 29 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.48 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 45.13 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.01 และมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 0.54 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

ด้านพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง พบว่าก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 56.64 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.04 หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 96.87 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.85 และมีคะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 0.17 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของญาติผู้ดูแล ผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง และพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง ระหว่างก่อนการ ทดลอง และหลังการทดลอง จำนวน 45 คน

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		\bar{d}	Sd	t-value	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD				
การรับรู้พลังอำนาจของ ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง	94.89	12.87	113.18	8.95	0.94	6.31	19.44	<0.001
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง	29	2.48	45.13	4.01	0.54	3.63	29.78	<0.001
พฤติกรรมการดูแลของ ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง	56.64	8.04	96.87	7.85	-0.17	1.16	231.48	<0.001

ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน พอสรุปได้ดังนี้

ปัญหา อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
<ul style="list-style-type: none"> เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สถานีอนามัย ต้องทำงานหลายด้าน ทำให้ไม่มี เวลาในการเยี่ยมบ้าน ญาติผู้ดูแลบางคนมีฐานะยากจน บ้านผู้ป่วยบางแห่งห่างจากสถานี อนามัย ในขณะที่ดำเนินการพัฒนาโปรแกรม ผู้ป่วยบางรายเสียชีวิตก่อนปิด โปรแกรม 	<ul style="list-style-type: none"> อบรมอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อช่วย แบ่งเบาภาระงานในบางส่วน หางานเสริม เพื่อหารายได้เพิ่ม เตรียมทีมเพื่อการเยี่ยมบ้าน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยราย ใหม่เพิ่มเติม

บทที่ 5 อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน โดยดำเนินการที่อำเภอศรีราชา ผลการวิจัยที่พัฒนาครั้งนี้สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัยที่ 1 เพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน

ผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ สรุปผลได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน ที่ทำการทดลองประกอบไปด้วยกิจกรรมหลักๆ คือ

1. การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ
2. การประเมินความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังและผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง
3. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง โดยประยุกต์

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิปสัน ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ การค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Gibson, 1993) การวิจัยครั้งนี้ได้มีการใช้การมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังในทุกขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกได้รับการยอมรับในความคิดเห็น สามารถคุมหรือจัดการกับปัญหาได้ มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลผู้ปวยเรื้อรังดีขึ้น ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พวงทอง เพชรโทน (2547) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างพลังต่อความสามารถในการดูแลผู้ปวย ความเชื่อในความสามารถตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ปวยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้โปรแกรมการสร้างพลัง พบว่า การสร้างพลังตามแนวคิดของกิปสัน มีผลทำให้ความรู้ และความสามารถในการดูแลผู้ปวย ความเชื่อในความสามารถตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ปวยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัยที่ 2 ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน

ผลที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง จำนวน 45 คน ผลที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง เป็นผลที่ทำการประเมินญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง หลังจากผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันแล้ว กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้พลังอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมและการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง

หลังจากการทดลอง การรับรู้พลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) ในการวิจัยครั้งนี้มีการอบรมให้ข้อมูลในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง การอบรมให้ข้อมูลถือเป็นหนทางหนึ่งที่จะพัฒนาความรู้และเพิ่มพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง มีการอภิปรายปัญหาเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกที่สามารถควบคุมหรือจัดการกับปัญหาได้ รวมทั้งมีการให้แรงเสริมทางบวกเมื่อญาติผู้ดูแลหาวิธีการแก้ไข และตัดสินใจเลือกการแก้ไขปัญหได้อย่างเหมาะสม ทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจ และมีกำลังใจ ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีรัตน์ คุ่มลิน (2546) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการรับรู้พลังอำนาจดีขึ้น

หลังการทดลอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังสูงกว่าก่อนการทดลอง ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันได้มีการให้ญาติผู้ดูแลร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมกระทำปฏิบัติการดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง การที่ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังสามารถดูแลญาติตนเองได้ จึงทำให้ตนเองมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น เป็นความรู้สึกภายในต่อคุณค่าของตน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ นิตยา เพ็ญศิริรักษา (2538) ได้ศึกษาการสร้างพลังในโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ในผู้นำนักเรียนจำนวน 48 คน มีผลทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้นำนักเรียนเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการวิจัยของ อภิวรรณี แหวนทอง (2547) ได้ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องเลี้ยงดูบุตรอายุ 6 - 12 เดือน พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

หลังการทดลองพฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังดีกว่าก่อนการทดลอง โดยมีพฤติกรรมทำให้กำลังใจ และความหวังการแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผล การชี้แนะให้ข้อมูล การช่วยให้เกิดความเข้าใจในผู้ป่วย การให้ความเมตตา การจัดการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม การตอบสนองความต้องการที่จำเป็น แต่ละด้านเพิ่มขึ้น

การประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังมีความไว้วางใจ ยอมเปิดเผยข้อมูลและปัญหาในการดูแลเพื่อที่จะได้ให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการของญาติผู้ดูแล ได้มีการให้ความรู้ในส่วนที่ญาติผู้ดูแลขาด เพื่อให้ญาติผู้ดูแลใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาเลือกตัดสินใจ ปฏิบัติการแก้ปัญหา ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาตามสาเหตุ และให้ญาติผู้ดูแลเลือกวิธีปฏิบัติทำให้ญาติผู้ดูแลได้รู้สึกภาคภูมิใจที่มีส่วนร่วมและได้พัฒนาตนเองในการแก้ปัญหา มีการแจกคู่มือการดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง หลังจากนั้นให้ญาติผู้ดูแลนำไปปฏิบัติ และร่วมกันประเมินผล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง และประเมินผลในทางบวกเพื่อให้ญาติผู้ดูแลมีกำลังใจ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้พลังอำนาจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่ดี หลังจากนั้นติดตามการคงไว้ ซึ่งพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสม และการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจรงค์ อุตราชต์กิจ (2540) ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาที่ดูแลบุตรป่วยเรื้อรังพบว่าผลลัพธ์ และผลที่ตามมาของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือศักยภาพของการมีส่วนร่วม การพัฒนาศักยภาพในการดูแลมีความมั่นใจในการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งที่คิดว่าดีที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัยที่ 3 ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน

ทางการเตรียมการ

ทางการดำเนินงาน

เป็นปัญหาที่พบในขณะดำเนินการวิจัยซึ่งได้แก้ไขไปเรียบร้อยแล้ว และบางประเด็นปัญหา เช่น ญาติผู้ดูแลบางคนมีฐานะยากจน ก็ยังคงเป็นประเด็นที่จะต้องหาแนวทางช่วยเหลือในระยะยาวต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยในครั้งนี้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน โดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันเป็นกระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจกับญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังให้มีการรับรู้พลังอำนาจ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง มีพฤติกรรมการดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรัง และดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับผลการวิจัยดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน โดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน และเพื่อใช้ในการปรับปรุงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยควรจะได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มป่วย และควรได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตั้งแต่ต้น จากการวิจัยในครั้งนี้และหลายๆ งานวิจัยที่ศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ต้นจะเกิดผลในด้านบวกกับผู้ป่วย
3. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังในครั้งนี้ได้ใช้กระบวนการกลุ่มร่วมด้วย ซึ่งทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม มีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย
4. ควรมีการแลกเปลี่ยนและเผยแพร่โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ซึ่งถือว่าเป็น Best Practices ต่อหน่วยงานอื่นๆ และหน่วยงานนั้นควรนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทขององค์กรตนเอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการประเมินผลระหว่างการดำเนินงานตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน หลังการทดลอง 12 เดือน
2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพ เชิงประจักษ์รูปแบบการมีส่วนร่วมให้มากขึ้น

บรรณานุกรม

- กมลวรรณ จันตระกูล. (2547) ผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการสนับสนุนของครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2548) รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บ พ.ศ.2547. นนทบุรี : ประเทศไทย.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2538) รายงานการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยประชาชน ด้วยการสอบถาม และตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 พ.ศ.2534 – 2535. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย.
- จุฬารัตน์ สุริยาทัย. (2547) ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่ม ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรัลรักษ์ อุตราชต์กิจ. (2540) กระบวนการสร้างพลังอำนาจในมารดาที่ต้องดูแลบุตรป่วยเรื้อรัง : กรณีศึกษา. วารสารพยาบาลรามธิบดี, 3(3), 321 – 327.
- ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ และดวงกมล จันทรมิต. (2542) สุขศึกษากับโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- ทัศนาศรี บุญทอง. ความต้องการของชีวิต. ในเอกสารการสอนชุดวิชา มโนคติและกระบวนการพยาบาล หน่วยที่ 1 – 7. สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มสธ.กรุงเทพฯ.หนึ่งเจ็ดการพิมพ์. 2547 : 285 – 287.
- ธวัชชัย วรพงศธร. (2540) หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์. กรุงเทพมหานคร.
- นิตยา เพ็ญศิริณา. (2536) ผลของการศึกษาเพื่อการสร้างพลังในโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญศรี ปราภณศักดิ์ และศิริพร จิรวัดน์กุล. (2538) การสื่อสารเพื่อคุณภาพการพยาบาล. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยะนุช รักพาณิชย์. (2542) โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดกับการปฏิบัติตัว. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

พวงทอง เพชรโทน. (2547) **ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างพลังต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อในความสามารถตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. (2542) **ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว และชุมชนกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

ยุพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539) **ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย.** งามาธิบดีพยาบาลสาร, 2, 84 – 93.

วรางคณา ชัชเวช. (2546) **ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสตรีต่อการรับรู้พลังอำนาจในการคุมกำเนิด.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วัลลา ตันตโยทัย. (2540) **รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

รวมพร คงกำเนิด. (2543) **การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ ในสมจิต หนูเจริญกุล วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด (บรรณาธิการ). การส่งเสริมสุขภาพ (หน้า 119 – 127).** นครศรีธรรมราช มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

ศรีรัตน์ คุ่มสิน. (2546) **ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อการรับรู้พลังอำนาจ และระดับความเครียดของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

สมพร เทพสิทธิ์า. (2548) **เศรษฐกิจพอเพียงตามแนวพระราชดำริ.** กรุงเทพฯ : บริษัทธรรมสาร จำกัด.

สมฤดี สิทธิมงคล. (2541) **ความเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยต้องพึ่งพา.** ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักนโยบาย และแผนสาธารณสุข. (2543) **สรุปรายงานการป่วยของผู้ป่วยที่รับบริการสาธารณสุข. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.**

สุดศิริ หิรัญชอุณหะ. (2541) **การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อัมพรพรรณ ธีรานูตร เพลินตา ศิริปการ และอำพน นวลโคกสูง. (2544) **คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน**. ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

อาร์.ดี.อี. เลสลีย์. (2539) **โรคเบาหวาน**. นนทบุรี : เจริญวิทย์การพิมพ์.

อุ๋นใจ เครือสถิตย์. (2542) **ประสิทธิผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในเขตเทศบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อภิวรรณ แหวนทอง. (2547) **ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความกังวลหวั่งใย และคุณภาพชีวิตของมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรพรรณ ลือบุญถาชัย. (2541) **การเสริมสร้างพลังอำนาจกับการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช**. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิต 12, 14 – 24.

Barry, P.D. Psychosocial Nursing : Assessment and Intervention Care of the Physically Ill Person 2nd ed. Philadelphia. J.B. Lippin Cott. Company, 1989 : 99 – 100.

Collin, C., Wode, D.T., Davies, S., & Home, V. (1988) The barthel ADL index : Reliability study. Int Disabil Stud, 10(9), 61 – 63.

Gibson, C.H. (1991). A concept analysis of empowerment. Journal of Advance Nursing, 16, 354 – 361.

