การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ปริญญานิพนธ์

ของ

ดารณี จามจุรี

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร
พฤษภาคม 2545

ลิขสิทธิ์เป็นของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

บทคัดย่อ

ของ

ดารณี จามจุรี

- 4 ธ.ค. 2545

S 8101

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร
พฤษภาคม 2545

ม 147075

ดารณี จามจุรี. (2545). *การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต, รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์, อาจารย์ ดร. มนัส บุญประกอบ.

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพื่อแสวงหากระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้พยาบาลมีสมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย (1) การศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดพลังอำนาจและการกำหนดโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง (2) การศึกษากระบวนการพัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และ (3) การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

การศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดพลังอำนาจและการกำหนดโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ใช้วิธีการศึกษาทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การตรวจสอบความถูกต้องเชิงทฤษฎี ความเป็นรูปธรรมและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาล ร่วมกับการศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย โครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่ได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ความหมายและคำจำกัดความของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ขั้นตอนการสร้างความร่วมมือ (2) ขั้นตอนการค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย (3) ขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (4) ขั้นตอนการสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร (5) ขั้นตอนการดำเนินการด้วยตนเอง และ (6) ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วย สำหรับผลลัพธ์ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความสามารถของตนในการจัดการกับการเจ็บป่วย

กระบวนการพัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ใช้วิธีการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมกับพยาบาลที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังได้พัฒนาขึ้นตามขั้นตอนกระบวนการพัฒนาหลักสูตร ด้วยการนำเนื้อหาสาระสำคัญของโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่เน้นไปที่พลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจในบริบทของผู้ป่วยและการพยาบาล สมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจมากำหนดเป็นโครงสร้างและเนื้อหาของหลักสูตรฝึกอบรม การตรวจสอบคุณภาพของหลักสูตรฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 8 ท่าน พบว่าทุกองค์ประกอบของหลักสูตรฝึกอบรมมีความเหมาะสมและสอดคล้อง การทดลองหลักสูตรฝึกอบรมดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะเดียวกับกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด จำนวน 39 คน ดำเนินการ ณ โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี พบว่ามีผลให้ผู้ผ่านการฝึกอบรมมีความรู้และเจตคติตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร หลักสูตรฝึกอบรมประกอบด้วย 3 หน่วยการเรียน ได้แก่ หน่วยที่ 1 การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง หน่วยที่ 2 การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และหน่วยที่ 3 การปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่ม

โรคเรื้อรัง กระบวนการฝึกอบรมแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การประชุมเชิงปฏิบัติการ ใช้เวลา 3 วัน และการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง ใช้เวลา 2 สัปดาห์ หลักสูตรฝึกอบรมได้นำไปพัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลลพบุรี จำนวน 26 คน

การประเมินรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ทำการประเมินใน 2 ส่วน คือ ผลสัมฤทธิ์ของหลักสูตรที่มีต่อสมรรถนะของพยาบาล และความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม พบว่าหลักสูตรฝึกอบรมมีผลต่อสมรรถนะของพยาบาลที่เข้ารับการอบรมทั้งทางด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติตามความมุ่งหมายของหลักสูตร โดยมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เพิ่มขึ้นภายหลังการฝึกอบรม ด้านเจตคติสะท้อนการให้คุณค่าการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ด้านทักษะสะท้อนผลลัพธ์ของการเรียนรู้ที่ได้รับในด้านการประเมินและวินิจฉัยทางการพยาบาล การสื่อสาร การสะท้อนความคิด การสร้างแรงจูงใจ การใช้กระบวนการกลุ่ม การทำงานเป็นทีม รวมถึงความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรมได้รับการประเมินจากผู้เข้ารับการอบรมว่ามีความเหมาะสมในระดับมากถึงมากที่สุด ยกเว้นระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้รับการประเมินว่ามีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ แต่แบบประเมินพลังอำนาจควรมีการปรับปรุงด้านเนื้อหาและรายละเอียด

การปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย การปรับปรุงกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบบประเมินพลังอำนาจและหลักสูตรฝึกอบรมในส่วนของการฝึกปฏิบัติ

การอภิปรายผลการวิจัยเชื่อมโยงความรู้ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เสนอแนะนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลและการศึกษาทางการพยาบาลเพื่อให้พยาบาลทุกคนได้มีความรู้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย การศึกษาวิจัยต่อเนื่องควรมีการศึกษาผลของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในระยะยาวที่มีต่อการรับรู้ถึงพลังอำนาจของผู้ป่วยถึงความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วย รวมถึงปัจจัยที่มีต่อผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น และการนำกระบวนการจัดการเรียนรู้เพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับการฝึกอบรมที่มีวัตถุประสงค์ที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้เรียน

THE DEVELOPMENT OF AN EMPOWERMENT MODEL FOR HEALTH IN CHRONICALLY ILL PATIENTS

ABSTRACT

BY

DARANEE JAMJUREE

Presented in partial fulfillment of the requirements

for the Doctor of Education degree in Curriculum Research and Developm

at Srinakharinwirot University

May 2002

Daranee Jamjuree. (2002). *The Development of an Empowerment Model for Health in Chronically Ill Patients*. Dissertation, Ed.D (Curriculum Research and Development). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Dr. Choosak Khampalikit, Assoc. Prof. Dr. Jintana Yunibhand, Dr. Manat Boonprakob.

