ญาติผู้ดูแล : ขุมพลังทวีคูณการดูแลสุขภาพที่บ้าน
Family caregiver : Multiply Energetic Resource of Home Health Care

รัชนี สรรเสริญ* Ph.D.
Rachanee Sunsern, Ph.D.

บทคัดย่อ

สืบเนื่องจากการที่ประชาชนมีอายุยืนและเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น จึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่บ้านให้มีคุณภาพเช่นกัน โดยมุ่งเน้น "ญาติผู้ดูแล" ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสำคัญยิ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรังให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหรือเลวลง ตามบริบทแต่ละครอบครัวและสิ่งแวดล้อมของชุมชน แต่จากบทบาทและภาระที่ต้องรับผิดชอบมากมายดังกล่าว ประกอบกับญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ที่จำเป็น เช่น การฝึกอบรม การรับข้อมูลข่าวสาร การประคับประคองทางด้านจิตใจทั้งความเข้าใจ ความเห็นใจและกำลังใจ ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระ เครียด ท้อแท้ อ่อนล้า เหนื่อยหน่าย และแยกตัวจากสังคม ส่งผลต่อสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ในบทความนี้ผู้เขียนจึงขอนำเสนอการเพิ่มพลังทวีคูณแก่ญาติผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพที่บ้าน 2 วิธี คือ "การเสริมสร้างพลังอำนาจ" และ "การสร้างภาคีเครือข่ายญาติผู้ดูแล" ซึ่งเป็นกลวิธีที่สำคัญยิ่ง ที่จะนำไปสู่การเพิ่มพลังทางบวกให้แก่ญาติผู้ดูแล ได้มีความรู้สึกว่า การดูแลบุคคลในครอบครัวถือเป็น "รางวัลของชีวิต" ในขณะเดียวกันยังเป็นการลดความรู้สึกทางลบควบคู่กันไปด้วย อีกทั้งบทความนี้ยังได้นำเสนอประเด็นในการพัฒนานวัตกรรมการให้บริการ/และการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแล เพื่อจุดประกายให้กับพยาบาล และบุคลากรทางด้านสุขภาพได้ตระหนักถึงความสำคัญของการให้การส่งเสริม สนับสนุน และช่วยเหลือญาติผู้ดูแลให้สามารถคงไว้ซึ่งบทบาทของผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ญาติผู้ดูแล การดูแลสุขภาพที่บ้าน การเสริมสร้างพลังอำนาจ และ การสร้างภาคีเครือข่ายญาติผู้ดูแล

Abstract

As more people live longer, the need for quality long-term care, patients with chronic illness, at home will increase dramatically. Family caregivers have a critical role in providing appropriate care for patients with chronic illness leading to improving or decreasing their quality of life based on family and environment contexts. In the face of these increasing challenges and responsibilities, caregivers often feel tired, fatigue, stress, burn out, and isolated, because they lack supportive training, information and a sympathetic ear. Furthermore, some family caregivers who are employed report missing work, taking personal days, and quitting or retiring early to provide care. Because of the overwhelming nature of care responsibilities, family caregivers require increasing positive consequences so-called "rewards of caregiving" and decreasing

* รองศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

negative consequences. The aim of this article is to propose and discuss 2 methods of enhancing multiply energetic of home health care by family caregivers in order to ignite health personnel to concern about helping family caregivers leading to succeed in their effective roles. These methods include (1) empowerment, and (2) establishment of family caregiver network. Moreover, many issues of innovation, health service, and research related to family caregiver are discussed.

Key Words : Family caregiver, home health care, empowerment, family caregiver network

การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ซึ่งพบว่า ร้อยละ 60 ของการตายทั่วโลกเนื่องมาจากโรคเรื้อรัง (World Health Organization, 2005) สอดคล้องกับประเทศไทยที่โรคเรื้อรังก็เป็นปัญหาสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มและทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของประชากร ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ความเครียด เป็นต้น ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรไทยในระยะ 40 ปี ที่ผ่านมา มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นชัดเจน ซึ่งเป็นช่วงอายุที่เข้าสู่กลุ่มประชากรที่ร่างกายเสื่อมลง จะเสี่ยงและมีความชุกของการเกิดโรคเรื้อรังสูงขึ้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลจะเน้นในภาวะวิกฤตเท่านั้น ที่เหลือต้องดูแลตนเองโดยเผชิญกับความเจ็บป่วย สร้างเสริมสุขภาพ ปฏิบัติตามแผนการรักษา และฟื้นฟูสภาพที่บ้านของตนเอง ทั้งนี้เพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาที่โรงพยาบาล ลดอัตราการครองเตียง และผู้ป่วยได้มีโอกาสใกล้ชิดกับครอบครัวมากขึ้น ดังนั้นการดูแลสุขภาพที่บ้าน จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำรงไว้ซึ่งสุขภาวะของผู้ป่วยเรื้อรัง

บทความนี้มีจุดประสงค์เพื่อชวนให้ท่านคิดว่าใครคือขุมพลังที่แท้จริงในการดูแลที่บ้าน แล้วบุคคลเหล่านี้เป็นขุมพลังได้อย่างไร ขุมพลังนี้มีสถานการณ์ปัญหา และความต้องการแบบไหน และการเสริมสร้างพลังทวีคูณให้ขุมพลังนี้ทำได้อย่างไร ตลอดจนประเด็นในการพัฒนานวัตกรรมการให้บริการ/และการวิจัย ควรเป็นไปในทิศทางใด

"ญาติผู้ดูแล" : ขุมพลังที่แท้จริงในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

จากภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัวที่เกิดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในหลายๆ ด้าน ทั้งในระยะที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลเมื่อความเจ็บป่วยกำเริบรุนแรง และเมื่อพ้นภาวะวิกฤติซึ่งอาการทุเลาลงแล้ว และต้องกลับมาดูแลรักษาต่อที่บ้าน โดยการพิจารณาเลือกว่าบุคคลใดจะเป็นผู้ให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านนั้น ตามสภาพสังคมไทยมองว่าควรเป็นบทบาทหน้าที่ของญาติหรือสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจของ National Family Caregivers Association Survey (2000) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านจะตกเป็นความรับผิดชอบของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งคำที่ใช้เรียกบุคคลดังกล่าวคือ "ญาติผู้ดูแล (family caregiver)" ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสำคัญยิ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหรือเลวลง ตามบริบทแต่ละครอบครัวและสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Archbold, Stewart, Greenlick, & Harvath, 1990)