Gibson, C.H. (1993). A study of empowerment in mothers of chronically ill children. Unpublished doctoral dissertation : Boston Collage, Boston.

Gibson, C.H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of Advanced Nursing, 21, 1201 – 1210.

Etzwiler. DD. (1991) Patient Education and Management : A Team Approach in Diabetes Mellitus : Theory and Practice. Edited by Rifkin H, Parted. 4th ed New York : Elsevier.

Horowitz, A. (1985). Family caregiving to the frail elderly, Inc. Eisdorfer(Ed.), **Annual Review of Gerontology & Geriatric**, 5, 194 – 246.

PDF created with FinePrint pdfFactory trial version www.pdffactory.com

Pensiero, M.Adams. M. **Dress and Esteem Gerontological Nursing** 1987; 13: 41 – 42.

Rappaport, J."Studies in Empowerment : Introduction to the Issue" **Prevention in Human Services**.3, (1984) : 1 – 7.

The Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.

The Fifth Report of the Joint National Committee on Datection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNCV) **Arch Intern Med** 1993; 153 : 154 – 182.

Whall, A.L. **Self-esteem and Mental Health of older Adults**.**Journal of Gerontological Nursing** 13 April 1987 : 41 – 42.

http://epid.moph.go.th/NCDweb2/Dr_lee/Statistic_table2.html 05-Sep-06

<http://epid.moph.go.th/NCDweb2/..%5CNCDweb2%5Cchronic.html> 05-Sep-06

<http://72.14.253.104/search?q=cache:6KgkTzp1dIQJ:www.cdswtu.com/index...> 11-Oct-06

<http://72.14.253.104/search?q=cache:vDCj6mKo-G0J:www.undondee.com/we...> 05-Oct-06

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1

ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน
ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว)นามสกุล.....

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ผลเสีย ที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ และการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยนี้จะไม่ส่งผลต่อการรักษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย และจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโดยที่ข้าพเจ้าไม่ยินยอม

ผู้วิจัยรับรองว่าหากเกิดผลเสียใดๆ ต่อข้าพเจ้าอันเป็นผลจากการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าสามารถเรียกร้องความเป็นธรรมได้ตามขอบเขตของกฎหมาย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบอนุญาตนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว
ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือขวาของข้าพเจ้าในใบอนุญาตนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ในกรณีที่ผู้ถูกทดลองยังไม่บรรลุนิติภาวะ จะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้อุปการะ
โดยชอบด้วยกฎหมาย

ลงนาม.....ผู้ปกครอง/
ผู้อุปการะโดยชอบด้วยกฎหมาย

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย

(.....)

ภาคผนวก 2

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
มหาวิทยาลัยบูรพา

1. ชื่อโครงการวิจัย :

ภาษาไทย

การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน

(ภายใต้แผน : การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่บ้านที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจ
ญาติผู้ดูแลที่บ้านในเขตภาคตะวันออกเฉียง)

ภาษาอังกฤษ

Empowering Program Development for Family Caregiver of Chronically ill Adult.

2. ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : ดร.ยุวดี รอดจากภัย

3. หน่วยงานที่สังกัด : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

4. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้พิจารณารายละเอียด โครงการวิจัย เรื่องดังกล่าว
ข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

- 1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างการวิจัย
- 2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์ และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย
ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิต หรือ ไม่มีชีวิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ ดังนี้

 รับรองโครงการวิจัย ไม่รับรอง

5. วันที่ให้การรับรอง : 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2547

ลงนาม

(ศาสตราจารย์ ดร.สมศักดิ์ พันธุ์วัฒนา)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ภาคผนวก 3 แบบสัมภาษณ์

การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน

แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วย

- ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
- ชุดที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
- ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง
- ชุดที่ 4 การรับรู้พลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง
- ชุดที่ 5 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง
- ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ _____ ปี

3. โรคเรื้อรังของผู้ป่วย _____

4. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรู้ว่าป่วย _____ ปี _____ เดือน

ชุดที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย (ADLs)

คำชี้แจง ก. แบบประเมินนี้ต้องการวัดว่าผู้ป่วย **ทำ** อะไรบ้าง (ทำอยู่ได้จริง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบหรือถามว่า **สามารถทำได้หรือไม่**

ข. เป็นการสอบถามถึงกิจวัตรที่ปฏิบัติในระยะเวลา 24 – 48 ชั่วโมง

ค. ให้ผู้ประเมินพบผู้ป่วยสังเกตการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยแล้วลงบันทึก ในบางรายที่สังเกตไม่ได้ให้สอบถามจากผู้ดูแลหรือญาติที่ใกล้ชิด

ง. วงกลมหน้าข้อความที่เลือก และสรุปตีความระดับความสามารถของผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

1. การรับประทานอาหารของผู้ป่วยเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยแล้ว

0 ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้

1 ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า

2 ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดของผู้ป่วย ในระยะ 24 – 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา

0 ต้องการความช่วยเหลือ

1 ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ของผู้ป่วย

0 ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น

1 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงนั่งได้ เช่น ใช้คนที่แข็งแรง/มีทักษะ 1 คน หรือใช้คน 2 คนพยุง/ดันขึ้นมาจึงนั่งได้

2 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย

3 ทำได้เอง

4. การใช้ห้องสุขาของผู้ป่วย
- 0 ช่วยตัวเองไม่ได้
 - 1 ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
 - 2 ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดเสื้อผ้าได้เรียบร้อย)
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้านของผู้ป่วย
- 0 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
 - 1 ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
 - 2 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแล เพื่อความปลอดภัย
 - 3 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง
6. การสวมใส่เสื้อผ้าของผู้ป่วย
- 0 ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทนไม่ได้หรือน้อย
 - 1 ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
 - 2 ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)
7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้นของผู้ป่วย
- 0 ไม่สามารถทำได้
 - 1 ต้องการคนช่วย
 - 2 ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)
8. การอาบน้ำของผู้ป่วย
- 0 ต้องมีคนช่วย หรือทำให้
 - 1 อาบน้ำเองได้
9. การก้นการถ่ายอุจจาระของผู้ป่วยในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- 0 ก้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
 - 1 ก้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์)
 - 2 ก้นได้เป็นปกติ
10. การก้นปัสสาวะของผู้ป่วยในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- 0 ก้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
 - 1 ก้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
 - 2 ก้นได้เป็นปกติ

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ _____ ปี

3. ระดับการศึกษา _____

4. ความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย

p3.1 บิดา/มารดา

3.2 บุตร

3.3 หลาน

3.4 คู่สมรส

3.5 พี่น้อง

3.6 อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____

5. จำนวนผู้ป่วยที่ญาติจะต้องรับผิดชอบดูแล คือ

p 1 คน

2 คน

มากกว่า 2 คน (โปรดระบุจำนวน) _____

6. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่เริ่มทำการดูแล _____ ปี _____ เดือน

7. จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ยวันละ _____ ชั่วโมง

8. เหตุผลที่เป็นผู้ดูแล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

p เป็นหน้าที่ที่ต้องดูแล

เป็นการตอบแทนบุญคุณ/ความกตัญญู

p มีความสามารถในการดูแล

p มีเวลา, มีความสะดวก

อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____

9. ท่านเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือไม่

p ไม่เคย

เลข p

10. ในการดูแลผู้ป่วยท่านต้องการความรู้ / ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยอะไรบ้าง

11. ในการดูแลผู้ป่วยท่านต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้าง จากใคร

ชุดที่ 4 การรับรู้พลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความทางซ้ายมือให้ญาติผู้ดูแลพิจารณาข้อความในแต่ละข้อต่อไปนี้ตรงกับความรู้สึกหรือไม่ มากน้อยเพียงใด และใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องทางขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของญาติผู้ดูแลมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อความ	ข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน					สำหรับ ผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เช่น อาบน้ำหรือเช็ดตัว ป้อนอาหาร						
2. ท่านมั่นใจว่าสามารถสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วยได้ เช่น ความผิดปกติของปัสสาวะ ความผิดปกติของการหายใจ						
3. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยได้ เคลื่อนไหวร่างกายอย่างถูกต้องและเพียงพอ						
4. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยนอนหลับได้อย่างพอเพียงอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง						
5. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่ต้องใช้อุปกรณ์เสริม เครื่องช่วยพยุง หรือเครื่องช่วยเคลื่อนย้ายได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เช่น ไม้เท้า เครื่องช่วยเดิน รถเข็นล้อเลื่อน เป็นต้น						
6. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อให้ความสะดวกแก่ผู้ป่วย เช่น การใช้โถส้วมแบบนั่ง การสร้างราวยึดเกาะ การจัดวางอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้สะดวกต่อการหยิบใช้ เป็นต้น						
7. ท่านมั่นใจว่าสามารถสังเกตสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยได้						
8. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการสภาพอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยได้ เช่น การไม่ตำหนิ หรือแสดงท่าทีไม่พอใจ การให้คำชมเชย การให้ฟังเทปธรรมะ เป็นต้น						
9. ท่านมั่นใจว่าสามารถค้นหาปัญหาและความต้องการทางสังคมของผู้ป่วยได้ เช่น ความต้องการคบเพื่อน ความต้องการร่วมกิจกรรมทางสังคม ความต้องการร่วมงานสังสรรค์ต่าง ๆ เป็นต้น						

ข้อความ	ข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน					สำหรับ ผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
10. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองของความต้องการทางสังคม เช่น การจัดให้พบเพื่อน การจัดให้ร่วมกิจกรรมทางสังคม การเยี่ยมเพื่อน เป็นต้น						
11. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยได้สัมผัสกับธรรมชาติหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือได้						
12. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยได้พบกับลูกหลานหรือเพื่อนที่รักและผูกพันได้						
13. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น โรคปอดอักเสบ แผลกดทับ						
14. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการหรือช่วยเหลือผู้ป่วยในการบริหารข้อต่อต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อป้องกันข้อติดแข็งได้						
15. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือจัดการให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างถูกต้องตามขนาดและตรงตามเวลาที่แพทย์สั่งอย่างต่อเนื่องได้						
16. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือป้องกันอุบัติเหตุที่จะเกิดกับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เช่น การหกล้ม ตกเตียง ของมีคมบาดมือ เป็นต้น						
17. ท่านมั่นใจว่าสามารถค้นหาความผิดปกติทางด้านร่างกายของผู้ป่วยได้						
18. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการกับปัญหาทางด้านร่างกายของท่านได้อย่างเหมาะสม เช่น การดูแลตนเอง การไปพบแพทย์ เป็นต้น						
19. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการให้ตนเองได้รับประทานอาหารที่ให้ประโยชน์ครบห้าหมู่อย่างสงน้อยวันละ 3 มื้อ						
20. ท่านมั่นใจว่าสามารถค้นหาสภาพอารมณ์และจิตใจของท่านได้						
21. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการกับปัญหาทางด้านจิตใจของท่านได้อย่างเหมาะสมเช่น การหาวิธีคลายเครียดต่าง ๆ โดยการหางานอดิเรกทำ การพูดคุยกับบุคคลอื่น ๆ การหาบุคคลอื่นช่วยเหลือ เป็นต้น						

ข้อความ	ข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน					สำหรับ ผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
22. ท่านมั่นใจว่าสามารถค้นหาปัญหาและความต้องการทางสังคมของท่านได้ เช่น การไปเยี่ยมเพื่อน การมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น						
23. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการให้ตนเองได้รับการตอบสนองความต้องการทางสังคมได้อย่างเหมาะสม เช่น การแบ่งเวลาให้ได้มีกิจกรรมทางสังคม การหาเวลาไปเยี่ยมเพื่อน เป็นต้น						
24. ท่านมั่นใจว่าสามารถค้นหาเกี่ยวกับสิ่งที่ท่านสักการบูชา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ หรือบุคคลที่ท่านรักและผูกพัน เป็นต้น						
25. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดการให้ตนเองได้สักการบูชาพระพุทธรูป หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพนับถือ การได้พบลูกหลานหรือเพื่อนที่รักและผูกพัน เป็นต้น						