The development of an empowerment model for health in chronically ill patients was aimed to find out the learning provision process which promote and facilitate nurse's empowerment competency in caring for chronically ill patients. The study consisted of (1) studying and analysing power concept and establishing an empowerment for health structure (2) studying the process of nurses development for empowering chronically ill patients and (3) evaluating and revising an empowerment model for health in chronically ill patients.

Studying and analysing power concept and establishing an empowerment for health structure used documents and liturature review. Theoritical validity, concrete concept and possibility in practice of a structure were examined by nursing experts and the study of power and powerlessness in chronically ill patients in Thai context. The developed structure of health empowerment included the definition, attributes, antecedent, process and outcomes of the empowerment. Empowerment process consisted of 6 steps as follows (1) formulating cooperation (2) discovering patient's reality (3) critical reflection (4) supporting and facillitating information, knowledge, skills and resources (5) self management of patients and (6) patients tranform of thoughts and hold on the sence of ability to cope with illness. The outcome of an empowerment process was patient perception of ability to cope with their chronic illness.

The process of nurses development for empowering chronically ill patients employed participative training to the target nurses who caring chronically ill patients. The training curriculum was developed in accordance with the process of curriculum development. Power and empowerment in patient and nursing context and nurse's empowerment competency were the essential elements to contruct as the structure and main content of the training curriculum. Quality of the training curriculum were examined by curriculum development, measurement and evaluation and nursing experts, shown agreement in all items of curriculum. Then, it was tested with 39 nurses at Chaopraya-abhaibhubejhr Hospital, Prachinburi province. The results of curriculum effected to trainee's competency including their knowledge and attitude in relation to curriculum objectives. The training curriculum consisted of 3 units as follows (1) Chronic illness and power in coping with chronic illness (2) Nursing for empowering health in chronically ill patients and (3) The patient-empowerment practicum. Training process was devided into 2 parts : 3 days content training and 2 weeks practicum. Training curriculum was implemented with 26 nurses at Lopburi Hospital for empowering chronically ill patients.

The empowerment model for health in chronically ill patients was evaluated in two aspects, the acheivement of training curriculum towards nurse's empowerment competency and appropriateness of training curriculum. The findings revealed that the training curriculum could be met curriculum objectives included the trainee's competency in knowledge, skills and attitude. The results found that trainee's knowledge was significantly higher after training, trainee's attitude reflected values of empowerment towards nursing practice and skills reflected on assessment and nursing diagnosis skills, communication skill, critical reflection skill, motivation skill, group process skill, team work and confidence in empowering patients. Appropriateness of training curriculum was evaluated by trainees showed rating significantly from high to highest level except timing of an empowerment practicum. The empowerment process was evaluated to be applicable to nursing practice. However, the evaluation form of power should be revised in contents and details.

The revision of an empowerment model for health in chronically ill patients included the revision of empowerment process, the evaluation form of power and patient-empowerment practicum.

Results of the study was discussed relative to empowerment concept and participative learning. The implications of the study can be used in nursing practice and nursing education by suggesting every nurse having knowledge of empowerment concept. More researches should be done to examine the outcome of empowerment process in long run towards perception of patients' power, the ability in managing with their own illness. Furthermore, factors that will be effect to empowerment results in the chronically ill patients and other patients groups should be examined. The participative learning provision process should be applied to the training program which aims to empower the learner.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง
การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ของ
นางสาวดารณี จามจุรี

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร. นภาภรณ์ หะวานนท์)
วันที่ 8 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์

..... ประธาน
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร. มนัส บุญประกอบ)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริยุภา พูลสุวรรณ)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ ดร. ยุวดี ฦาชา)