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลไว้ ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า "ญาติผู้ดูแล" เป็น บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อน บุคคลสำคัญในชีวิต เป็นต้น ที่ให้การดูแลผู้ป่วยหรือบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกายจิตใจ หรืออารมณ์อันมีผลทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาตามแผนการรักษาซึ่งจำเป็นได้รับการตอบสนองหรือการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องที่บ้านหรือแหล่งอาศัยในชุมชนโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล (Aneshensel, Pearlin, Mullan, & Zarit, 1995 ; Kahana, Biegel, & Wykle, 1994)

นอกจากนี้ยังสามารถจำแนกผู้ดูแลตามระดับความรับผิดชอบในการดูแลเป็น 2 ประเภท คือ

1) ผู้ดูแลหลัก (major/primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น

2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแล อาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทนเป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลักในการดูแลเท่านั้น (Aneshensel, Pearlin, Mullan, & Zarit, 1995 ; Kahana, Biegel, & Wykle, 1994)

สถานการณ์ ปัญหา และผลกระทบจากการดูแลของญาติผู้ดูแล

คุณลักษณะของญาติผู้ดูแล

จากข้อมูลการสำรวจญาติผู้ดูแลในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีบุคคลทำหน้าที่เป็นญาติผู้ดูแลถึง 54 ล้านคน มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ยประมาณ 46-57 ปี และร้อยละ 10 ของญาติผู้ดูแลมีอายุมากกว่า 75 ปี โดยประมาณ 3 ใน 4 (ร้อยละ 72) เป็นเพศหญิง ทำหน้าที่ให้การดูแลคู่สมรส บุตรสาว บุตรชาย ญาติพี่น้อง ปู่ ย่า และคนอื่นๆ ในครอบครัวที่เป็นผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือคนชรา (National Family Caregivers Association Survey, 2000)

ในประเทศไทย รัชนี สรรเสริญ และคณะ (2549) ได้ศึกษาสถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทั้งกลุ่มเด็ก กลุ่มผู้ใหญ่ และกลุ่มผู้สูงอายุที่บ้านในเขตภาคตะวันออก พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนั้นมีตั้งแต่วัยเด็กอายุ 10 ขวบ จนกระทั่งถึงวัยสูงอายุ 87 ปี ส่วนมากเป็นวัยกลางคน แต่ที่น่าสนใจคือประมาณ 1 ใน 4 เป็นผู้สูงอายุ ญาติผู้ดูแลของเด็ก ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเช่นกัน แต่ละคนจะมีสถานภาพแตกต่างกันคือ ในผู้ป่วยวัยเด็กจะมีมารดาเป็นผู้ดูแล ผู้ป่วยผู้ใหญ่จะเป็นคู่สมรสและมารดา ส่วนผู้ป่วยวัยผู้สูงอายุจะเป็นบุตรสาวและภรรยา สำหรับระดับการศึกษาของญาติผู้ดูแลพบว่า ส่วนมากจบระดับประถมศึกษา อาชีพรับจ้างและทำงานที่บ้าน แต่ประมาณ 1 ใน 4 ไม่มีงานทำ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท/เดือนมากที่สุด

สำหรับปัจจัยสำคัญเบื้องต้นในการตัดสินใจรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลนั้น ญาติผู้ดูแลมักจะมีแรงจูงใจที่เกิดจากความสงสาร ความรัก ความเข้าใจ ความเห็นใจ และต้องการตอบแทนบุญคุณที่เรียกว่า "altruistic motivation" ซึ่งผู้ดูแลจะบอกว่า "...ก็รักเค้า...อยากให้เค้าดีขึ้น...ไม่หายไม่เป็นไร..." แต่ก็มีญาติผู้ดูแลบางคนหลังจากที่ได้ทำหน้าที่ผู้ดูแลได้ระยะหนึ่ง แรงจูงใจในการดูแลเริ่มเปลี่ยนแปลงไปเป็นแบบเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองที่เรียกว่า "egoistic motivation" เช่น ทำไปเพื่อ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ป้องกันคำครหา หรือความรู้สึกผิด ต้องการการยอมรับจากสังคม ต้องการคำชมว่าเป็นคนดี ซึ่งผู้ดูแลจะบอกว่า "...ก็ดูแลเป็นหน้าที่เรา...เดี๋ยวคนข้างบ้านจะมองว่าลูกสิบคนแม่เลี้ยงได้ แต่ทำไมแม่คนเดียวลูกดูแลไม่ได้..." อย่างไรก็ตามแรงจูงใจทั้งสองลักษณะนี้สามารถเกิดกลับไป-กลับมาได้ด้วยปัจจัยที่แตกต่างกัน

นอกจากนั้นจากการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยเรื้อรังที่ญาติผู้ดูแลต้องดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี ผู้ป่วยเกือบทุกคนรักษาด้วยยารับประทาน ประมาณ 1 ใน 10 ต้องอาศัยอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งญาติผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลเฉลี่ย 10 ชั่วโมงต่อวัน มีกิจกรรมการดูแลคือ ดูแลการทำกิจวัตรประจำวันมากที่สุด รองลงมาเป็นดูแลตามแนวการรักษา ดูแลให้กำลังใจปลอบใจ ดูแลพาไปพบแพทย์ และดูแลให้ทำกิจกรรมทางสังคมตามลำดับ ซึ่งประมาณครึ่งหนึ่งของญาติผู้ดูแลมีผู้ช่วยในการดูแล (รัชนี สรรเสริญ และคณะ, 2549)

ปัญหา และผลกระทบจากการดูแลของญาติผู้ดูแล

สำหรับปัญหา และผลกระทบของการดูแลจากบริบทของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ผู้ดูแลต้องดูแลสมาชิกในบ้านที่มีความเจ็บป่วยหลายระดับ ทั้งระดับที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ได้บ้างเล็กน้อย และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ซึ่งเป็นงานที่หนักและซับซ้อน ต้องอาศัยความพยายามและแรงงานอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับในบางรายต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนาน จากการกิจดังกล่าวเหล่านี้ กลุ่มญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับข้อจำกัด ปัญหาอุปสรรค และสิ่งที่ควรจะปฏิบัติหรือไม่ควรปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลไม่เคยมีประสบการณ์ของการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ประมาณ 1 ใน 4 มีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะ ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแล ไม่มีเวลา เหนื่อยล้า สัมพันธภาพในครอบครัวและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (รัชนี สรรเสริญและคณะ, 2549) รู้สึกเป็นภาระในการดูแลในระดับน้อยถึงปานกลาง และมีความต้องการความช่วยเหลือด้านต่างๆ อยู่ในระดับปานกลาง ถึงมาก (วรรณรัตน์ ดาวัง, รัชนี สรรเสริญ และยุวดี รอดจากกัย, 2547) มีปัญหาการสื่อสารกับผู้ป่วย ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วย (จินตนา วัชรสินธุ์ และคณะ, 2547 ; ปิ่นนเรศ กาสอุดม และคณะ, 2547)

นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลยังได้รับผลกระทบทางด้านสุขภาพทั้งทางกาย และทางจิตใจ กล่าวคือ ญาติผู้ดูแลจะรู้สึกวิตกกังวล รู้สึกเครียดจากการดูแล รู้สึกขาดความเป็นส่วนตัว รู้สึกซึมเศร้า มีปัญหาทางด้านการเงินญาติ ต้องแยกตัวเองออกจากสังคม สูญเสียบทบาททางสังคม และยิ่งถ้าไม่มีคนให้การช่วยเหลือสนับสนุนก็จะทำให้ผู้ดูแลนั้นเครียดยิ่งขึ้น (Group. 2001) ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อโรคที่ตามมาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อายุสั้นกว่าคนที่ไม่ได้ทำหน้าที่ผู้ดูแล จากการศึกษาของ ชูลท์และบีช (Schulz & Beach. 2004) ที่ทำการศึกษาระยะยาวเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ และผู้ที่ไม่ได้เป็นผู้ดูแล โดยติดตามเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 4.5 ปี จากปี 1993 ถึง 1998 พบว่า คนที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลมีอัตราตายสูงกว่าผู้ที่ไม่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล อีกทั้งยังพบว่า ปู่ย่า ตายาย หรือญาติที่ทำหน้าที่ดูแลเด็ก จะมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า จากการที่ต้องจำกัดการทำหน้าที่อื่นๆ ลง

จากปัจจัยดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ซึ่งบางรายมีปัญหาการทำบทบาททางสังคม มีการเข้าสังคมกับเพื่อนฝูงลดน้อยลง บางคนไม่มีโอกาสที่จะได้เข้าสังคมเลย ไม่สามารถไปนอกบ้านได้ เพราะว่าไม่มีใครดูแลผู้ป่วย บางคนไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นใดๆ เลย (รัชนี สรรเสริญ และคณะ, 2549) นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลยัง

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ขาดพลังอำนาจที่จะควบคุมสถานการณ์การดูแล (จินตนา วัชรสินธุ์ และคณะ, 2547 ; ยุวดี รอดจากภัย รัชนี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง, 2548) อันจะนำมาซึ่งประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่ลดลง ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น หรือเสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควร

จากการที่ผู้เขียนได้มีโอกาสได้ลงทำงานในชุมชน และศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลอย่างจริงจัง จึงพบว่า กลุ่มญาติผู้ดูแลเป็นกลุ่มหนึ่งที่สำคัญแต่ถูกลืมนึกถึง หรือหยิบยกมาเป็นประเด็นในการให้การดูแลอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งหากสามารถสร้างเสริมสุขภาพและพัฒนาศักยภาพในกลุ่มญาติผู้ดูแลให้มีความเข้มแข็งแล้ว จะเป็นพลังทวีคูณเชิงบวกที่เป็นพลวัตรในสร้างความสำเร็จของการจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างแท้จริง แต่ทั้งนี้การจัดบริการดังกล่าว นอกจากตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบของญาติผู้ดูแลดังกล่าวแล้ว จำเป็นต้องคำนึงถึงความต้องการของญาติผู้ดูแลเป็นสำคัญด้วย

ความต้องการของญาติผู้ดูแล

ญาติจะสามารถทำหน้าที่ต่างๆ ในบทบาท ผู้ดูแลได้ดีถ้าได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างดี ในการพัฒนาศักยภาพของญาติผู้ดูแล ทั้งนี้สิ่งหนึ่งที่บุคลากรด้านสุขภาพต้องตระหนักและให้ความสำคัญยิ่งคือ ความต้องการของญาติผู้ดูแล ซึ่งในที่นี้ขอนำเสนอ 2 แนวคิดที่น่าสนใจ ดังนี้

ซันลีแวนบอยยัล และคณะ (Sullivan-Bolyal et. al., 2003 ; Sullivan-Bolyal et. al., 2004) ได้แบ่งความต้องการของญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยเป็น 4 ด้านใหญ่ๆ คือ

1. การดูแลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การดูแลลักษณะนี้เป็นความรับผิดชอบหลักโดยตรงของญาติผู้ดูแล ซึ่งต้องรับผิดชอบในการดูแลกิจกรรมต่างๆ วันต่อวัน โดยผู้ดูแลต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงภาวะความเจ็บป่วยตลอดจนแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2. การประสานงานหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ ญาติผู้ดูแลนั้นต้องหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือภายในชุมชนที่สามารถสนองความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ตลอดจนช่วยเหลือในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง

3. การคงไว้ซึ่งสภาพปกติของครอบครัว ญาติผู้ดูแลต้องพยายามคงความสมดุลในการดูแลผู้ป่วยและดูแลครอบครัวไปพร้อมๆ กัน

4. การคงไว้ซึ่งความสมดุลในตัวตนของญาติผู้ดูแล เมื่อทราบว่าสมาชิกในบ้านป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าผู้ดูแลต้องเผชิญกับการสูญเสียหลายอย่าง เช่น ในบางรายรู้สึกว่าตนเองขาดอิสรภาพ หรือขาดความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

ส่วน วินเกตและแลกคี่ (Wingate & Lackey, 1989) ได้ศึกษาความต้องการของญาติผู้ดูแลและสรุปเป็นรายด้านไว้ ดังนี้

1. ความต้องการข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย (information need) ญาติผู้ดูแลต้องการได้รับข้อมูลและ ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็น

2. ความต้องการการจัดการภายในบ้าน (household management needs) เป็นสิ่งจำเป็นที่ทำให้งานภายในบ้านและอื่นๆ ของครอบครัวตลอดจนการดูแลผู้ป่วยสามารถทำควบคู่กันไปด้วยกันได้

3. ความต้องการการดูแลสุขภาพร่างกาย (physical need) เป็นสิ่งจำเป็นในการคงไว้ หรือดำรงรักษาสุขภาพร่างกายของญาติผู้ดูแลให้ดำเนินต่อไปได้อย่างปกติ ได้แก่ การพักผ่อน ออกกำลังกาย ผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น

4. ความต้องการการประคับประคองจิตใจ (psychological need) เป็นการปฏิบัติที่ทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกได้รับความห่วงใย โดยมีบุคคลรับฟังในเรื่องราวต่างๆ ช่วยในการวิเคราะห์ตัดสินใจ เป็นที่