ชุดที่ 5 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแล

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความทางซ้ายมือให้ผู้ดูแลพิจารณาว่าเห็นด้วยกับข้อความดังกล่าวหรือไม่ใน

ระดับใด จากนั้น ผู้สัมภาษณ์ใส่เครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับคำตอบของผู้ดูแล

ข้อความ	ระดับความรู้สึก					สำหรับ ผู้วิจัย
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1. ท่านรู้สึกว่า ท่านเป็นคนที่มีความสำคัญทัดเทียมกับผู้อื่น						
2. ท่านรู้สึกว่า ท่านเป็นที่พึ่งพาของผู้ป่วยได้เสมอ						
3. ท่านรู้สึกว่า ท่านเป็นผู้ที่ไม่ประสบความสำเร็จเลย						
4. ท่านรู้สึกว่า ท่านทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีเท่ากับคนอื่น ๆ						
5. ท่านรู้สึกว่า ท่านไม่มีความภาคภูมิใจในตนเอง						
6. ท่านรู้สึกว่า ท่านมีทัศนคติที่ดีต่อตัวท่านเอง						
7. ท่านรู้สึกว่า ท่านมีความนับถือตนเอง						
8. ท่านรู้สึกว่า ท่านเป็นผู้ที่ไม่มีคุณค่า						
9. ท่านรู้สึกว่า ท่านเป็นผู้ที่ไม่มีอะไรดีเลย						
10. โดยภาพรวม ท่านพึงพอใจในตนเอง						

ชุดที่ 6 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างตามการปฏิบัติกิจกรรมของท่าน

ไม่เคย	หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมนี้เลยในการดูแล
นานๆครั้ง	หมายถึง ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้บ้าง 1 – 2 ครั้ง ในรอบ 1 เดือน
บ่อยครั้ง	หมายถึง ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้บ่อยครั้งกระทำเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่ทุกครั้ง
เป็นประจำ	หมายถึง ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้บ่อยครั้งสม่ำเสมอทุกครั้งในการดูแล

พฤติกรรมการดูแล	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย	สำหรับผู้วิจัย
1. ท่านใช้น้ำเสียงที่นุ่มนวลอ่อนโยนในการเรียกชื่อหรือพูดคุยกับผู้ป่วย					
2. ท่านให้เวลากับผู้ป่วยในการพูดคุย					
3. ท่านเอาใจใส่และสนใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย					
4. ท่านให้การดูแลผู้ป่วยด้วยสีหน้าที่ยิ้มแย้ม					
5. ท่านสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมตามขีดจำกัดของร่างกายเท่าที่ทำได้					
6. ท่านปลอบใจผู้ป่วยเวลาปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างไม่สำเร็จ และชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้					
7. ท่านตั้งเป้าหมายความคืบหน้าของโรคร่วมกับผู้ป่วยตามความเป็นจริง					
8. ท่านปลอบผู้ป่วยให้มีจิตใจที่เข้มแข็งไม่ย่อท้อต่อปัญหาที่เกิดขึ้น					
9. ท่านช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีอาการหายใจลำบากอย่างเฉียบพลัน					
10. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอ					
11. ท่านดูแลช่วยเหลือปฏิบัติกิจกรรมในส่วนที่ผู้ป่วยปฏิบัติไม่ได้					
12. ท่านสังเกตลักษณะการแสดงออกสีหน้าท่าทางของผู้ป่วย					
13. ท่านรับฟังความรู้สึกของผู้ป่วย เช่น ความรู้สึกโกรธ ตีใจ					
14. ท่านให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว					
15. ท่านพูดคุยในเรื่องที่ผู้ป่วยสบายใจ					
16. ท่านแสดงท่าทางในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเป็นกันเอง					
17. ท่านใช้คำพูดในการสื่อสารกับผู้ป่วยชัดเจน เข้าใจง่าย					
18. ท่านให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวลสม่ำเสมอ					
19. ท่านปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยทุกอย่างด้วยความเต็มใจ					
20. ท่านยอมรับผู้ป่วยที่ทำอะไรไม่ค่อยได้					
21. ท่านยอมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างที่สามารถทำได้ถึงแม้จะช้า					

พฤติกรรมการดูแล	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย	สำหรับผู้วิจัย
22. ท่านเข้าใจถึงการกระทำที่ผู้ป่วยแสดงออก เช่น เศร้าโศก					
23. ท่านสามารถตอบสนองต่อการกระทำที่ผู้ป่วยแสดงออกได้					
24. ท่านช่วยแก้ไขสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ					
25. เมื่อท่านมีปัญหาในการดูแลท่านขอข้อมูลจากบุคลากรทางสุขภาพ					
26. ท่านรับฟังคำแนะนำในการดูแลจากบุคคลในครอบครัวและผู้อื่น					
27. ท่านใช้ข้อมูลจากผู้ป่วยมาเป็นส่วนหนึ่งในการแก้ปัญหา					
28. ท่านให้ข้อมูลการดำเนินโรคแก่ผู้ป่วย					
29. ท่านสังเกตการแสดงออกของผู้ป่วยในการแก้ปัญหา					
30. ท่านตอบคำถามกับผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อมีข้อสงสัย					
31. ท่านดูแลให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงชุมชนแออัด มลพิษ และอากาศร้อน					
32. ท่านจัดบริเวณบ้านให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก					
33. ท่านจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับการปฏิบัติกิจกรรมกับผู้ป่วย					
34. ท่านจัดอุปกรณ์ให้หยิบใช้ได้สะดวกในการที่ช่วยเหลือผู้ป่วย					
35. ท่านดูแลเรื่องอาหาร การพักผ่อน ได้เหมาะสมกับโรคผู้ป่วย					
36. ท่านดูแลเรื่องการออกกำลังกายได้เหมาะสมกับผู้ป่วย					
37. ท่านให้บุคคลอื่นในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย					
38. ท่านช่วยให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง เช่น สามารถทำกิจกรรมบางอย่างที่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง					
39. ท่านช่วยให้ผู้ป่วยไหว้พระ สวดมนต์หรือนึกในสิ่งที่ดีๆ					
40. ท่านพูดคุยแลกเปลี่ยนความเห็นเกี่ยวกับธรรมชาติและความเป็นจริงของชีวิต					

ภาคผนวก 4

คู่มือการดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรังที่บ้าน

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

ยุวดี รอดจากภัย

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คำนำ

โรคเรื้อรังกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ และจะเป็นปัญหาที่ต่อเนื่องในอนาคตอีกด้วย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่ได้รับการดูแลที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ และจะเป็นภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลและครอบครัว หนังสือคู่มือการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านเล่มนี้ เป็นคู่มือที่ใช้ประกอบในการทำวิจัย เรื่องการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ในเนื้อหาจะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อัมพาต และข้ออักเสบ รวมทั้งทักษะการดูแลต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน

ยุวดี รอดจากภัย

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	76
สารบัญ	77
ตอนที่ 1 โรคเรื้อรัง	78
• โรคเบาหวาน	79
• โรคความดันโลหิตสูง	84
• โรคอัมพาต	85
• โรคข้ออักเสบ	86
ตอนที่ 2 ทักษะการดูแลผู้ใหญ่วัยเรื้อรัง	87
• อาหาร	88
• การออกกำลังกาย	89
• การทำแผล	105
• การผ่อนคลายความเครียด	107
• การสื่อสาร	109
บรรณานุกรม	111

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

ตอนที่ 1
โรคเรื้อรัง

โรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเป็นหนึ่งในโรคที่สำคัญมากทางระบาดวิทยา โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น กล่าวคือ อัตราความชุกเพิ่มจาก 33.3 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2528 เป็น 135.0 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2539 (ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2542)

โรคเบาหวาน คือภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติเกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดซึ่งได้จากอาหารไปใช้ได้ตามปกติ โรคเบาหวานที่เรพบอยู่ด้วยกันสองประเภทใหญ่ ๆ ดังนี้

ประเภทที่ 1 โรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน (Insulin Dependent Diabetes Mellitus, IDDM)

ประเภทที่ 2 โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน (Non-Insulin Dependent Diabetes Mellitus, NIDDM)

โรคเบาหวานประเภทที่ 1 (ชนิดพึ่งอินซูลิน) หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่เกิดจากการทำลายเบตาเซลล์ของตับอ่อน ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดจาก Autoimmune ทำให้มีภาวะการขาดอินซูลิน เนื้อเยื่อของร่างกายจึงใช้กลูโคสได้น้อยลง ในขณะที่ตับมีการสร้าง และปล่อยกลูโคสเข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือดจึงสูง และมีความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอวัยวะระบบต่าง ๆ เกิดขึ้น โรคเบาหวานชนิดนี้ อาจเป็นได้กับทุกวัยแต่ส่วนมากมักจะเป็นกับผู้มีวัยยังไม่มากนัก สาเหตุของโรคเบาหวานชนิดนี้ พบว่าถ่ายทอดทางพันธุกรรม ภาวะการติดเชื้อไวรัส ซึ่งพบมากในฤดูฝน และฤดูหนาว และการได้รับโปรตีนจากสัตว์ เช่น นมวัว ผู้ป่วยเบาหวานชนิดนี้จะเกิดภาวะ Ketoacidosis เป็นช่วง ๆ โดยที่ระหว่างช่วงของการเกิด Ketoacidosis จะมีการขาดอินซูลินอย่างสมบูรณ์หรือบางส่วน

โรคเบาหวานประเภทที่ 2 (ชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน) หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่เกิดจากภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance) ทำให้ตับอ่อนต้องหลั่งอินซูลินมากกว่าปกติและต่อมากการหลั่งอินซูลินลดลงจากปริมาณที่เคยหลั่งจึงไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ โรคเบาหวานชนิดนี้เป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดในปัจจุบัน แต่พบว่าเป็นโรคที่มีปัจจัยทางพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมเข้ามาเกี่ยวข้อง

ปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน ได้แก่

ความอ้วน จะกระตุ้นให้เกิดโรคเบาหวานง่ายโดยทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ดับอ่อนต้องหลังอินซูลินมากขึ้นเมื่อตับอ่อนสร้างอินซูลินได้น้อยลงจึงเกิดโรคเบาหวาน ถ้าลดน้ำหนักจะพบโรคเบาหวานน้อยลง ถ้าน้ำหนักลดพบว่า อินซูลินจะลดลง การเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance) ลดลงและอาการโรคเบาหวานจะดีขึ้น

การขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้การออกฤทธิ์ของอินซูลินดีขึ้นและช่วยให้การควบคุมน้ำตาล ในผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้น

อาหาร การบริโภคไขมันอิ่มตัวในปริมาณมาก และการบริโภคปริมาณเส้นใยอาหารน้อย อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ในปัจจุบัน มีการหันมานิยมบริโภคอาหารแบบตะวันตก ซึ่งมีไขมันสูง และปริมาณเส้นใยอาหารต่ำ ก็อาจเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเช่นกัน

ความเครียด ภาวะเครียดทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน เช่น Glucagon Cortisol และ Catecholamines ซึ่งมีผลทำให้ระดับน้ำตาลสูงขึ้น

ยา มียาหลายชนิดที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด โดยอาจเป็นผลต่อดับอ่อนทำให้หลังอินซูลินได้น้อยลง หรืออาจเป็นผลต่อการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ยาที่สำคัญ คือ ยาลดความดันโลหิตบางชนิด และยากุมกำเนิดบางชนิด