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุน

จาก

ทุนงบประมาณแผ่นดิน

ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ช่วยให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์และเป็นจริงขึ้นมาได้ แรกสุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ขัมภลิขิต, รศ. ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ และอาจารย์ ดร.มนัส บุญประกอบ ที่ได้เสียสละเวลาให้ความรู้และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ตลอดเวลาเกือบ 2 ปีของการทำปริญญานิพนธ์โดยที่ไม่รู้สึกเบื่อหน่าย พร้อมทั้งให้กำลังใจและกระตุ้นให้ผู้วิจัยสามารถทำงานจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เหนือสิ่งอื่นใดวิธีการที่ท่านอาจารย์ทั้งสามได้ช่วยให้ผู้วิจัยเกิดการเรียนรู้นับว่ามีคุณค่ายิ่ง เพราะเป็นผลลัพธ์ที่ผู้วิจัยสามารถนำติดตัวไปใช้ในการทำงานและดำเนินชีวิตต่อไปได้ ผู้วิจัยต้องขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงและถือว่าโชคดีที่ได้ท่านเป็นอาจารย์ควบคุมปริญญานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณกรรมการสอบปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริยุภา พูลสุวรรณ และ รองศาสตราจารย์ ดร. ยุวดี ฦาชา ที่ท่านได้ให้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อการสรรสร้างปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้เชี่ยวชาญที่สละเวลาในการพิจารณาโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจและตรวจสอบหลักสูตรฝึกอบรม พร้อมทั้งได้ให้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่าต่อการทำปริญญานิพนธ์ และขอขอบคุณ ดร.วันเพ็ญ พิชิตพรชัยสำหรับคำแนะนำในส่วนของการศึกษาเชิงคุณภาพ

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการพิจารณาทุนสนับสนุนการวิจัย “ทุนงบประมาณแผ่นดิน” มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่สนับสนุนการทำปริญญานิพนธ์ในครั้งนี้

สำหรับบุคคลที่ช่วยสนับสนุนให้ช่วงของการดำเนินการประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยต้องขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์เสรี หงษ์หยก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์พระนั่งเกล้า คุณกัลยา อักขรายุธ อดีตหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์พระนั่งเกล้าที่อนุญาตและเอื้ออำนวยในการเก็บข้อมูลในช่วงของการศึกษาเชิงคุณภาพ นายแพทย์เปรม ชินวันทนานนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร คุณวนิดา วุฒิพงศ์ อดีตหัวหน้าพยาบาล และคุณนิภาพรรณ พิณสาย หัวหน้าพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านของกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่ได้ให้การสนับสนุนทรัพยากรและดูแลผู้วิจัยอย่างดียิ่งในช่วงระหว่างการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและการทดลองหลักสูตรฝึกอบรม นายแพทย์ธวัช นาวีระ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลพบุรี คุณสมสุข กำเนิดทอง หัวหน้าพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านของกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลลพบุรี ที่ได้ให้การสนับสนุนทรัพยากรและข้อเสนอแนะที่มีคุณค่าในช่วงของการดำเนินการฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ปราศจากการสนับสนุนของท่านเหล่านี้ผู้วิจัยคงไม่สามารถดำเนินการทำปริญญานิพนธ์นี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้

ขอขอบคุณผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังทุกท่านทั้งที่โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร และโรงพยาบาลลพบุรี ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในระหว่างดำเนินการฝึกอบรม รวมถึงให้ข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์ต่อการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม ถ้าปราศจากความร่วมมือจากผู้เข้ารับการอบรมทุกท่าน ผู้วิจัยคงไม่สามารถบรรลุเป้าหมายของการวิจัยได้

ขอขอบคุณอาจารย์ ดร. วรรณวิไล จันทราภา อาจารย์อาริยา สัพพะเลข ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านการพยาบาล อาจารย์สมหมาย หิรัญนุช ผู้อำนวยการกองการพยาบาล และพี่ ๆ เพื่อน ๆ นักวิชาการกองการพยาบาลทุกท่านที่ให้การสนับสนุนทั้งในด้านความรู้ ข้อมูล กำลังใจและทรัพยากรในการทำปริญญา

นิพนธ์ครั้งนี้ รวมถึงเพื่อนนิสิตปริญญาเอกสาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตรรุ่น 13 ทุกท่าน ที่ให้กำลังใจและคำแนะนำที่มีประโยชน์ต่อการทำปริญญานิพนธ์

ผู้วิจัยถือได้ว่าโชคดีที่ได้รับการสนับสนุนจากทุกท่าน ช่วยให้ผู้วิจัยเกิดความเข้มแข็งและมีพลังอำนาจที่จะฝ่าฟันอุปสรรคต่าง ๆ ในช่วงระหว่างการทำปริญญานิพนธ์ จนทำให้วันนี้ผู้วิจัยสามารถที่จะรับรู้ถึงความสำเร็จของการทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ได้ เหนือสิ่งอื่นใดผู้วิจัยสำนึกในบุญคุณของบิดา และมารดาของผู้วิจัยที่ได้อุปถัมภ์ค้ำชูและส่งเสริมจนผู้วิจัยพบกับความสำเร็จในวันนี้ ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าปริญญานิพนธ์ฉบับนี้อันเป็นผลงานที่เกิดขึ้นจากการสนันสนุนของทุกท่านจะมีประโยชน์ต่อการพัฒนาการพยาบาลและทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยไม่มากก็น้อย