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ปรึกษา สนับสนุน ให้กำลังใจ ก็จะทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกสดชื่น ผ่อนคลายความวิตกกังวลลงได้

5. ความต้องการการเสริมสร้างพลังทางจิตวิญญาณ (spiritual need) เป็นการปฏิบัติที่ทำให้ญาติผู้ดูแลได้รับซึ่งความรัก ความเห็นใจ กำลังใจ ทำให้เกิดความหวังในชีวิต และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามมา

6. ความต้องการเงินและวัตถุสิ่งของ (financial need) เป็นสิ่งจำเป็นเพราะในบางสถานการณ์ ผู้ป่วยอาจเป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถหารายได้จุนเจือครอบครัว และยังมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ญาติผู้ดูแลต้องรับภาระนี้เพิ่มขึ้น จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ค่าใช้จ่ายในการรักษา ฟื้นฟูสภาพ รวมถึงสนับสนุนด้านการส่งเสริมอาชีพตามความจำเป็น

7. ความต้องการดูแลผู้ป่วยระยะสั้น (respite need) ผู้ดูแลบางคนดูแลผู้ป่วยติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ทำให้ไม่มีเวลาในการทำกิจกรรมส่วนตัวหรือได้พัก จึงมีความต้องการพักการดูแลแบบชั่วคราวโดยมีผู้อื่นมาดูแลผู้ป่วยแทนในระยะสั้นๆ เพื่อที่จะมีโอกาสไปทำกิจกรรมส่วนตัวหรือได้พักบ้าง

จากแนวคิดดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ญาติผู้ดูแลมีความต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง ที่หลากหลายเป็นแบบองค์รวม ทั้งนี้เพื่อให้ตนเองสามารถมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและการคงไว้ซึ่งความสมดุลของผู้ดูแลเองตลอดจนการสร้างดุลยภาพระหว่างการดูแลผู้ป่วยดูแลตนเอง และพันธกิจของครอบครัวให้สามารถดำเนินไปพร้อมๆ กันได้ดี ซึ่งในการให้บริการของบุคลากรด้านสุขภาพหากได้ตระหนักถึงความสำคัญสิ่งเหล่านี้ เอื้อโอกาสเรียนรู้ เพิ่มพลังความรู้ความสามารถ พลังความชื่นชม และพลังการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จะนำไปสู่มูลค่าเพิ่มของการให้บริการการดูแลสุขภาพที่บ้านได้อย่างดี

การเพิ่มพลังทวีคูณของการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยญาติผู้ดูแล

จากสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการของญาติผู้ดูแลดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น สะท้อนให้เห็นว่า ญาติผู้ดูแลที่บ้าน เป็นขุมพลังที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ที่เปรียบเสมือนฟันเฟืองในการขับเคลื่อนสุขภาวะของผู้ป่วยและความผาสุกในครอบครัว แต่ทั้งนี้ปัญหา และความต้องการของผู้ดูแลที่พบยังเป็นความจริงที่ถูกมองข้ามและละเลยในการดูแลและช่วยเหลืออย่างจริงจัง ผู้เขียนจึงขอเสนอแนวทางในการเติมพลังทวีคูณให้แก่ญาติผู้ดูแลเพื่อชวนท่านคิดและนำไปเป็นกลวิธีที่สำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่บ้านใน 2 วิธี คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ และ การสร้างภาคีเครือข่ายญาติผู้ดูแล

การเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแล

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) มีความหมายหลากหลายขึ้นอยู่กับการนำไปใช้ในวงการใดหรือสาขาใด ซึ่งแตกต่างกันไปเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มบุคคล และบริบทที่แตกต่างกัน ในทางสุขภาพ กิบสัน (Gibson, 1991 : 354) ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลเพื่อควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพของชีวิต ช่วยให้บุคคลรับผิดชอบในสุขภาพของตนและสังคม ส่วนฮิวส์ (Hawkes, 1991) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 2 คนหรือมากกว่า โดยฝ่ายหนึ่งเป็นผู้เสริมสร้างอำนาจ (empowers) อีกฝ่ายหนึ่งเป็นผู้รับการเสริมสร้างอำนาจ (empowered) โดยต่างฝ่ายจะต้องร่วมกันตระเตรียมแหล่งความรู้ทรัพยากรต่างๆ (resources) วิธีการ(tool) และสภาพแวดล้อม (environment) รวมทั้งศึกษา

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ภูมิหลัง (background) ของแต่ละฝ่าย เพื่อฝ่ายเสริมสร้างอำนาจจะได้นำมาพัฒนา เสริมสร้างและเพิ่มพูนความสามารถ และประสิทธิผลในการปฏิบัติงานให้กับฝ่ายผู้รับการเสริมสร้างอำนาจ และฝ่ายรับการเสริมสร้างอำนาจ จะได้มีความพร้อมที่จะรับการเสริมสร้างอำนาจ

โดยสรุปการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่ช่วยให้บุคคลเกิดความ เชื่อมั่นและตระหนักในศักยภาพของตนเองในการกระทำสิ่งต่างๆ มีอิสระในการตัดสินใจโดยการมองปัญหาของตน วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา และสามารถแก้ปัญหาได้โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ช่วยเสริมสร้างความสามารถของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งการจะเสริมพลังบุคคลให้ประสบความสำเร็จนั้นต้องมีกลวิธีที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของญาติผู้ดูแล จึงจะนำไปสู่การเกิดพลังได้

กลวิธีในการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้บุคคลค้นพบศักยภาพของตนเอง เข้าใจปัญหาสาเหตุของปัญหา มีทักษะที่จำเป็น สามารถเลือกวิธีการที่เหมาะสม มีกลวิธีหลายอย่างร่วมกัน ทั้งการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง หรือได้รับจากผู้อื่น มีความแตกต่าง กันไปขึ้นอยู่กับเป้าหมายและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งกลวิธีที่นิยมใช้มีดังนี้ (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2540 ; สำนักการพยาบาล, 2546 ; สมจิด หนุเจริญกุล วัลลา ตันตโยทัย และ รวมพร คงกำเนิด, 2543)

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง เป็นการสร้างการรับรู้ในศักยภาพ และความสามารถในการแก้ไขปัญหาได้สำเร็จ มั่นใจในตนเอง มีความพึงพอใจ มีกำลังใจในการดูแล เปลี่ยนแปลงสถานการณ์ไปในสิ่งที่ดี เพื่อทำให้ตนสามารถบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ เริ่มจากประสบการณ์ที่มีอยู่มาคิดวิเคราะห์ ใช้วิจารณญาณเชื่อมโยงปัญหาเข้ากับปัจจัยสาเหตุ เกิดความเข้าใจ นำไปปฏิบัติ และปรับปรุงในทางที่เหมาะสม