อาการและอาการแสดงที่สำคัญคือ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) ถ่ายปัสสาวะบ่อยและจำนวนมาก (Polyuria) กระหายน้ำและดื่มน้ำมาก (Polydipsia) น้ำหนักลด ผอมลง อ่อนเพลีย และบางรายอาจเกิดภาวะกรดจากคีโตนคั่งในเลือด (Diabetic Ketoacidosis) ได้

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน ใช้การเจาะเลือด Fasting Plasma Glucose เป็นวิธีการทางคลินิกมาตรฐาน เพื่อวินิจฉัยโรคเบาหวาน แต่จะมีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคจากระดับไม่เกิน 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มาเป็น 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เนื่องจากสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association) มีความเห็นว่ามีบุคคลบางกลุ่มที่แม้ระดับน้ำตาลไม่สูงมาก แต่ก็มีโรคแทรกซ้อนได้เช่นเดียวกับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน จึงปรับค่าการวินิจฉัยใหม่ให้ลดต่ำลง (Jonathan E.Shaw, et al, 2000 : B5; เทพหิมะทองคำ ,2543 : 31) และใช้การเจาะเลือด HbA_{1c} ซึ่งเป็นค่าฮีโมโกลบินที่มีกลูโคสไปจับอยู่ คนปกติจะมีค่าประมาณร้อยละ 5 - 6.5 ของฮีโมโกลบินทั้งหมด การเจาะเลือด HbA_{1c} เพื่อติดตาม

และประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเฉลี่ยในช่วง 2-3 เดือนที่ผ่านมาใช้เกณฑ์การประเมินผลดังนี้

การประเมินผล HbA_{1c}

ระดับ HbA _{1c} (%)	ประเมินผล
< 6.5	ควบคุมเบาหวานได้ดี
6.5 - 7.5	ควบคุมเบาหวานได้ปานกลาง
> 7.5	ควรปรับปรุงการควบคุมระดับน้ำตาล

ที่มา : วิทยา ศรีดามา, 2541 : 19 ; เทพ หิมะทองคำ, 2543 : 125

การรักษาโรคเบาหวาน ผู้ป่วยต้องเรียนรู้วิธีควบคุม และรักษาอาการแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน มีการสร้างทัศนคติที่ดีในการดูแลตนเอง และควบคุมรักษาโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยโรคเบาหวานมีทั้งภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่สำคัญคือ ภาวะกรดจากคีโตนคั่งในเลือด (Ketoacidosis) ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดพึ่งอินซูลินและมีอันตรายถึงชีวิต ส่วนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มักไม่เกิดภาวะกรดจากคีโตนคั่งในเลือด (Ketoacidosis) เพราะผู้ป่วยยังมีอินซูลินเพียงพอที่จะป้องกัน การสลายตัวของไขมันอย่างมาก จึงไม่เกิด Ketoacidosis แต่มีอินซูลินไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้ขจัดกลูโคสที่สูงในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ ส่วนภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่สำคัญ เช่น จอตาพิการ ไตพิการ ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ระบบประสาททั้งด้านการรับรู้สัมผัส การเคลื่อนไหว และอัตโนมัติเสื่อมหน้าที่ รูปแบบหลัก ๆ ในการรักษาโรคเบาหวานมีอยู่ด้วยกัน 3 วิธี คือ

1. รักษาด้วยการควบคุมอาหารร่วมกับการออกกำลังกาย เพื่อควบคุมน้ำหนักตัว
2. รักษาด้วยยา ควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย
3. รักษาด้วยอินซูลินชนิดฉีดควบคู่กับการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย

ในกรณีที่วิธีการ 2 วิธีการแรกไม่ได้ผล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในภาวะการติดเชื้อ มีโรคแทรกซ้อน

การใช้ยา

ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำเป็นต้องทราบฤทธิ์และอาการข้างเคียงของยาตลอดจนสามารถใช้ยาอย่างถูกวิธีและปลอดภัย ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะยาชนิดรับประทาน เนื่องจากผู้ป่วยที่ศึกษาการรักษาโดยยาชนิดรับประทาน ยาชนิดรับประทานแบ่งเป็น 3 กลุ่มได้แก่

1. ยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรีย (Sulfonylureas) ได้แก่ ไกลเบนคลาไมด์ (Glibenclamide) คลอโพรพามีด์ (Chlorpropamide) ออกฤทธิ์โดยกระตุ้นเบตาเซลล์ของตับอ่อนให้หลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้น และช่วยให้เนื้อเยื่อตอบสนองต่ออินซูลินได้ดีขึ้น โดยเพิ่มหน่วยรับอินซูลิน (Insulin Receptor) และจะพบระดับของยาในกระแสเลือดหลังรับประทาน 1 ชั่วโมง จึงควรรับประทานก่อนอาหาร 30 นาที เพราะถ้ารับประทานพร้อมหรือหลังอาหารการดูดซึมของยาจะลดลง อาการข้างเคียง ได้แก่ มีผื่นตามผิวหนัง คลื่นไส้ อาเจียน ตัวเหลือง ซีด เม็ดเลือดขาวและเกล็ดเลือดต่ำ ยากลุ่มนี้ดูดซึมได้ดีเมื่อรับประทานก่อนอาหาร

2. ยากลุ่มไบกัวนีน (Biguanides) ได้แก่ เมตฟอร์มิน (Metformin) เฟรนฟอร์มิน (Phenformin) ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการดูดซึมกลูโคสจากลำไส้เล็ก กระตุ้นการใช้กลูโคสของเนื้อเยื่อส่วนปลายและยับยั้งการสร้างกลูโคสจากตับ และเนื้อเยื่อต่าง ๆ ทำให้กลูโคสเข้าสู่เนื้อเยื่อได้มากขึ้น ยานี้อาจใช้ร่วมกับอินซูลินหรือยากลุ่มซัลโฟนิลยูเรียได้ ออกฤทธิ์ได้นานถึง 8 – 12 ชั่วโมง ยานี้อาจทำให้เกิดการคั่งของกรดแลคติกได้ จึงไม่ควรใช้ในผู้ที่มีความผิดปกติที่ตับ ไต หรือปอดเรื้อรัง ซ็อก มะเร็งเม็ดโลหิตขาว โรคพิษสุราเรื้อรัง นอกจากนี้ทำให้มีการขาดสารอาหารได้ โดยเฉพาะวิตามินบี 12 เมื่อใช้นาน ๆ มีอาการข้างเคียงคือ คลื่นไส้ อาเจียนท้องเสียได้ จึงควรรับประทานพร้อมอาหารหรือหลังอาหาร

3. กลุ่มอัลฟา กลูโคซิเดส อินฮิบิเตอร์ (Alpha- Glucosidase Inhibitors) ได้แก่ อคาร์โบส (Acarbose) และวอกลิโบส (Voglibose) ยากลุ่มนี้ทำให้การดูดซึมน้ำตาลลดลงและช้าลง ผลข้างเคียงที่สำคัญและพบได้บ่อยคือ ท้องอืด แน่นท้อง ปวดท้อง ถ่ายเหลว ควรรับประทานพร้อมอาหาร

การดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

ผู้ป่วยต้องติดตามผลการเจาะเลือด เพื่อดูระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าเมื่อมาพบแพทย์ ค่าปกติคือ 80-120 มก.% ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวานทุกคน มีความรุนแรงตั้งแต่รุนแรงน้อยถึงรุนแรงมากถึงขั้นสมองพิการและเสียชีวิตได้ อาการแสดงที่พบ มีอาการหิว ใจสั่น มือสั่น ปวดศีรษะ เหงื่อออกมาก ตัวเย็น พูดคุยสับสน พฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม บางรายง่วงซึม ถ้ารุนแรงมากอาจชักและหมดสติ ผู้ป่วยบางรายมีอาการนำมาก่อน เมื่อรู้สึกว่าการกำลังมีอาการ ควรรับประทานอาหารที่ดูดีซึ่งง่ายทันที เช่น น้ำหวาน น้ำผลไม้ น้ำตาลก้อน ท็อฟฟี่ เป็นต้น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง จะมีอาการกระหายน้ำ ปัสสาวะมาก และบ่อย โดยเฉพาะในเวลากลางคืน คลื่นไส้ อาเจียน ตามืด ปวดท้องคล้ายไส้ติ่งอักเสบ หายใจหอบ หมดสติ สาเหตุอาจเกิดจากการขาดยา การรับประทานอาหารมากเกินไป ขาดการออกกำลังกาย มีการติดเชื้อ มีภาวะเครียดอย่างมาก วิธีการแก้ไข คือ ดื่มน้ำเปล่ามากๆ อย่างน้อยเท่ากับปริมาณปัสสาวะที่ออก ถ้าดื่มรับประทานยาให้รับประทานยาทันที ควบคุมการรับประทานอาหารและถ้ามีการติดเชื้อหรืออาการไม่ดีขึ้นให้มาพบแพทย์

การดูแลสุขภาพกายและใจ

ความรู้สึกของผู้ป่วยเบาหวานในระยะแรก คือ กลัว ตกใจ สับสน ไม่เชื่อว่าจะรักษาไม่หาย คนที่กินจุชอบอาหาร หรือขนมหวานจะมีความรู้สึกทรมาน ทำให้ควบคุมอาหารได้ไม่นาน ผู้ป่วยเบาหวานอาจจะต้องใช้เวลาสักระยะหนึ่งจึงจะยอมรับความจริงได้ ความรุนแรงและระยะที่เกิดอารมณ์ในผู้ป่วย แต่ละรายจะไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางสุขภาพจิตของผู้ป่วย กำลังใจ และแรงสนับสนุนที่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ อารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยจะแสดงออกมาแตกต่างกันได้หลายรูปแบบ เช่น ต่อต้าน หลีกหนี ปกปิด และยอมรับ อย่างไรก็ตาม บุคคลสำคัญที่สุดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่พร้อมจะเผชิญกับโรคเบาหวานได้ดีคือ ตัวผู้ป่วยเอง เพราะหากผู้ป่วยไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง ผู้อื่นก็ยากที่จะแทรกเข้ามาช่วยได้ การรู้จักรักตนเองจึงเป็นพื้นฐานที่สำคัญ เพราะหากขาดสิ่งนี้ก็เท่ากับขาดปัจจัยสำคัญทางจิตใจ การดูแลสุขภาพร่างกายเป็นสิ่งสำคัญ สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำกว่าปกติจึงมีโอกาสติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย เช่น เกิดการอักเสบของผิวหนัง ช่องปาก และเท้า เป็นต้น ดังนั้น เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาดังกล่าวผู้ป่วยเบาหวานจึงควรปฏิบัติดังนี้

1. นอนหลับให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมง
2. หลีกเลี่ยงความเครียดทางอารมณ์ เพราะจะมีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้
3. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
4. หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และการดื่มเหล้า
5. ควรพบจักษุแพทย์ตรวจสุขภาพตา
6. หมั่นรักษาความสะอาดของฟันและช่องปาก แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
7. ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะตามซอกอับชื้น เช่น ใต้ราวนมรักแร้ และขาหนีบ หลังอาบน้ำต้องเช็ดบริเวณเหล่านี้ไม่ให้อับชื้น มิฉะนั้นจะเกิดเชื้อราได้ง่าย
8. การป้องกันไม่ให้เกิดแผลที่เท้า ล้างเท้าทุกวันด้วยสบู่อ่อน และอย่าแช่เท้าไว้ในนานกว่า 5 นาที ตัดเล็บด้วยความระมัดระวัง อย่าตัดสั้นเกินไป เลือกรองเท้าที่มีขนาดกระชับเหมาะสม ออกกำลังกายบริเวณขา และเท้าอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การไหลเวียนของเลือดตามขา และเท้าดีขึ้น ไม่ควรเดินเท้าเปล่า