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอให้กำลังใจแก่ทุกท่านที่กำลังทำปริญญานิพนธ์ และขอให้เชื่อว่า “พลังเธอเหนือพลังใด ทุ่มหมดใจ ถอยไม่เป็น”

ดารณี จามจุรี

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ	1
	ภูมิหลัง	1
	ความมุ่งหมายในการวิจัย	6
	ความสำคัญของการวิจัย	7
	ขอบเขตของการวิจัย	7
	นิยามศัพท์เฉพาะ	7
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
	การเจ็บป่วยเรื้อรังกับการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง	9
	ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรัง	9
	การจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง	10
	การพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง	12
	การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพกับรูปแบบพลังอำนาจ	17
	การเสริมสร้างพลังอำนาจ	17
	พลังอำนาจกับการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง	22
	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังอำนาจ	28
	แนวคิดรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	34
	การกำหนดบทบาท สมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	45
	การศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ	51
	การฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม	57
	ความสำคัญของการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมกับกระบวนการพัฒนาพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	58
	ปรัชญาที่ใช้ในการจัดการฝึกอบรม	59
	การจัดการเรียนรู้ในกระบวนการพัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	61
	กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า	73

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	76
	ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์รูปแบบพลังอำนาจและการกำหนดโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	76
	ขั้นตอนที่ 2 การศึกษากระบวนการพัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	80
	ขั้นตอนที่ 3 การประเมินและปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	94
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	96
	ขั้นตอนที่ 1 ผลการศึกษาและวิเคราะห์รูปแบบพลังอำนาจและการกำหนดโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	96
	ขั้นตอนที่ 2 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	116
	ขั้นตอนที่ 3 ผลการประเมินและปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	173
5	สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	186
	สังเขปความมุ่งหมายและวิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า	186
	สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	188
	อภิปรายผล	201
	ข้อเสนอแนะ	209
	บรรณานุกรม	212
	ภาคผนวก	219
	ภาคผนวก ก	220
	ภาคผนวก ข	261
	ภาคผนวก ค	450
	ภาคผนวก ง	466
	ประวัติย่อผู้วิจัย	469

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	คำจำกัดความของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Definitions of empowerment) ตามทัศนะของนักวิชาการ	18
2	รูปแบบการดูแลแบบดั้งเดิมหรือชีวการแพทย์กับการดูแลแบบเสริมสร้างพลังอำนาจ	35
3	แสดงองค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย	37
4	สรุปรายละเอียดขั้นตอน เป้าหมายและตัวชี้วัดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	99
5	ความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม	126
6	ความสอดคล้องของหลักสูตร	127
7	แสดงการเปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกอบรม จำแนกตามกิจกรรมการ ฝึกอบรมระหว่างเวลาที่กำหนดไว้ในตารางการฝึกอบรม กับที่ดำเนินการตามสภาพการณ์จริง	129
8	ผลการประเมินพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมในการประชุมกลุ่ม จำแนกตามรายกิจกรรม	131
9	แสดงผลการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้และความเข้าใจ ที่ได้รับจากการเรียนรู้	133
10	แสดงผลการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมต่อการนำความรู้ไปใช้ใน การปฏิบัติการพยาบาล	134
11	แสดงผลการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อหลักสูตรฝึกอบรม	138
12	ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้ารับการอบรม	148
13	ผลการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมในกิจกรรมการประชุมกลุ่ม	150
14	ค่าสถิติพื้นฐานของค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรม ด้านความรู้ ความเข้าใจต่อประเด็นการเรียนรู้ ก่อนและหลังการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ	152
15	เปรียบเทียบความแตกต่างด้านความรู้ ความเข้าใจต่อประเด็นการเรียนรู้ ก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ	153
16	ผลการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านการนำความรู้ ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล	154
17	ผลการประเมินผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกปฏิบัติด้านความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ภายหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ	157
18	ผลการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านเจตคติ ภายหลังการฝึกปฏิบัติ	166
19	ผลการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมด้านความเหมาะสมของ กระบวนการฝึกปฏิบัติ	170

บัญชีตาราง(ต่อ)

ตาราง		หน้า
20	ผลการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมด้านความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม	171
21	ผลการปรับปรุงกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังเปรียบเทียบกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเดิม	176
22	ผลการปรับปรุงแบบประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยโรคเรื้อรังเปรียบเทียบกับแบบประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยโรคเรื้อรังเดิม	181
23	ผลการประเมินของผู้เข้ารับการอบรมถึงความเหมาะสมของคู่มือการประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	184
24	ผลการปรับปรุงหลักสูตรฝึกอบรมในส่วนของกระบวนการฝึกปฏิบัติเปรียบเทียบกับกระบวนการฝึกปฏิบัติเดิม	185