2. การเสริมสร้างพลังที่ได้จากผู้อื่น เพื่อกระตุ้นให้บุคคลตระหนักในความสามารถ เกิดพลังอำนาจในตนเองได้ดังนี้

2.1 การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ตรงกับความต้องการ เพื่อให้บุคคลรับรู้ เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง

2.2 การให้คำปรึกษา คำแนะนำ และแนวทาง โดยยึดความจำเป็น ความต้องการของแต่ละบุคคลเป็นพื้นฐาน

2.3 การสอนเพื่อให้เกิดทักษะในการดูแลตนเองและได้แนวทางในการพิจารณาเลือกตัดสินใจปฏิบัติต่อไป

2.4 การให้ความสนับสนุน อำนวยความสะดวก และประสานงาน เพื่อให้แหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนช่วยสนับสนุนการดูแล และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

2.5 การให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การกำหนดเป้าหมายที่เป็นจริง และแนวทางเลือกที่เป็นไปได้ร่วมกันทั้งสองฝ่าย

2.6 การประเมินผลย้อนกลับเชิงบวก การสะท้อนถึงผลที่น่าพึงพอใจ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจและกำลังใจที่จะกระทำต่อไป

2.7 การยอมรับความเป็นบุคคล ส่งเสริมให้เกิดคุณค่าในตนเอง ให้ความสำคัญ และยอมรับในศักยภาพความสามารถของบุคคล สร้างบรรยากาศการมีส่วนร่วมที่อบอุ่น ไว้วางใจซึ่งกันและกัน สื่อสารกันอย่างเปิดเผย

2.8 การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือกัน บุคคลมีประสบการณ์ในปัญหาที่แตกต่างกัน ได้มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และช่วยกันคิด ตัดสินใจวิธีการแก้ปัญหาที่เหมือนๆ กัน แต่กลวิธีนี้ในบางครั้งอาจจะมี

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

สมาชิกกลุ่มบางคนไม่ได้รับประโยชน์ตามที่คิดไว้ ไม่ชอบ ไม่เห็นด้วย เพราะแต่ละคนให้ความสำคัญกับปัญหาแตกต่างกัน อิทธิพลของกลุ่มในการตัดสินใจและการมองปัญหาแตกต่างไปซึ่งอาจไม่ตรงปัญหาที่แท้จริงได้

2.9 การให้การดูแลเอาใจใส่ทางด้านสุขภาพร่างกาย ด้วยการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ

2.10 สนับสนุนให้บุคคลมองเห็นความสัมพันธ์ของตนเองกับสิ่งแวดล้อม มีความเชื่อว่าตนสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้

การเข้ารับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลที่บ้านนั้น ถือว่าเป็นประสบการณ์เฉพาะบุคคล เป็นบทบาทใหม่ที่เข้ามา บทบาทใหม่นี้อาจเป็นบทบาทที่เกิดขึ้นกะทันหัน ไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน แต่เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบที่ญาติผู้ดูแลจะต้องกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้รับการดูแล ซึ่งแต่ละคนจะมีกระบวนการปรับตัวและตอบสนองต่อบทบาทที่แตกต่างกัน ยิ่งหากผู้ดูแลต้องรับผิดชอบมากประกอบกับต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานๆ และสูญเสียชีวิตส่วนตัวบางส่วนไป อาจส่งผลทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดผลกระทบด้านลบได้ เช่น รู้สึกภาระของผู้ดูแลความเครียด ความเบื่อหน่าย เหนื่อยล้า และปัญหาสุขภาพจากการผู้ดูแล ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจะมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

หากญาติผู้ดูแลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากกลวิธีดังกล่าว จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของญาติผู้ดูแลหลายประการ ซึ่งในที่นี้จะขอสะท้อนให้ผู้อ่านได้ทราบผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สำคัญ 2 ประเด็น คือช่วยเพิ่มการรับรู้ทางบวกหรือผลดีของการเป็นผู้ดูแล และในทางตรงกันข้ามจะช่วยลดผลกระทบทางลบของการเป็นผู้ดูแล สำหรับการเพิ่มการรับรู้ทางบวกหรือผลดีของการเป็นผู้ดูแลนั้น เกิดจากการที่ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกที่ดีจากการได้ดูแล จากความรู้สึกรักใคร่ผูกพัน ความเข้าใจ มีความกตัญญูในผู้ที่รับการดูแล และมีความพร้อมที่จะปฏิบัติ จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกทางบวกในการเป็นผู้ดูแล และมีผาสุกในชีวิตของตามมา ซึ่งจากการศึกษาของนักวิชาการต่างๆ (David, 1992 ; Given & Given, 1991 ; Walker, Pratt, & Eddy, 1995) พบสิ่งสะท้อนถึงผลกระทบทางบวก และความพึงพอใจกับการดูแลที่เปรียบเสมือน “รางวัลแห่งการดูแล” (rewards of caregiving) คือญาติผู้ดูแลได้สะท้อนความรู้สึกว่ามีความสุขกับการให้และการดูแลผู้อื่น เป็นโอกาสที่ดีได้ตอบแทนบุญคุณผู้มีพระคุณ รู้สึกว่าได้ผูกพันใกล้ชิดกับผู้รับการดูแลมากขึ้น ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ต่อกัน นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าเป็นผู้ใหญ่ที่สามารถรับผิดชอบได้มากขึ้น ประสบการณ์จากการดูแลช่วยเพิ่มพูนความสามารถ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความภูมิใจที่สามารถแก้ปัญหาได้ ได้รับการยอมรับนับถือ และชื่นชมจากบุคคลรอบข้าง ตลอดจนรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงทำให้ช่วยลดความรู้สึกทางลบ เช่น ความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียด ความเบื่อหน่าย ความเหนื่อยล้า และปัญหาสุขภาพจากการเป็นผู้ดูแล ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณได้