โรคความดันโลหิตสูง

ในโรคความดันโลหิตสูงมีเกณฑ์ของระดับความดันโลหิต ดังนี้ ความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าปกติ ความดันโลหิตระหว่าง 140/90 และ 160/100 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นระดับก้ำกึ่ง ความดันโลหิตสูงกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าเป็นความดันโลหิตสูง

สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง

สาเหตุที่แท้จริงของโรคความดันโลหิตสูงไม่มีใครทราบได้ แต่มีปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้ดังนี้

- ความเครียด
- การสูบบุหรี่
- ยาคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจน
- โรคอ้วน

อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง

อาการและอาการแสดงที่พบบ่อย คือ

ปวดศีรษะ มักปวดบริเวณท้ายทอยและเป็นตอนเช้า อาจมีคลื่นไส้ และตามัวร่วมด้วย เลือดกำเดาออก

อันตรายของโรคความดันโลหิตสูง

หัวใจวาย

ไตวาย

อัมพาตและอาจเสียชีวิตได้

ประสาทตาเสื่อม ตามัว อาจถึงตาบอดได้

หลอดเลือดแข็งตัว

การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การดูแลเรื่องอาหาร

การดูแลเรื่องการลดน้ำหนักตัวถ้าอ้วน

การดูแลเรื่องการออกกำลังกายเป็นประจำ

การดูแลเรื่องการจำกัดความเครียด

การดูแลเรื่องการเลิกบุหรี่ และการดื่มสุรา

ถ้าต้องการรับประทานยา ต้องรับประทานยาสม่ำเสมอ และไม่ดยาที่รับประทานเอง
หมั่นวัดความดันโลหิตเป็นระยะๆ แล้วมาพบแพทย์ตามนัด

โรคอัมพาต

อัมพาต หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทที่เกิดจากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ
สมองขาดเลือด หรือเนื้อสมองตาย หรือสมองค่อยๆ เสื่อมไปไม่สามารถทำงานได้ หรือสั่งการได้

สาเหตุของโรคอัมพาต

สาเหตุของโรคอัมพาต เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง มีดังนี้คือ

เยื่อหุ้มหลอดเลือดภายในมีไขมันพอกหนา ทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งตัว และตีบแคบ
เลือดไหลผ่านไม่ได้ สมองขาดเลือด

ก้อนลิ่มเลือดมาจากที่อื่น เช่น จากหัวใจเข้าไปอุดตันหลอดเลือดสมอง

ตีบสุรา แอลกอฮอล์

หลอดเลือดในสมองแตกจากโรคความดันโลหิตสูง

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยโรคอัมพาตมีอาการ และอาการแสดงดังนี้

สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว

สูญเสียการรับรู้ การมองเห็นบกพร่อง

สูญเสียการสื่อสาร อาจจะพูดไม่ได้ พูดลำบาก
การขับถ่ายผิดปกติ

การดูแลผู้ป่วยโรคอัมพาต

การดูแลด้านการเคลื่อนไหว และการทรงตัว
การดูแลเรื่องอาหาร
การดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะ / อุจจาระ

โรคข้ออักเสบ

โรคข้ออักเสบ เกิดได้ทั่วทุกข้อของร่างกาย และจากสถิติมักจะเกิดในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย และจะพบในผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป สาเหตุของโรคข้ออักเสบที่แท้จริงยังไม่ทราบ

อาการของโรคข้ออักเสบ

อาการของโรคข้ออักเสบมีดังนี้ คือ

- ข้อที่เป็นมีอักเสบบวม แดง ร้อน
- เหน็ดเหนื่อยอ่อนเพลียง่าย น้ำหนักลด มือและเท้าชาเป็นเหน็บ

การดูแลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ

การพักผ่อนให้มาก
กายภาพบำบัด
การให้อาหารที่ถูกต้อง
การเข้ายาภายใต้คำแนะนำของแพทย์

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University

ตอนที่ 2
ทักษะการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

อาหาร

อาหารที่ดีสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1. อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต จำพวกแป้ง ได้แก่ ข้าว เผือก มัน ข้าวโพด ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ ขนมปัง มะกะโรนี วุ้นเส้น เป็นต้น อาหารจำพวกแป้งนี้จะมีใยอาหารอยู่ด้วย โดยเฉพาะข้าวซ้อมมือ ข้าวโอต ธัญพืช หรือขนมปังที่ทำจากแป้งที่ไม่ได้ขัดสี ซึ่งจะมีใยอาหารอยู่มาก ใยอาหารจะช่วยชะลอการย่อย และการดูดซึมอาหารจากลำไส้ และจะช่วยลดน้ำตาล และไขมันในเลือดได้
2. อาหารประเภทโปรตีน ควรเป็นโปรตีนจากเนื้อสัตว์ เนื้อปลา นมและผลิตภัณฑ์นม หรือโปรตีนจากพืช เช่น เต้าหู้ ถั่วเมล็ดแห้งต่าง ๆ
3. ผัก และผลไม้ แนะนำให้กินผักทุกวันและทุกมื้อ ซึ่งจะให้วิตามินและเกลือแร่ที่ดีแล้ว ผักยังมีใยอาหาร (Dietary fiber) ที่มีความสำคัญต่อร่างกาย ซึ่งใยอาหารมีคุณสมบัติที่จะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยจะดูดซับน้ำตาลส่วนเกินรวมกับตัวของมันได้ ทำให้การดูดซึมคาร์โบไฮเดรต ในรูปของกลูโคสไปใช้ได้น้อยลง ระดับน้ำตาลในเลือดจะลดลงด้วย รวมทั้งการใช้อินซูลินก็จะลดลงไปตามลำดับ นอกจากนี้ ใยอาหารยังมีผลต่อการลดน้ำหนัก ใยอาหารจะใช้เวลาอยู่ในกระเพาะอาหาร และลำไส้ นานกว่า และดูดซับน้ำ เพื่อรวมกับตัวของมันเอง ทำให้อิ่มไม่หิวง่าย ใยอาหารจะมีมากในผักใบต่าง ๆ ผลไม้ทุกชนิด แต่ควรเลือกกินผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด

อาหารที่ไม่ดีสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1. อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตจำพวกน้ำตาล ได้แก่ น้ำตาลทราย น้ำตาลปี๊บ น้ำหวาน น้ำอัดลม เครื่องดื่มชนิดต่างๆ ที่มีส่วนผสมของน้ำตาล ลูกกวาด เยลลี่ ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภทนี้เพราะจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอย่างรวดเร็วและอาจเป็นอันตรายได้ ยกเว้นเมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
2. อาหารประเภทไขมัน ได้แก่ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม หรือกะทิ ซึ่งมีกรดไขมันอิ่มตัวมาก
3. เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จะมีแคลอรีมาก ทำให้การควบคุมเบาหวานยากขึ้น

การวางแผนการรับประทานอาหารที่ดีสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การวางแผนการรับประทานอาหารที่ดีจะทำให้การควบคุมเบาหวานเป็นไปด้วยดี ในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยโรคเบาหวานจำเป็นต้องเปลี่ยนอุปนิสัยบริโภค แต่ควรทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานมิได้แตกต่างไปจากอาหารที่คนทั่วไปควรรับประทาน เพียงแต่สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานควรมีหลักในการเลือกรับประทานอาหาร

หลักในการเลือกรับประทานอาหาร

1. รับประทานอาหารให้หลากหลาย
2. ควรรับประทานอาหารหลังจืดอินสุลินหรือหลังจากรับประทานยาแล้วประมาณ 30 นาที ให้ตรงเวลาอย่างสม่ำเสมอ และพยายามรับประทานอาหารในเวลาเดียวกันทุกวัน อย่างดอาหารมื้อใดมื้อหนึ่งหรือข้ามมื้อแล้วเพิ่มปริมาณในมื้อต่อไป ในผู้ป่วยบางรายอาจมีความจำเป็นต้องแบ่งรับประทานอาหารเป็นมื้อเล็ก ๆ และมีอาหารว่างระหว่างมื้อแทนการรับประทานมื้อใหญ่ 3 มื้อก็ได้ แต่ปริมาณพลังงานที่ได้รับทั้งหมดต่อวันยังคงเท่าเดิม
3. ปริมาณในการรับประทานอาหารในแต่ละวันจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับเพศ อายุ น้ำหนัก และกิจกรรมของแต่ละบุคคล ควรปรึกษาแพทย์ หรือนักโภชนาการเพื่อจัดสรรสัดส่วนของอาหารประเภทต่าง ๆ ในแต่ละมื้อ และควรประมาณสัดส่วนของอาหารด้วย

อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรเลือกรับประทานอาหารดังนี้

1. งดอาหารที่มีรสชาติเค็ม จำกัดอาหารไขมันสูง เช่น ไข่แดง เนื้อสัตว์ติดมัน กะทิ และอาหารหวาน เช่น ขนมหวาน
2. รับประทานผักเพิ่มขึ้น งดอาหารมันทุกชนิด

การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายสามารถเสริมสร้างสมรรถภาพทางกายทั่วไป ช่วยลดจำนวนไขมันที่เกาะตามร่างกาย และทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้นช่วยเพิ่มความไวของเนื้อเยื่อในการตอบสนองต่ออินซูลิน ทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในระยะยาว ช่วยลดความเครียดทำให้จิตใจ

สดชื่นแจ่มใส เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง สมาคมเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกาได้เสนอขั้นตอนที่ปลอดภัยสำหรับการออกกำลังกายไว้ดังนี้ (American Diabetes Association, 1999)

1. ตรวจร่างกายก่อนเริ่มออกกำลังกาย เช่น ตรวจวัดความดันโลหิต ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ฯลฯ
2. เลือกชนิดของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสุขภาพของตนเองโดยปรึกษากับทีมสุขภาพที่ดูแลตนเองก่อน
3. เริ่มค่อย ๆ ออกกำลังกายอย่าหักโหมมากเกินไป
4. มีการเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อน
5. จบช่วงการฝึกซ้อมอย่างช้า ๆ ด้วยการเดินประมาณ 5 นาที
6. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคหัวใจควรออกกำลังกายแบบเบา ๆ
7. เมื่อเสียเหงื่อมากควรดื่มน้ำชดเชย
8. สวมเสื้อผ้าให้เหมาะสมกับชนิดของการออกกำลังกาย และฤดูกาล
9. ระวังเท้า ใส่รองเท้าให้เหมาะสมกับการออกกำลังกาย
10. ระวังเรื่องระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ถ้าท่านใช้ยาฉีดอินซูลิน หรือยาเม็ดรับประทาน

สำหรับระยะเวลาในการออกกำลังกาย ควรใช้เวลา 20 – 45 นาทีการใช้เวลานานกว่านี้อาจทำให้เกิดปัญหาน้ำตาลในเลือดต่ำได้ หรือการใช้เวลาสั้นกว่านี้ก็จะไม่เกิดประโยชน์ในการควบคุมระดับน้ำตาล ควรออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อย 4 ครั้งต่อสัปดาห์

การดูแลผู้ป่วยทางกายภาพบำบัด

ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยอัมพาตที่บ้านควรจะทราบวิธีการดูแลอย่างถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรก เมื่อป่วยเป็นอัมพาตแล้วไม่มีใครบอกได้ว่าจะต้องใช้เวลานานเท่าใดคนไข้จึงจะฟื้นคืนสู่สภาพปกติ ดังนั้น ผู้ป่วยอัมพาตทุกคนจึงควรได้รับการรักษาตั้งแต่วันแรกที่ล้มป่วย เพื่อจะได้ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับท่าและการเคลื่อนไหวอย่างถาวร ถ้าทำดังนี้ ครอบครัวก็จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

การดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมักมีท่านอนดังรูปที่ 1 แขนข้างอัมพาตมักหุบเข้าใน ข้อศอก ข้อมือนิ้วมือ งอเข้าตลอดเวลา ต้นขาแบะออก และข้อเข่าอยู่ในท่างอ

หากได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง และเหมาะสมจะทำให้ข้อเกิดการยึดติด และกล้ามเนื้อลีบตามมา การดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ควรประกอบด้วยการฝึกต่างๆ จากง่ายไปยาก และจากเบื้องต้นไป ซับซ้อนมากขึ้นดังนี้

1. การจัดทำ
2. การบริหารกล้ามเนื้อ
3. การพลิกตะแคงตัวบนเตียง
4. การลุกนั่งและการทรงตัวนั่ง
5. การลดอาการเกร็ง

1. การจัดทำ

จุดประสงค์ เพื่อเป็นการลดอาการเกร็ง ป้องกันข้อติดและแผลกดทับ

ทำนอนหงาย

กางไหล่ออกเป็นมุมฉาก มีหมอนบางรองใต้ไหล่ ข้อสะโพกและข้อเข่าเหยียดตรงโดยมีหมอนหนุนข้างสะโพก และต้นขาอีกไม่ให้ต้นขาบิดออก ควรใช้หมอนรองปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง ไม่ให้ข้อเท้าตก (รูปที่ 2) การจัดทำของแขนและข้อมืออาจสลับไปมาได้หลายท่า ทั้งงอศอกและเหยียดข้อศอก (รูปที่ 3 และ 4)



รูปที่ 1



รูปที่ 2



รูปที่ 3



รูปที่ 4

ท่านอนตะแคงทับข้างอ่อนแรง

ใช้หมอนรองแขนและขาข้างดี ยื่นไหล่ข้างอ่อนแรงออกมาด้านหน้า เพื่อไม่ให้นอนทับหัวไหล่ หมุนแขนออกใช้หมอนวางรองที่ปลายแขนถึงมือ ใช้ผ้าม้วนให้ผู้ป่วยกำไว้ (รูปที่ 5)



รูปที่ 5

ท่านอนตะแคงทับข้างปกติ

ใช้หมอนรองที่แขน และขาข้างที่เป็นอัมพาต ขาข้างดีเหยียดตรง แขนข้างดีกางออกจากลำตัว (รูปที่ 6)



รูปที่ 6

นอกจากนั้นแล้วการจัดท่าของข้อมือ และนิ้วมือก็มีความสำคัญเช่นกัน เนื่องจากข้อมือและนิ้วมือของแขนข้างที่เป็นอัมพาตจะอยู่ในท่างอ (รูปที่ 7) หากอยู่ในท่านี้นานๆ จะเกิดการหดสั้นของเอ็นนิ้วมือ ตามมาด้วยข้อมือและข้อนิ้วมือติดแข็ง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้มือได้ ทำความสะอาดยาก เจ็บปวด รวมทั้งไม่สวยงาม การจัดท่าของมือและนิ้วมือ ทำได้โดยใช้อุปกรณ์เสริมช่วย คือ ผ้าขนหนูผืนเล็ก 1 ผืน ม้วนเข้าด้วยกันแล้วใช้เทปตรึงเป็นม้วนกลม ให้ผู้ป่วยกำไว้เพื่อประคองมือให้อยู่ในท่าที่ถูกต้อง (รูปที่ 8 และ 9)



รูปที่ 7



รูปที่ 8



รูปที่ 9

การจัดท่านั่ง

จุดประสงค์ เพื่อปรับระบบไหลเวียนเลือดให้พร้อมกับการนั่งและยืน และช่วยพยุงแขนข้างที่อ่อนแรงไม่ให้เกิดการดึงรั้งของข้อไหล่

การนั่งในระยะแรกควรกระทำบนเตียงก่อน โดยวางหมอนเรียงเพื่อเป็นพนักพิง และมีหมอนเล็กอีก 1 ใบ วางรอบด้านหลังศีรษะ (รูปที่ 10) เมื่อผู้ป่วยสามารถทนต่อการนั่งได้ประมาณ 15 – 30 นาที จึงย้ายมานั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิง และมีที่เท้าแขนต่อไป การนั่งควรทำวันละ 3 – 4 ครั้งๆละ 30 – 60 นาที

การนั่งบนเก้าอี้หรือนั่งบนเตียงมีหลักการเดียวกัน คือ ต้องประคองข้างที่เป็นอัมพาตให้อยู่ในตำแหน่งและท่าทางใกล้เคียงกับข้างปกติ

- ไหล่ข้างที่เป็นอัมพาตควรมีหมอนวางในแนวตั้งรองใต้กระดูกสะบัก เพื่อช่วยดันไหล่มาข้างหน้า เมื่อนั่งแล้วต้องให้ลำตัวของผู้ป่วยอยู่ในแนวตรงมากที่สุด
- ไหล่ข้างที่เป็นอัมพาตต้องจัดระดับให้เท่ากับไหล่ข้างดี
- แขนให้พาดบนหมอน อยู่ในท่าที่คว่ำมือลง ศอกงอ มือข้างที่เป็นอัมพาตใช้ผ้าม้วนให้ผู้ป่วยกำไว้ เพื่อประคองมือให้อยู่ในท่าที่ถูกต้อง
- ถ้าผู้ป่วยนั่งรถเข็นให้ใช้หมอนรองที่แขนและมือให้อยู่ในระดับเดียวกับข้อศอกที่งอ เป็นมุมฉาก หรือสูงกว่า ข้อศอก คว่ำฝ่ามือลง มือข้างที่เป็นอัมพาตใช้ผ้าม้วนให้ผู้ป่วยกำไว้
- ในกรณีที่ขาข้างที่เป็นอัมพาตนั้นอยู่ในท่าบิดออกทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถวางเท้าราบกับพื้นได้ ควรใช้หมอนบางรอง หรือผ้าขนหนูม้วนเป็นท่อนกลมหนุนข้างสะโพกและต้นขา ประคองให้ขาอยู่ในแนวตรงไม่บิดออก ผู้ป่วยจะสามารถวางเท้าราบกับพื้นได้



รูปที่ 10

2. การออกกำลังกายในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

จุดประสงค์

1. เพื่อคงสภาพของเนื้อเยื่อรอบๆ ข้อต่อ
2. เพื่อป้องกันภาวะข้อติด
3. เพื่อช่วยให้ระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้น
4. ช่วยลดอาการปวดจากข้อฝืดตึง
5. ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้การเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น

ชนิดของการออกกำลังกาย

1. การออกกำลังกายโดยผู้ดูแลเป็นผู้กระทำให้

ข้อไหล่

ยกแขนขึ้น - ลง (รูปที่ 11 - 14)

ผู้ดูแลจับที่ข้อมือ และข้อศอกของผู้ป่วย ให้แขนเหยียดแนบข้างลำตัว แล้วจึงยกแขนขึ้นเหนือศีรษะให้แนบหมอน แล้วยกกลับลงมาที่เดิม ทำ 10 - 20 ครั้ง วันละ 2 รอบ



รูปที่ 11



รูปที่ 12



รูปที่ 13



รูปที่ 14

กาง – หุบแขน (รูปที่ 15 – 19)

ผู้ดูแลจับที่ข้อศอกและข้อมือของผู้ป่วย แขนเหยียดตรงแนบข้างลำตัว กางแขนผู้ป่วย
ออก 90 องศา หายมือ แล้วกางแขนต่อไปจนแนบหู แล้วยกกลับลงมาที่เดิม ทำ 10 – 20 ครั้ง
วันละ 2 รอบ



รูปที่ 15



รูปที่ 16



รูปที่ 17



รูปที่ 18



รูปที่ 19

หมุนแขนเข้า – ออก (รูปที่ 20 – 23)

ผู้ดูแลจับมือและข้อศอกของผู้ป่วยกางออก และงอข้อศอก 90 องศา จากนั้นหมุน
แขนผู้ป่วยขึ้นและลง ทำ 10 – 20 ครั้ง วันละ 2 รอบ



รูปที่ 20



รูปที่ 21



รูปที่ 22



รูปที่ 23

ถ้ามีอาการเกร็ง หรือปวดให้ค่อยๆ ทำอย่างนี้มนวด ตามพิสัยที่ผู้ป่วยทนได้ และควรปรึกษาแพทย์เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว

ข้อศอก (รูปที่ 24 – 26)

การงอ –เหยียด

ผู้ดูแลจับข้อมือและข้อศอกของผู้ป่วยหงายมือ และเหยียดแขนข้างลำตัว แล้วงอข้อศอกของผู้ป่วยให้สุด แล้วเหยียดแขนกลับมาที่เดิม ทำ 10 – 20 ครั้ง วันละ 2 รอบ



รูปที่ 24



รูปที่ 25



รูปที่ 26

การคว่ำมือ – หงายมือ (รูปที่ 27 – 29)

ผู้ดูแลจับฝ่ามือและข้อศอกของผู้ป่วย แขนเหยียดตรงแนบข้างลำตัว แล้วคว่ำหงายมือผู้ป่วย ทำ 10 – 20 ครั้ง วันละ 2 รอบ



รูปที่ 27



รูปที่ 28



รูปที่ 29

ข้อมือ

กระดกขึ้น - ลง (รูปที่ 30 – 32)

ผู้ดูแลจับที่ฝ่ามือ และข้อมือของผู้ป่วย กระดกข้อมือขึ้นและลง ทำ 10 -20 ครั้ง
วันละ 2 รอบ โดยขยับให้ได้เท่ากับพิสัยของการกระดกข้อมือข้างปกติ หากขยับมากเกินไปจะทำให้เนื้อเยื่อเกิดการบาดเจ็บได้



รูปที่ 30



รูปที่ 31



รูปที่ 32

นิ้วมือ

งอ -เหยียด - กาง - หุบ (รูปที่ 33 – 36)

ผู้ดูแลจับที่นิ้วมือของผู้ป่วย แล้วงอ เหยียด กาง หุบ นิ้วผู้ป่วย ทำ 10 – 20 ครั้ง
วันละ 2 รอบ



รูปที่ 33



รูปที่ 34



รูปที่ 35



รูปที่ 36

สะโพก

งอ –เหยียด (รูปที่ 37 – 40)

ผู้ดูแลจับที่ข้อเข่าและส้นเท้าของผู้ป่วยเหยียดตรง งอเข่าและสะโพกขึ้น แล้วเหยียดขากลับลงมาที่เดิม ทำ 10 – 20 ครั้ง วันละ 2 รอบ



รูปที่ 37



รูปที่ 38



รูปที่ 39



รูปที่ 40

กาง – หุบ (รูปที่ 41 – 43)

ผู้ดูแลจับที่ข้อเข่าและส้นเท้าของผู้ป่วยเหยียดตรง และกางขาออกและหุบเข้ามาที่เดิม ทำ 10 – 20 ครั้ง วันละ 2 รอบ



รูปที่ 41



รูปที่ 42



รูปที่ 43

หมุนเข้า – ออก (รูปที่ 44 – 49)

ผู้ดูแลจับที่ส้นเท้าและต้นขาเหนือข้อเข่า งอเข่าและสะโพก 90 องศา จากนั้นหมุนปลายเท้าเข้า และออก ทำ 10 – 20 ครั้ง วันละ 2 รอบ



รูปที่ 44



รูปที่ 45



รูปที่ 46



รูปที่ 47



รูปที่ 48



รูปที่ 49

ข้อเท้า

กระดูกข้อเท้าขึ้น – ลง (รูปที่ 50 – 52)

ฝ่ามือผู้ดูแลรองอยู่ตรงสันเท้าของผู้ป่วย ใช้ปลายแขนดันฝ่าเท้าให้อยู่ในลักษณะกระดูกขึ้นและลง ทำ 10 – 20 ครั้ง วันละ 2 รอบ โดยเวลากระดูกขึ้นสุดแล้วให้ค้างไว้สัก 5 – 10 วินาที แล้วค่อยปล่อย เพื่อยืดเอ็นร้อยหวาย