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ		หน้า
1	แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย	23
2	ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งพลังอำนาจ พลังอำนาจ และความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วย	28
3	ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งพลังอำนาจ พลังอำนาจ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจ	33
4	แสดงความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างการเรียนรู้เชิงประสบการณ์กับ กระบวนการกลุ่ม	65
5	วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคล์บ (Kolb's Experiential Learning Model)	66
6	กรอบแนวคิดในการวิจัย	75
7	แผนผังการดำเนินการศึกษาค้นคว้า	77
8	ความสัมพันธ์ระหว่างการสูญเสียพลังอำนาจ การมีพลังอำนาจ การมีพลังอำนาจ และการเสริมสร้างพลังอำนาจ	113
9	วงจรของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	208

บทที่ 1
บทนำ

ภูมิหลัง

ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพของประชาชนในประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงรูปแบบไปตามสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดในด้านสุขภาพอนามัย คือ การเสียชีวิตอันเนื่องมาจากโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มสูงขึ้น เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน เป็นต้น จากรายงานจำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2539 – 2543 พบว่า โรคมะเร็ง โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับต้น ๆ ของประชาชนไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยพบว่าโรคมะเร็งจากเดิมในปี 2539 อัตราตาย 50.5 เป็น 63.9 ในปี 2543 โรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง ในปี 2539 อัตราตาย 15.6 เป็น 18.9 ในปี 2543 และเมื่อพิจารณาอัตราการป่วยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2542 กลุ่มโรคหัวใจมีอัตราการป่วยสูงสุดของการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีอัตราการป่วย 230.81 รองลงมาคือโรคเบาหวาน 218.88 และโรคความดันโลหิตสูง 216.60 (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. 2544) ความสำคัญของการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่เพียงแต่เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่จำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต รวมถึงการควบคุมโรคและการรักษาพยาบาลตามอาการเพื่อลดความรุนแรงของอาการและอาการแสดง ยับยั้งความก้าวหน้าของโรค ลดภาวะแทรกซ้อนของโรคและอัตราการตายในผู้ป่วย นอกจากนั้นโรคเรื้อรังยังมีผลต่อภาระการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงและยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านกาย จิต อารมณ์และสังคม รวมถึงผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยอีกด้วย การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มุ่งเฉพาะโรคและการรักษาแต่เพียงอย่างเดียวคงไม่เพียงพอ แต่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะต้องได้รับการช่วยเหลือให้เพิ่มขีดความสามารถในการปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสมและรับผิดชอบในการดูแลตนเอง (Self – care) (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537 : 19 ; อ้างอิงจาก Cluff. 1981. *Chronic disease, function and the quality of care.*)

ในทางการพยาบาล ได้มีความพยายามที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสามารถที่จะดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อให้บรรลุความมีสุขภาพดีถึงแม้จะมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ด้วยการพัฒนายุทธวิธีที่หลากหลาย ซึ่งแต่ละวิธีมีวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ ข้อจำกัดที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่ การให้ข้อมูล การให้คำปรึกษา การส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง การส่งเสริมกลุ่มสนับสนุนกันเอง การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าประสิทธิผลของการให้ความรู้และข้อมูลในรูปแบบต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวสูงขึ้น การวิจัยส่วนใหญ่จะวัดเรื่องความรู้เป็นหลัก แสดงให้เห็นว่าความรู้เป็นสิ่งที่จำเป็น แต่ไม่เพียงพอในการส่งเสริมการดูแลตนเองได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ และส่วนหนึ่งน่าจะเป็นจากศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละรายที่มีไม่เท่าเทียมกันในการที่จะนำความรู้ที่ได้ไปคิดพิจารณาและตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง (รัตนชฎาวรรณ มั่นกันนาน. 2542 : 38) การให้ความรู้ด้วยการสอนโดยถือว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพไม่ว่าจะเป็นพยาบาลหรือแพทย์เป็นผู้มีอำนาจเปรียบประดุจบิดามารดา หรือครูของผู้ป่วยเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง เพราะเป็นการสร้างสัมพันธภาพในรูปแบบที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาเจ้าหน้าที่สุขภาพ

ผู้ป่วยอาจรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของตนเอง นอกจากนั้นการที่ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นเพียงผู้รับคำแนะนำและปฏิบัติตามอยู่ ไม่ได้มีส่วนในการควบคุมตนเอง ทำให้บางครั้งปัญหาจะเกิดขึ้นถ้าทัศนคติและความเชื่อของผู้ป่วยต่างจากเจ้าหน้าที่สุขภาพที่อาจไม่มีความเข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับวิถีชีวิต บริบททางสังคมวัฒนธรรมและความเป็นอยู่ของผู้ป่วย เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจในการรักษา รู้สึกว่าเป็นความทุกข์ทรมาน อันเกิดจากความไม่สอดคล้องกับชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยได้ ใช้เวลาของเขาในแต่ละวันอย่างมาก ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ทำให้เขาอ่อนเพลียหมดแรง ทำให้เขาเสียเงินจำนวนมากหรือทำให้เขาต้องยุ่งยากในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ จึงเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะกระทำตามความคาดหวังดังกล่าว (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537 : 52 ; อ้างอิงจาก Strauss. 1975. *Chronic illness and the quality of life.*) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสมีส่วนร่วมในการกำหนดและตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษานั้นอย่างไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ทำให้ผลการรักษาไม่ดี

จากปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังดังกล่าวข้างต้น ไม่ใช่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของไทยเท่านั้น แต่ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกก็ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน จึงเป็นที่มาของการสาธารณสุขแนวใหม่ (New Public Health) ที่มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างไปจากเดิม (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2541 : 7) ที่มุ่งเน้นไปที่การมีส่วนร่วม ทำให้ "การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)" ได้กลายมาเป็นหัวใจของวาทกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion discourse) (Farrant. 1991 : 424) ด้วยการนำคุณลักษณะเด่นบางประการของการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ เช่น สิทธิของผู้ป่วยที่จะเลือก การตัดสินใจร่วมกัน และการยอมรับในหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคคล (Rodwell. 1996 : 311)

การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือโดยเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยร่วมกับการใช้แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศ มีเป้าหมายที่ต้องการให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการควบคุมโรคและสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยต้องเป็นผู้นำแผนการรักษาไปปฏิบัติและปรับใช้ด้วยวิธีการที่เหมาะสมตามสถานการณ์และสภาพชีวิตประจำวันด้วยตนเอง (Anderson.1995 : 412; Feste. 1992 : 922 – 923) ผลการวิจัยในรูปแบบการช่วยเหลือดังกล่าวพบว่าช่วยพัฒนาความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมทั้งช่วยควบคุมโรคได้ดีขึ้น (Anderson, et al. 1995 : 943)

การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยคำจำกัดความจะหมายถึง "กระบวนการเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้บุคคลมีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเองในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพ ด้วยการช่วยให้บุคคลตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในตน การได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมแบบเท่าเทียมกันในการค้นหาปัญหา พัฒนาการดูแลสุขภาพของตน รวมถึงการดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนภายใต้การสนับสนุนข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ การสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือบุคคล รวมถึงการให้ข้อมูลและ/หรือส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนให้กับผู้ป่วยซึ่งจะเอื้ออำนวยและสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อให้บุคคลสามารถสร้างทางเลือกสำหรับดูแลสุขภาพของตนเองและมีความมุ่งมั่นทุ่มเทที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวทางที่ตนเองได้กำหนดขึ้น" (Miller. 1992; Gibson. 1995; Suk bling. 1998 ; citing Keiffer. 1984. *Citizen empowerment: A developmental perspective.*; Katz. 1984.*Professional/self-help group relationships : General issues.*; Rappaport. 1985. *The power of*

empowerment language. ;Conger and Kanungo. 1988. *The empowerment process: Integrating theory and practice.*; Jones and Meleis. 1993. *Health is empowerment.*; Zimmerman. 1990.*Taking aim on empowerment research: On the distinction between individual and psychological conceptions.*, 1995.*Psychological empowerment:Issues and illustrations.*; Dunst, Trivette and Deal. 1994. *Enabling and empowering families:Principles and guidelines for practice.*) ปรัชญาของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยอยู่บนหลักการ 2 ประการ **ประการแรก** แนวคิดนี้เชื่อว่าผู้ป่วยมีหน้าที่สำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและสุขภาพของตนเอง **ประการที่สอง** ปรัชญาการเสริมสร้างพลังอำนาจ เชื่อว่าผู้ป่วยเป็นผู้มีประสบการณ์อย่างต่อเนื่องยาวนานทั้งความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและการรักษาความเจ็บป่วยของตน ดังนั้นจึงมีสิทธิอันชอบธรรมที่จะเป็นบุคคลแรกที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลของตน ถึงแม้ว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพจะเข้ามามีบทบาทในกระบวนการตัดสินใจนี้ด้วยก็ตาม แต่การประเมินว่าอะไรคือสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยก็เป็นสิทธิอันชอบธรรมและหน้าที่ของบุคคลนั้นเอง (Feste. 1992 : 922 – 925; Gibson. 1991 : 354 – 361)

การเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับการวิจัยครั้งนี้เกิดจากความเชื่อที่ว่า พลังอำนาจ (Power) คือแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคนและเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน (Miller. 1992 : 3) และยังรวมถึงศักยภาพหรือความสามารถที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ (Hawks. 1991.) พลังอำนาจมีอิทธิพลต่อการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยคือ ความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยอันได้แก่ ผลกระทบอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยและความยุ่งยากที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากภาระการจัดการกับการเจ็บป่วย ความรู้สึกถึงการควบคุมจะช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงสภาวะการดำเนินของโรค/การเจ็บป่วยหรือการรักษาพยาบาลและช่วยให้เกิดการปรับตัวที่ดีขึ้น (Berckman and Austin. 1993) โดยที่แหล่งของพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังตามแนวคิดของมิลเลอร์มีอยู่ด้วยกัน 7 แหล่ง ได้แก่ (1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength and reserve) (2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and Social support) (3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive Self-Concept) (4) พลังงาน (Energy) (5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and Insight) (6) แรงจูงใจ (Motivation) และ (7) ระบบความเชื่อ (Belief system) การที่ผู้ป่วยจะมีพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ แหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่งของผู้ป่วยต้องมีความเข้มแข็งหรือสมดุลเพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนได้ แต่ในบางสภาวะการณ์ผู้ป่วยอาจมีความพร่องของแหล่งพลังอำนาจเกิดขึ้น ความพร่องหรือไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจนำไปสู่การเกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) ซึ่งคาพีนีทู (Carpenito. 1991. : 474) ให้ความหมายว่าเป็นภาวะที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองขาดการควบคุมตนหรือเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้น ๆ ปัจจัยที่มีผลต่อแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจากการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังอำนาจ (Seligman. 1975; Mishel. 1988, 1990; Stapleton. 1992; Miller. 1992. : 6 – 7,11 ; citing Strain. 1979. *Psychological reactions to chronic medical illness.*; Lefcourt. 1966. *Belief in personal control:Research and implications.* ; Rotter. 1966. *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement* ; Suk Bling. 1998. ; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537 : 54 ; อ้างอิงจาก Hymovich and Hagopian. 1992. *Chronic illness in children and adults:A psychosocial approach.*) พบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย ได้แก่ (1) ปัจจัยอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย ที่เป็นผล

เนื่องมาจาก ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึกหมดหวังต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ สภาพร่างกายที่แย่ลง และการรักษาพยาบาลที่ได้รับ การปฏิบัติตามแผนการรักษา ผลข้างเคียงของการรักษา (2) ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย ประกอบด้วย ค่านิยม ความเชื่อ เป้าหมายในชีวิต ประสบการณ์ส่วนบุคคล และความเชื่ออำนาจในการควบคุม (Locus of control) (3) ปัจจัยระหว่างบุคคล ประกอบด้วย ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อผู้อื่น และสัมพันธภาพกับผู้อื่น และ (4) ปัจจัยอันเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ที่สำคัญคือ ผลกระทบอันเนื่องมาจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วย

ความรู้สึกถึงการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นอกจากจะส่งผลต่อทั้งสภาวะทางกายและทางด้านจิตใจแล้ว ยังมีผลต่อการบรรลุถึงผลสำเร็จของการรักษาพยาบาลด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการร่วมมือและมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพตนเอง เพราะการที่ผู้ป่วยรู้สึกถึงการสูญเสียพลังอำนาจมากขึ้นผู้ป่วยก็จะเกิดการนับถือตนเองที่ต่ำลง เชื่อว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการเจ็บป่วย เกิดความท้อแท้ หมดหวัง ไม่เชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ แต่จะต้องพึ่งพิงบุคคลอื่นตลอดเวลา เป็นภาระของบุคคลอื่น ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และสุดท้ายคือการมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต่ำลง (Miller. 1992 : 416)