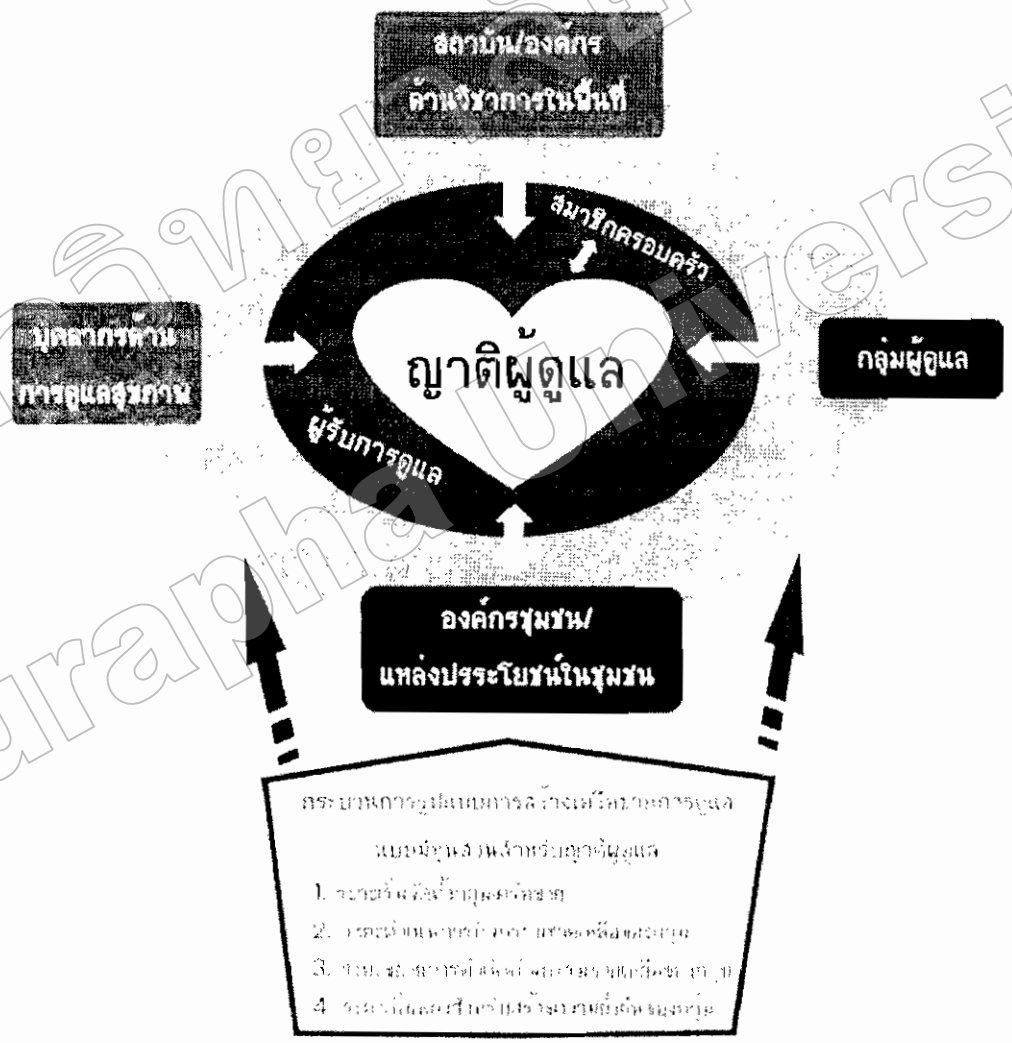
โดยสรุปการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลน่าจะเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยให้ญาติผู้ดูแล สามารถค้นพบความจริงตามสภาพที่เป็นอยู่ สะท้อนคิดอย่างวิเคราะห์ และตัดสินใจดำเนินการปฏิบัติกิจกรรมหรือแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง รู้จักใช้ทรัพยากรที่จำเป็น ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถดำรงรักษาบทบาทของผู้ดูแลที่มีศักยภาพ มีสมรรถนะในการดูแล และสามารถดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้ ตลอดจนคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน เป็นภารกิจที่

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ครอบครัวยอมรับด้วยความเต็มใจและ มีความผาสุกในชีวิต

การสร้างภาคีเครือข่ายญาติผู้ดูแล

การสร้างภาคีเครือข่ายเป็นการสร้างความร่วมมือหรือการสร้างพันธมิตรระหว่างกลุ่ม/องค์กรของประชาชนตั้งแต่ 2 กลุ่ม/องค์กรขึ้นไป โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างรวมกันอย่างจริงใจ เพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดขึ้น มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เสี่ยงภัยร่วมกัน และได้รับประโยชน์ร่วมกัน ทั้งนี้การที่กลุ่ม/องค์กรประชาชนจะมาเชื่อมโยงเครือข่ายนั้นต้องเป็นนโยบายอย่างเป็นทางการของกลุ่ม/องค์กรประชาชน สำหรับการดำเนินงาน การสร้างภาคีเครือข่ายญาติผู้ดูแลต้องเน้นการมีส่วนร่วมแบบเป็นหุ้นส่วน (Partnership) ทั้งจากกลุ่มญาติผู้ดูแลบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง องค์กรชุมชน แหล่งประโยชน์ในชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อสนับสนุน ส่งเสริมและช่วยเหลือตามความต้องการของกลุ่มเครือข่าย ซึ่งจะนำไปสู่การเสริมสร้างศักยภาพและพัฒนาระบบเครือข่ายให้เข้มแข็ง ซึ่งการดำเนินงานนั้นสามารถทำได้หลายรูปแบบ ในที่นี้ขอนำเสนอกระบวนการที่ผู้เขียนและทีมวิจัยได้ค้นพบซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะ คือ



ภาพที่ 1 รูปแบบการสร้างภาคีเครือข่ายญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (รัชนี สรรเสริญ และคณะ, 2549)

1). ระยะเริ่มจัดตั้งกลุ่มเครือข่าย (Caregiver Group Network) เป็นระยะของการชักชวนให้กลุ่มญาติผู้ดูแลได้ระดมความคิดและทำความเข้าใจร่วมกันในสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ อีกทั้งสร้างความคุ้นเคย สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จนเกิดความเข้าใจกัน และไว้วางใจซึ่งกันและกัน ระยะนี้จะใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Fucus Group) และการระดมความคิดในเวทีประชาคม (Brain Storming)