รูปที่ 50



รูปที่ 51



รูปที่ 52

2.2 การออกกำลังกายด้วยตัวผู้ป่วยเอง

ควรเริ่มเร็วที่สุด จุดประสงค์เพื่อป้องกันภาวะข้อติด กล้ามเนื้อลีบ อ่อนแรงจากการนอนนิ่งๆ และไม่ได้ใช้งาน

การบริหารแขนและไหล่ (รูปที่ 53 – 56)



รูปที่ 53



รูปที่ 54



รูปที่ 55



รูปที่ 56

1. ใช้มือข้างดีจับข้อมือข้างที่เป็นอัมพาต ยกแขนขึ้น
2. ยกแขนให้แนวศีรษะไปด้านบนจนมือ 2 ข้างวางบนที่นอน
3. ยกแขนกลับมายังตำแหน่งเริ่มต้นและทำซ้ำ ข้อ 1 – 3 ทำอย่างน้อย 3 – 5 ครั้ง
วันละ 2 รอบ

การบริหารข้อนิ้ว และข้อมือ (รูปที่ 57 – 58)



รูปที่ 57



รูปที่ 58

1. เขี่ยคิ้วหัวแม่มือออก ให้ง่ามนิ้วตั้ง และบริหารโดยหมุนหัวแม่มือเป็นวงกลม
 2. ใช้มือข้างดี ดันข้อมือข้างอัมพาตขึ้น และเขี่ยคิ้วมือออกให้ตรง
- การบริหารแขน ข้อมือ และนิ้วมือนี้สามารถทำได้ในท่านั่งด้วย หากผู้ป่วยสามารถนั่งได้ดี

การบริหารขา (รูปที่ 59 – 61)



รูปที่ 59



รูปที่ 60



รูปที่ 61

1. สอดเท้าข้างดีเข้าไปใต้เข่าด้านที่เป็นอัมพาต
2. เลื่อนเท้าข้างดีไปได้ข้อเข่า
3. ใช้เท้าข้างดียกขาข้างอัมพาตขึ้นให้สูงที่สุดเท่าที่จะทำได้ จากนั้นค่อยๆยกวางลง
4. ทำซ้ำข้อที่ 2-3 โดยทำอย่างน้อย 3-5 ครั้ง วันละ 2 รอบ

ญาติหรือผู้ดูแลอาจช่วยเหลือเรื่องการออกกำลังกายในระยะแรกที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถทำได้เอง เมื่อผู้ป่วยมีกำลังมากขึ้น สามารถทำท่วงบริหารต่อไปนี้เพิ่มได้ด้วย

ท่าสะพานโค้ง (รูปที่ 62 – 64) เหมาะสำหรับผู้ที่มีการฟื้นตัวของกำลังขาข้างที่อ่อนแรงบ้างแล้ว



รูปที่ 62



รูปที่ 63



รูปที่ 64

1. ให้ผู้ป่วยนอนหงายชันเข่า 2 ข้าง วางราบบนที่นอน
2. แอนสะโพกขึ้นให้สูงที่สุด โดยไม่ให้เท้าเขย่งหรือเลื่อน เข่าอยู่ในลักษณะตั้งตรง ไม่เอียงไปด้านใดด้านหนึ่ง
3. ทำค้างไว้สักครู่แล้วหย่อนสะโพกลงดังเดิม
4. ทำซ้ำข้อ 2-3 อย่างช้าๆ อย่างน้อย 3-5 ครั้ง วันละ 2 รอบ

3. การพลิกตะแคงตัวบนเตียง

จุดประสงค์

1. เพื่อป้องกันแผลกดทับ
2. เพื่อเตรียมผู้ป่วยสำหรับการลุกนั่งและช่วยตัวเองบนเตียง

การพลิกตะแคงตัวไปด้านซ้าย – ขวา (รูปที่ 65 – 70)

ตะแคงทับด้านดี (รูปที่ 65 – 67)

1. ผู้ป่วยหันหน้าไปทางด้านดี ใช้มือจับแขนข้างที่อ่อนแรง ดึงข้ามลำตัวไปยังด้านที่จะพลิกตัวไป
2. ชันเข่าขึ้น ผู้ดูแลจับที่สะโพก และข้อเข่าของผู้ป่วย และพลิกไปด้านที่ต้องการ พร้อมกับให้ผู้ช่วยยกแขนไปในทิศทางเดียวกัน
3. ในกรณีที่ผู้ป่วยเริ่มมีแรงของขาข้างที่เป็นอัมพาต ให้ใช้ขาข้างดีสอดใต้ขาข้างที่อ่อนแรงเพื่อช่วยในการพลิกตะแคงตัว



รูปที่ 65



รูปที่ 66



รูปที่ 67

ตะแคงทับด้านอ่อนแรง (รูปที่ 68 – 70)

1. ให้ผู้ป่วยชันเข่าข้างดีขึ้นพร้อมกับใช้แขนข้างดีจับแขนข้างที่อ่อนแรงให้กางออก
2. ออกแรงกดขาบนที่นอนแล้วดันตัวให้พลิกพร้อมกับเอื้อมมือมายังด้านที่ต้องการ



รูปที่ 68



รูปที่ 69



รูปที่ 70

4. การลุกนั่ง และการทรงตัวนั่ง

การลุกขึ้นนั่งจากท่านอนหงาย (รูปที่ 71 – 74)

1. ผู้ป่วยนอนหงายชันเข่าข้างดีขึ้น จากนั้นพลิกตัวตะแคงมาด้านอ่อนแรง
2. ใช้ขาข้างดีชันข้อเท้าของขาข้างที่อ่อนแรง ดันเท้ามาข้างหน้าให้พ้นจากขอบเตียง
3. ใช้มือข้างดีค้ำน้ำหนักลงบนเตียงเพื่อดันตัวเองขึ้นให้อยู่ในท่านั่งห้อยขาข้างเดียว
4. ผู้ป่วยอยู่ในท่าห้อยขาข้างเดียวโดยวางเท้าทั้ง 2 ข้าง ราบกับพื้นและเมื่อสามารถนั่งได้นานขึ้น ขั้นต่อไปคือ การฝึกการทรงตัวในท่านั่ง



รูปที่ 71



รูปที่ 72



รูปที่ 73



รูปที่ 74

ผู้ดูแลสามารถฝึกให้ผู้ปวยนั่งได้เองด้วยวิธีง่ายๆ ขณะที่ผู้ปวยนั่งอยู่ที่ขอบเตียงและวางเท้าแตะพื้นดังนี้

1. ให้ผู้ป่วยเหยียดแขนทั้ง 2 ข้าง ออกไปด้านข้างจนสามารถวางมือราบกับที่นอน โดย ให้ปลายนิ้วชี้ออกจากตัว ผู้ดูแลช่วยจับนิ้วมือข้างที่เป็นอัมพาตให้เหยียดกางออก
2. ให้ผู้ป่วยฝึกทิ้งน้ำหนักตัวไปบนแขนทั้ง 2 ข้างทั้งซ้ายและขวา โดยข้อศอกข้างที่ลงน้ำหนักตัวต้องเหยียดตรงเสมอ

การฝึกดังกล่าวเป็นการฝึกกล้ามเนื้อลำตัวรวมทั้งแขนข้างเป็นอัมพาตให้แข็งแรงเพื่อควบคุมการทรงตัวได้ดีขึ้น ควรเริ่มด้วยเวลาน้อยๆ 5 – 10 นาที ในเบื้องต้นจนผู้ป่วยสามารถทนได้ถึง 30 นาทีต่อครั้ง การนั่งหลังอาหารจะช่วยให้ระบบการย่อยอาหารทำงานได้ดีขึ้น

5. การลดเกร็ง

อาการเกร็งเกิดจากความตึงของกล้ามเนื้อด้านที่อ่อนแรงเพิ่มขึ้น โดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ การหดรั้งของกล้ามเนื้อ ความเจ็บปวด และการยึดติดของข้อต่อ ดังนั้นผู้ดูแลควรเอาใจใส่เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

การจับข้อนิ้ว ข้อมือ และข้อศอกเหยียดออก ก็สามารถลดอาการเกร็งของแขนได้เช่นกัน (รูปที่ 75)



รูปที่ 75

การหมุนบิดลำตัวโดยเคลื่อนไหวสะโพก ในทิศทางหนึ่งและไหล่ในทิศทางหนึ่งจะช่วยลดการเกร็งกระดูกในร่างกาย (รูปที่ 76 – 77)



รูปที่ 76



รูปที่ 77

โปรแกรมการฝึกเหล่านี้เป็นการฝึกเบื้องต้นที่ครอบครัว หรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถทำให้กับผู้ป่วยที่บ้านได้ บางท่าอาจต้องการความพร้อมของร่างกาย ไม่ควรเร่งรัดให้ทำได้ทั้งหมดในเวลาเดียวกัน เมื่อเวลาผ่านไปการฟื้นตัวที่มีมากขึ้นประกอบกับการฝึกที่สม่ำเสมอจะสามารถทำได้ทั้งหมด

การทำแผล

บาดแผล (Wounds) หมายถึง การชอกช้ำฉีกขาดของผิวหนัง และเนื้อเยื่อของร่างกาย

ชนิดของบาดแผล

1. แผลฟกช้ำ (Contused Wounds หรือ Closed Wounds) เป็นบาดแผลที่ไม่มีรอยแยกของผิวหนัง เกิดจากของไม่มีคมกระแทกส่วนตอหนังได้ผิวหนังลงไปจะมีรอยชอกช้ำมาก จะมีการบวมเกิดขึ้นใน 24 – 48 ชั่วโมง หลังจากได้รับบาดเจ็บ ส่วนที่บวมนี้จะมีเลือดและซีรัม (Serum) อยู่ภายในแผลช้ำนี้จะกลายเป็นก้อนเลือด เรียกว่า ฮีมาโตมา (Hematoma) เลือดที่อยู่ใน Hematoma นี้มาจากหลอดเลือดที่แตกออกอยู่รอบๆ เนื้อเยื่อและผิวหนัง ซึ่งจะเห็นเป็นสีแดงคล้ำ
2. แผลแยก (Open Wounds) เป็นบาดแผลที่มีรอยแยกของผิวหนังแบ่งเป็น 5 พวกคือ
 - 2.1 แผลข่วน หรือแผลถลอก (Scrapes or Abrasions) เป็นแผลตื้นเพียงผิวหนังถลอก
 - 2.2 แผลตัด (Incised or Cut Wounds) เป็นบาดแผลซึ่งเกิดจากวัตถุที่มีคม ขอบแผลมักเรียบชิดกันแผลแคบแต่ยาว
 - 2.3 แผลฉีกขาด (Lacerated Wound) เกิดจากวัตถุที่ไม่มีคมแต่มีแรงกระแทก ของแผลมักฉีกขาดกะรุ่งกะริ่ง
 - 2.4 แผลถูกแทง (Penetrating or Punctured Wound) เป็นบาดแผลที่เกิดจากของแหลมตำหรือแทงเข้าไป
 - 2.5 แผลถูกยิง (Gunshot Wound) บาดแผลเกิดจากกระสุนปืนมักเห็นเป็นรอยทางกระสุน

วัตถุประสงค์ในการทำแผล

1. เพื่อให้แผลสะอาดและหายเร็ว
2. เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
3. เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับแผล

ชนิดของการทำแผล

1. Dry Dressing ทำในพวก Closed Wounds
2. Wet Dressing ทำในพวก Open Wounds
3. Pressure Dressing ใช้ทำแผลทั้งสองประเภท

การตกแต่งบาดแผล คือการทำความสะอาด ใส่ยา และปิดบาดแผลด้วยผ้าที่สะอาดปราศจากเชื้อโรค