2). ระยะดำเนินการกิจกรรมช่วยเหลือของกลุ่ม (Caregiver Group Activity) เป็นระยะที่จัดกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเรื่องการดูแลตนเองและดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคต่างๆ โดยทีมงานได้นำกระบวนการ AIC (Appreciation Influence-Control) และกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning-PL) ซึ่งเป็นการจัดกิจกรรมรวมพลังสร้างสรรค์มาใช้ ในการสร้างการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ ซึ่งประสบความสำเร็จอย่างดียิ่ง กลุ่มได้ร่วมกันคิด หาวิธีแก้ไขปัญหาและความต้องการ โดยสร้างข้อตกลงร่วมกัน มีกลุ่มแกนหลักรับผิดชอบดำเนินการ โดยมีบุคลากรของศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่เป็นพี่เลี้ยงให้กับการสนับสนุนและช่วยเหลือ จนเกิดวิธีปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือกันในชุมชน ได้แก่ การเยี่ยมเยียนพูดคุยให้กำลังใจ การผลัดเปลี่ยนกันช่วยแบ่งเบาภาระกิจการดูแลผู้ป่วยในชุมชน การชักชวนกันสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด จัดเวทีแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ทั้งความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและผู้ป่วย

3). ระยะขยายการดำเนินกิจกรรมช่วยเหลือของกลุ่ม (Caregiver Group Activity Expansion) เป็นระยะที่กลุ่มได้ชักชวนประชาชน/กลุ่มอื่นๆ ในชุมชนมาร่วมกลุ่มและการสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือกันในชุมชน

4). ระยะเพิ่มพลังสำหรับสร้างความยั่งยืนของกลุ่ม (Caregiver Group Empowerment) เป็นระยะของการส่งเสริมให้กลุ่มญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการเลือกและกำหนดอนาคตการช่วยเหลือกันของกลุ่มด้วยตนเอง โดยเชื่อมโยงกับแหล่งประโยชน์ต่างๆ ของชุมชน เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับบุคคลและส่งเสริมการรวมกลุ่มกัน เพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2005) ที่ระบุว่า "เป้าหมายสุดท้ายของกลวิธีการดูแลตนเอง คือการสร้างพลังให้ประชาชนสามารถกำหนดหรือจัดการกับสุขภาพของตนเองได้" ซึ่งความยั่งยืนของพลังจะมีได้นั้นขึ้นอยู่กับพลังของ "การมีส่วนร่วมแบบหุ้นส่วน" เป็นสำคัญ เพราะ "ภาคีพันธมิตรเครือข่ายแบบหุ้นส่วน" เป็นทางสายมิตรภาพ เอื้ออาทรจากทุกคน จะช่วยเติมเต็มส่วนขาดของกันและกัน เป็นแก่นแท้ที่มีพลัง...ที่จะเสริมความแข็งแกร่ง ในการทำงานทั้งปัจจุบัน และอนาคตที่จำเป็นต้องเกี่ยวก้อยร้อยรัดกันเกิดเครือข่าย เพื่อสร้างความมั่นคั่งทางสุขภาพในทุกชุมชน ตามแนวทางของกฎบัตรกรุงเทพ ซึ่งจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่น่าอยู่โดยทั่วถึงกัน

ดังนั้น การเพิ่มพลังทวีคูณการดูแลสุขภาพที่บ้านผ่านญาติผู้ดูแลโดยบุคลากรด้านสุขภาพเลือกใช้กลวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยวิธีการต่างๆ ตามความเหมาะสมกับสภาพ จะช่วยเพิ่มพลังทางบวกให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ดีกับการดูแลว่าเป็นโอกาสหรือรางวัลที่ได้รับจากการดูแล ในขณะเดียวกันช่วยลดความรู้สึกทางลบดังกล่าวข้างต้น นอกจากนี้ การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกัน ภายใต้บริบทของระบบภาคีพันธมิตรเครือข่ายในกลุ่มญาติผู้ดูแล บุคลากร และหน่วยงาน

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

ที่เกี่ยวข้อง จะทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่น รู้สึกว่าตนมีอำนาจสามารถควบคุมสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ได้ ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างเสริมให้ญาติผู้ดูแลรวมทั้งสมาชิกครอบครัวมีจิตสำนึกของการมีสุขภาพดีภายใต้บริบทของการพึ่งพิงและดูแลตนเอง แต่อย่างไรก็ตามการเพิ่มพลังทวีคูณการดูแลสุขภาพที่บ้านของญาติผู้ดูแลยังมีประเด็นซึ่งชวนให้คิดและพัฒนาอีกมากมายทั้งในรูปแบบของการสร้างและพัฒนานวัตกรรมและการศึกษาวิจัยเพื่อหาคำตอบที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ตามแนวทางการพัฒนาที่สำคัญอีกประการหนึ่งในยุทธศาสตร์ การพัฒนาปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดีและการสร้างเสริมสุขภาพ แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 ซึ่งจะนำไปสู่เป้าหมายสุขภาวะของประชาชน

ประเด็นการพัฒนานวัตกรรมและการวิจัยเพื่อเพิ่มพลังทวีคูณการดูแลสุขภาพที่บ้านของญาติผู้ดูแล

1. ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลที่เป็นจริงในแต่ละบริบทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านทั้งในกลุ่มเด็ก ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ เพื่อจะได้ข้อมูลพื้นฐานที่จะนำไปสู่การวางแผน ดูแล และให้การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านได้ตรงตามสภาพปัญหาและความต้องการ

2. พัฒนากลวิธีเสริมสร้างศักยภาพหรือความสามารถ เสริมสร้างพลังอำนาจ และเพิ่มความรับรู้ทางบวกให้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านในแต่ละกลุ่มโรคให้มีความรู้ ความสามารถ และความมั่นใจในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพ

3. พัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเรื้อรังที่เน้นชุมชนเป็นฐานโดยมีผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านเป็นบุคคลที่เชื่อมต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังจากโรงพยาบาลสู่บ้านอย่างมีคุณภาพ

4. พัฒนาสื่อและรูปแบบที่จะทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านได้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น

5. สร้างและพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยทั่วไปและเฉพาะโรคสำหรับผู้ดูแล

6. สร้างและพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแลแบบเกื้อกูลระหว่างผู้ดูแล ผู้ป่วยและบุคคลากรทางสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจและพัฒนาศักยภาพญาติผู้ดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่องในแต่ละระดับและแต่ละ กลุ่มเป้าหมายที่เน้นการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด

7. สร้างและพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่จำเป็นและสำคัญที่เอื้อประโยชน์ ต่อกลุ่มญาติผู้ดูแลสุขภาพที่บ้าน นักวิชาการ นักวิจัย ตลอดจนบุคลากรที่ให้บริการสุขภาพและหาวิธีการให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย

สำหรับผลลัพธ์ที่ตามมาของการพัฒนานวัตกรรมและการวิจัยคือ ได้องค์ความรู้ใหม่ ลดค่าใช้จ่าย และงบประมาณในการดูแลสุขภาพ เกิดการเอื้อโอกาสการเรียนรู้ ได้พลังเครือข่ายแห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของชุมชนที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านสู่สังคม และนำไปสู่การเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชากรในด้านการรับบริการสุขภาพที่ดีในครอบครัวบริบทสังคมไทย

บทสรุป

ครอบครัวเป็นสถาบันสังคมที่สำคัญที่สุด เป็นหน่วยของสังคมที่มีความสัมพันธ์ และความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด ให้ความรัก ความอบอุ่น ความปลอดภัย ความไว้วางใจแก่กันและกัน เมื่อสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง การช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหรือเลวลงได้นั้นขึ้นอยู่กับบริบทแต่ละครอบครัวและสิ่งแวดล้อมของชุมชน ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะบุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลหลักคือ “ญาติผู้ดูแลที่

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

บ้าน" บุคคลกลุ่มนี้ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ซึ่งเป็นภารกิจที่ยาวนาน บางครั้งอาจเป็นงานที่หนักและซับซ้อน ย่อมก่อให้เกิดความเครียดและปัญหาต่างๆ มากมายตามมา หากสามารถเพิ่มพลังทางบวกให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ดี รู้สึกว่าการที่ได้ดูแลบุคคลในครอบครัวคือรางวัลของชีวิต ในขณะเดียวกันการลดความรู้สึกทางลบและลดปัญหาต่างๆ ทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถปรับตัว พัฒนาศักยภาพการดูแลของตนเองได้ดี มีความภาคภูมิใจและมีความสุขในการทำหน้าที่ผู้ดูแลในครอบครัว โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจ และสร้างภาคีเครือข่ายให้มีการดูแลและช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว จะทำให้ได้ขุมพลังทวีคูณในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านที่มีคุณภาพ และนำไปสู่เป้าหมายที่สำคัญ คือ "ประชาชนสามารถกำหนดหรือจัดการกับสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้" ดังนั้น ญาติผู้ดูแลจึงเป็นกลุ่มเป้าหมายอีกกลุ่มหนึ่งที่บุคลากรในทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญดูแลอย่างจริงจังและต่อเนื่องควบคู่กับผู้รับบริการกลุ่มอื่นๆต่อไป

เอกสารอ้างอิง

จินตนา วัชรสินธุ์ มณีรัตน์ ภาคธูป ทวีลาภ ตั้นสวัสดิ์ นฤมล ธีระรังสิกุล ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ และกมลทิพย์ ด่านชัย. (2547). *รายงานการวิจัยสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการและพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรังที่บ้าน.* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

พิกุล นันทชัยพันธ์. (2540). รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอสไอวี/เอดส์. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล, 1*(1), 9-30.

ปิ่นนเรศ กาศอุดม รวีวรรณ เผ่ากัณหา วารี กังใจ คณิสร แก้วแดง และ ธัสมน นามวงษ์. (2547). สถานการณ์ และความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 15*(2), 32-41.

ยุวดี รอดจากภัย รัชนี สรรเสริญ และ วรรณรัตน์ ลาวัง. (2548). *รายงานวิจัยการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน.* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

รัชนี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัง. (2549). *บทสังเคราะห์ชุดโครงการวิจัย การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่บ้านที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลป่วยเรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออก.* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

รัชนี สรรเสริญ วรรณรัตน์ ลาวัง เบญจวรรณ ทิมสุวรรณ รวีวรรณ เผ่ากัณหา วัฒนา บรรเทิงสุข และปิ่นนเรศ กาศอุดม. (2549). *รายงานวิจัย การสร้างระบบเครือข่ายญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออก.* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

วรรณรัตน์ ลาวัง รัชนี สรรเสริญ และ ยุวดี รอดจากภัย. (2547). สถานการณ์ และความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 15*(2), 17-31.

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *รูปแบบการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง.* กรุงเทพมหานคร : สามเจริญพานิช.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *การสาธารณสุขไทย 2548-2550.* กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สมจิต หนุเจริญกุล วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด (บรรณาธิการ). (2543). *การส่งเสริมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล.* นครศรีธรรมราช : มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

Aneshensel, C.S, Pearlin, L.I, Mullan,

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

J.T, Zarit (1995). *Profiles incaregiving : The unexpected career.* San Diego : Academic Press.

Archbold, P. G., Stewart, B. J., Greenlick, M. R., & Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research in Nursing & Health, 13*, 375-385.

David, L.L. (1992). Building a science of caring for caregivers. Family and Community Health, 15(2), 1-10.

Berg-Weger, M., Rubio, D.M., & Tebb, S. S. (2001). Strengths-based practice with family caregivers of the chronically ill : Qualitative insights. *Families in Society, 82*(3), 263-272.

Given, B.A., & Given, C.W. (1991). Family caregiver for the elderly. *Annual Review of Nursing Research, 9*, 77-101

Gibson, G. H., (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing, 6*(6), 354-361.

Group, L., (2001). *The National family caregiver support program: From enactment to action.* Highlights from the U.S. Administration on aging conference held September 6-7, 2001 in Washington, D.C. USA.

Hawkes, J. H. (1991). Power : A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 6*(6), 754-762.

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

Kahana, E. Biegel, D.A. Wykle, M.L. (1994). *Family caregiver across the lifespan.* California : SAGE Publications.

National Family Caregivers Association Survey. (2000). *Caregiving statistics.*, Retrieved March 17, 2002, from http://www.thefamily caregiver.org/who_are_family_caregivers/ care_giving_statstics.cfm.

Schulz, R., & Beach, S. R., (2004). *Caregiving as a risk factor for mortality : the Caregiver health effects study.* Retrieved May 9, 2006, from http://www.ncbi.nlm.nih.gov

Scharlach, A., Santo, T. D., Greenless, J., Whittier, S. Coon, D. Kietzman, K., et al. (2001). *Family caregiver in California : Needs, international and model progress.* USA: Center for the Advanced Study of Aging Services, University of California at Berkely.

Sullivan-Bolyal, S., Sadler L., Knafl, K. A., Gilliss, C. L. & Ahmann, E. (2003). Great expectations: A position description for parents as caregivers : Part I. *Pediatric Nursing, 29*(6); 457-461.

Sullivan-Bolyal S., Knafl, K. A., Sadler L. & Gilliss, C. L. (2004). Great expectations : A position description for parents as caregivers : Part II. *Pediatric Nursing, 30*(1); 52-56.

Walker, A.J., Pratt, C.C., & Eddy, L. (1995). Informal caregiving to aging family members. *Family Relations, 44*(10), 402-411.

World Health Organization. (2005). Preventing chronic diseases : A vital investment. *WHO global report.* Geneva : WHO Press.

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University