ลักษณะการทำแผล

1. Undressed Wounds
2. Dressed Wounds ทำในแผลที่มี Discharge
3. Draining Wounds แผลที่มี Tube Drain

เครื่องมือที่ใช้

1. ปากคีบ (Forceps) ควรต้มหรือแช่ในแอลกอฮอล์ 70% นาน 5 นาทีเป็นอย่างน้อย
2. กรรไกร มีด ใบมีดโกน แช่แอลกอฮอล์ 70% นาน 5 นาที
3. สำลี หรือผ้าก๊อซ

ยาฆ่าเชื้อและใส่แผล

1. น้ำเกลือ
2. น้ำต้มเดือด และทำให้อุ่นลง
3. ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์
4. น้ำยาเดกิน
5. ด่างทับทิม
6. ยาแดง
7. ยาเหลือง
8. น้ำยาบอริก
9. ไสโซล
10. น้ำยาไอโอดีน

วิธีทำความสะอาดแผล

1. ต้องล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสบู่ ก่อนตกแต่งบาดแผล
2. บริเวณบาดแผลใช้น้ำต้มสุก น้ำเกลือ ล้างและซับให้แห้งด้วยผ้าสะอาด ควรเป็นผ้าที่ปลอดเชื้อ (Sterile)
3. ใช้น้ำยาแอลกอฮอล์ 70% เช็ดบริเวณรอบๆ แผลไม่เช็ดลงบนแผล วนออกจากบาดแผล
4. ปิดแผลด้วยผ้าสะอาด
5. ปิดพลาสติกหรือใช้ผ้าม้วนแล้วแต่ความเหมาะสม

การปฐมพยาบาลบาดแผล

1. บาดแผลฟกช้ำ ควรประคบด้วยความเย็น เพื่อให้เลือดออกน้อยลง พันผ้าให้แน่นด้วยผ้าพันยืด แล้วให้ บริเวณนั้นพักนิ่ง หลังจากนั้น 24 ชั่วโมงควรประคบด้วยความร้อน
2. แผลแยก ควรชำระล้างแผลและบริเวณรอบๆ แผลด้วยน้ำสะอาดและสบู่
 - 2.1 แผลถลอก ล้างแผลด้วยน้ำสะอาดและสบู่ ใช้น้ำสะอาดเช็ดโรคร้อนๆ
 - 2.2 แผลตื้นขึ้นอยู่กับความตื้นลึกของแผล
 - 2.3 แผลฉีกขาด กระชังกระชิ่งมาก รีบนำส่งโรงพยาบาล
 - 2.4 แผลถูกแทง ถ้ามีสิ่งใดหักคา อย่าพยายามดึงออก รีบนำส่งโรงพยาบาล
 - 2.5 แผลถูกยิง ไม่ต้องทำอะไรเลย ให้ผู้ป่วยนอนนิ่งๆ ป้องกันช็อคด้วยการห่มผ้าให้อบอุ่นไม่ให้สิ่งหนึ่งสิ่งใดทางปากแม่แต่น้ำ

การผ่อนคลายความเครียด

การปฏิบัติสมาธิด้วยตนเองอย่างง่าย

1. สมาธิโดยการกำหนดลมหายใจ
 - เลือกสถานที่เงียบสงบ ไม่มีใครรบกวน
 - อยู่ในท่าที่สบาย อาจยืน เดิน นอนก็ได้
 - กำหนดลมหายใจเข้าออก โดยผสมความหมายลงไปด้วย เช่น พุท + โธ, ยูปหนอ + พองหนอ, สงบ + สบาย เช่น หายใจเข้า...สงบ หายใจออก...สบาย
 - กำหนดลมหายใจโดยหายใจเข้าลึก ๆ ช้า ๆ
 - ฝึกอย่างน้อยวันละ 10 นาที การหายใจแบบนี้จะทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนมากขึ้น สมองปลอดโปร่ง กระปี้กะเปร่า ไม่ง่วงหงาวหาวนอน
2. สมาธิโดยการเดินจงกรม

การเดินจงกรม คือ การทำสมาธิโดยการเดิน มีขั้นตอนดังนี้

 - เริ่มต้นด้วยการยืนในท่าสงบ ทอดสายตาลงไปข้างหน้าประมาณ 1 วา แขน 2 ข้างปล่อยตามสบาย
 - ก้าวเท้าไปข้างหน้าแต่พอดี ไม่ช้า หรือเร็ว ไม่ก้าวยาวหรือก้าวสั้นเกินไป

- เมื่อก้าวเท้าขวาพูดในใจว่า “พุทธ” และก้าวเท้าซ้าย พูดในใจว่า “โ” หรืออาจใช้คำอื่น เช่น สงบ – สบาย เป็นต้น
- เดินไป 25 ก้าว เดินกลับ 25 ก้าว (ไม่เกิน 90 ก้าว)
- ใช้เวลาประมาณ 15 นาทีขึ้นไป ตามความเหมาะสมของสุขภาพร่างกาย

3. สมาธิโดยใช้เทคนิคความเงียบ ปฏิบัติได้โดย

- เลือกสถานที่ที่สงบ เงียบ มีความเป็นส่วนตัว
- เลือกเวลาที่เหมาะสม เช่น หลังตื่นนอน เวลาพักกลางวันหรือก่อนเข้านอน
- นั่งหรือนอนในท่าที่สบาย อย่าไขว่ห้าง หรือกอดอก
- หลับตา เพื่อตัดสิ่งรบกวนจากภายนอก
- หายใจเข้า – ออกช้า ๆ ลึก ๆ มีสติกำกับ
- ทำใจให้เกิดสมาธิ โดยท่องคาถาบทสั้น ๆ ซ้ำไปซ้ำมา หรือบทสวดมนต์บทยาว ๆ ต่อเนื่อง 3 - 5 จบ

ข้อควรคำนึงในการปฏิบัติสมาธิ

1. ผู้ปฏิบัติสมาธิไม่จำเป็นต้องรู้สึกสบายอย่างมาก ประโยชน์จะอยู่ที่ความรู้สึกสงบ สดชื่นและตื่นตัวหลังการฝึกสมาธิ
2. ไม่ควรกังวลว่าจะฝึกได้หรือไม่ หากกังวลจะเกิดความเครียด แทนการผ่อนคลาย
3. หากมีความรู้สึกสับสน บางครั้งอาจจำเป็นต้องมีบุคลากรช่วยนำการฝึกสมาธิในช่วงแรกและฝึกอย่างต่อเนื่อง จึงจะเกิดผลดี
4. การฝึกแต่ละวิธีควรใช้เวลาประมาณ 5 – 15 นาที จนถึง 1 ชั่วโมง แล้วภายหลังอาจเพิ่มเวลามากขึ้นได้ตามความเหมาะสม

การคลายความเครียดโดยการฝึกการหายใจ

ตามปกติคนทั่วไปจะหายใจตื้น ๆ โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอกเป็นหลัก ทำให้ได้ออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายน้อยกว่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาเครียด คนเราจะยิ่งหายใจถี่และตื้นมากขึ้นกว่าเดิม ทำให้เกิดอาการถอนหายใจเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ได้ออกซิเจนมากขึ้น ดังนั้นการฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี จะทำให้หัวใจเต้นช้าลง สมองแจ่มใส เพราะได้ออกซิเจนมากขึ้น และการหายใจออกอย่างช้า ๆ จะทำให้รู้สึกว่าได้ปลดปล่อยความเครียดออกไปจากตัวจนหมดสิ้น

วิธีการปฏิบัติ

- นั่งในท่าที่สบาย หลับตา เอามือประสานไว้บริเวณท้อง
- ค่อย ๆ หายใจเข้าพร้อม ๆ กับนับตัวเลข 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ 1...2...3...4 ให้มือรู้สึกวาท้องพองออก กลั้นหายใจเอาไว้ชั่วครู่ นับ 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ เช่นเดียวกับเมื่อหายใจเข้า
- ค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออกโดยนับ 1 ถึง 8 อย่างช้า ๆ 1...2...3...4...5...6...7...8 พยายามไล่ลมหายใจออกมาให้หมด สังเกตว่าหน้าท้องแฟบลง
- ทำซ้ำอีกโดยหายใจเข้าช้า ๆ กลั้นไว้ แล้วหายใจออก โดยช่วงที่หายใจออกให้นานกว่าหายใจเข้า
- การฝึกการหายใจ ควรทำติดต่อกันประมาณ 4 – 5 ครั้ง ควรฝึกทุกครั้งที่เราเครียด รู้สึกโกรธ รู้สึกไม่สบายใจ หรือฝึกทุกครั้งที่เราเหนื่อย
- ทุกครั้งที่หายใจออก ให้รู้สึกว่าได้ผลักดันความเครียดออกมาด้วยจนหมด เหลือไว้แต่ความโล่งสบายเท่านั้น
- ในแต่ละวัน ควรฝึกการหายใจที่ถูกต้องวิธีให้ได้ประมาณ 40 ครั้ง แต่ไม่จำเป็นต้องทำติดต่อกันในคราวเดียวกัน

การสื่อสาร

การสื่อสารมีความสำคัญ และความจำเป็นอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วยทำให้ช่องทางการรับรู้สื่อต่างๆ ของผู้ป่วยไม่ดี ประกอบกับภาวะทางจิตใจที่ไม่ดี การสื่อสารจึงมีความสำคัญยิ่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จำเป็นที่จะต้องมึทักษะในการสังเกต ทักษะในการฟัง การถาม และการเสนอความช่วยเหลือ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังได้

ทักษะในการสังเกต อาจมีดังนี้

สังเกตพฤติกรรมการรับประทานอาหาร/การขับถ่าย/การพักผ่อน/นอนหลับ/สังเกตสภาพร่างกายโดยทั่วไป/อารมณ์

ทักษะในการฟัง มีดังนี้

ฟังอย่างตั้งใจ

ฟังอย่างเข้าใจ

ทักษะในการถาม มีดังนี้

ถามด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล และแสดงถึงความรักและห่วงใยผู้ป่วย

การเสนอความช่วยเหลือ มีดังนี้

การให้ความช่วยเหลือทางด้านร่างกาย

การให้กำลังใจ

การช่วยแก้ปัญหา และการช่วยตัดสินใจ

บรรณานุกรม

บุญศรี ปราบณศักดิ์ และศิริพร จิรวัดมน์กุล. (2538) **การสื่อสารเพื่อคุณภาพการพยาบาล.**

กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

ปิยะนุช รักพาณิชย์. (2542) **โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดกับการ**

ปฏิบัติตัว. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

อัมพรพรรณ ธีราบุตร เพลินตา ศิริปการ และอำพน นวลโคกสูง. (2544) **คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรค**

เรื้อรังที่บ้าน. ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.

<http://72.14.253.104/search?q=cache:vDCj6mKo-G0J:www.undondee.com/we...05-Oct-06>

ภาคผนวก 5
ภาพกิจกรรม



แนะนำศูนย์ผู้ดูแลฯ แก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

พบกลุ่มอสม. และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยบ้านโค้งดารา



พบกลุ่ม อสม. สถานีอนามัยตลาดบึง



พบกลุ่ม อสม. สถานีอนามัยบ้านนาพร้าว



สัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลสถานีอนามัยตำบลป่อวิน



เยี่ยมผู้ป่วย สถานีอนามัยตลาดล่างบางพระ



เยี่ยมบ้านผู้ป่วย ตำบลบางพระ



เยี่ยมบ้านผู้ป่วย ตำบลไร่หนึ่ง



เยี่ยมบ้านผู้ป่วย ตำบลตลาดบึง



เยี่ยมบ้านผู้ป่วย ตำบลบางพระ



เยี่ยมบ้านผู้ป่วย ตำบลห้วยกุ่ม



เยี่ยมบ้านผู้ป่วย ตำบลนาพรวัว