การสูญเสียพลังอำนาจเป็นการรับรู้ของบุคคลว่าเหตุการณ์หรือผลกระทบของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นตนไม่สามารถที่จะควบคุมได้ ในขณะที่การเสริมสร้างพลังอำนาจจะเป็นการช่วยส่งเสริมความสามารถของบุคคลในอันที่จะควบคุมเหตุการณ์หรือลดผลกระทบอันเนื่องมาจากเหตุการณ์ที่มีผลต่อชีวิตของตน การปฏิบัติที่คำนึงถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นฐาน (Empowerment – base practice) เน้นการรับรู้ถึงความสำเร็จที่มีต่อสิ่งแวดล้อม การพิจารณาตนเองและการตระหนักถึงแรงขับดันทางสังคมที่ส่งผลทางด้านลบต่อชีวิตของบุคคล (Suk Bling. 1998 : 53 ; citing Parsons. 1991. *Empowerment: Purpose and practice principle in social work.*) โดยมีเป้าหมาย คือ การช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตนสามารถควบคุมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตนเองได้และยอมรับต่ออุปสรรคจากภายนอกไม่ว่าจะเป็นการแบ่งแยก (Discrimination) ความลำเอียง อคติ (Prejudice) และการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัว (Exploitation) ที่สร้างปัญหาต่อชีวิตของตน ด้วยสัมพันธภาพแห่งการช่วยเหลือ การเสริมสร้างพลังอำนาจจะลดอำนาจและการควบคุมของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่มีต่อผู้ป่วย ด้วยการเน้นที่จุดแข็งของผู้ป่วยมากกว่าโรคและความเจ็บป่วย (Suk Bling. 1998 : 53 – 54 ; citing Gutierrez and Ortega. 1990. *Developing methods to empower Latinos: the importance of groups.*) เนื่องจากผู้ป่วยจะกลายเป็นบุคคลที่สูญเสียพลังอำนาจถ้าถูกกระทำดังเช่นวัตถุมากกว่าในฐานะบุคคลด้วยการขัดขวางการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย เมื่อแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ประยุกต์ใช้กับการเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้มีการวิจัยที่ยืนยันว่า ความรู้สึกถึงการควบคุมตนสามารถพัฒนาการปรับตัวให้เข้ากับความเจ็บป่วยทางกาย (Suk Bling. 1998 : 55) การที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมชะตาชีวิตของตนเองไม่เพียงส่งผลต่อสภาวะสุขภาพดี แต่ยังส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจและกระบวนการรักษาพยาบาล (Brighton. 1994 : 12 ; citing Neufeld, Degner and Dick. 1993. *A nursing intervention strategy to foster patient involvement in treatment decision.*) การศึกษาของ นาช (Nash) แสดงให้เห็นถึงผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการดูแลตนเอง รู้ว่าเมื่อไหร่และบริการทางการแพทย์อะไรที่จะต้องแสวงหา รวมถึงการมีความคิดทางด้านบวกและเอกลักษณ์ของตนเอง (Suk Bling. 1998 : 55 ; citing Nash 1990. *Self-help groups: An empowerment vehicle for sickle cell disease patients and their families.*)

สำหรับการพยาบาล ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยถูกมองว่าเป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ที่อำนาจส่วนใหญ่จะอยู่ในมือพยาบาล สำหรับพยาบาลอำนาจของความเป็นผู้เชี่ยวชาญแสดงถึงการมี ความรู้ที่จำเป็น ศักยภาพและทักษะที่จะสร้างบทบาทที่มีประสิทธิภาพของบุคคลภายในบริบทของการดูแล (Rodwell. 1996 : 308 ; citing Benner. 1984. *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice.*) ในความหมายของการดูแล (Caring) คือ ความรับผิดชอบที่มีต่อบุคคล (Taking responsibility for people) ซึ่งการที่จะทำให้ความรับผิดชอบดังกล่าวเป็นไปตามศักยภาพจำเป็นต้องอาศัย อำนาจ (Iphofen and Poland. 1998 : 25)

การบริการพยาบาลที่ใช้แนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ อยู่บนหลักการของการยึดบุคคล หรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งหมายความว่า ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากผู้ป่วย ถ้าไม่มีผู้ป่วยเจ้าหน้า ที่สุขภาพก็จะไม่มีความจำเป็นอีกต่อไป แต่เจ้าหน้าที่สุขภาพส่วนใหญ่ก็ยังมองความสัมพันธ์นั้นเป็นการที่ ผู้ป่วยต้องยอมตามคำชี้แนะของตน การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้น การให้ ข้อมูลจะไม่เป็นแบบทิศทางเดียว คือ จากเจ้าหน้าที่สุขภาพไปสู่ผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยก็มีข้อมูลที่มีคุณค่าต่อ เจ้าหน้าที่สุขภาพด้วยเช่นกัน ด้วยความร่วมมือกันของทั้งสองฝ่ายจะทำให้ได้การตัดสินใจที่เหมาะสมกับ ผู้ป่วย นอกจากนั้นในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพจะต้องเป็นแบบการต่อรองเพื่อหาข้อ ตกลงร่วม (Negotiated) ไม่ใช่การใช้อำนาจหรือครอบงำความคิด (Dictated) ผู้ป่วยจะต้องทำความเข้า ใจก่อนว่าอะไรคือความต้องการและสิ่งที่เป็นอุปสรรคในการจัดการกับสุขภาพและความเจ็บป่วยของตน ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพจะมีความรับผิดชอบร่วมกันที่จะไปสู่ผลสัมฤทธิ์ที่พึงประสงค์ เจ้าหน้าที่สุขภาพ จะทำหน้าที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งหมายถึง การให้ความเคารพต่อความเป็นบุคคลของ ผู้ป่วย และช่วยในการตัดสินใจในวิถีทางที่มีความหมายต่อตัวผู้ป่วยเอง นั่นคือการที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการ กระตุ้นให้แสดงออกถึงความเป็นตัวของตัวเองด้วยการเสนอข้อมูลและความร่วมมือในการกระทำตามที่ตนตัด สินใจ (Berger, Anderson – Harper and Kavookjian. 2000 : 10 – 11) สุดท้ายการปฏิบัติการพยาบาล ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการเคารพความเป็นบุคคล ในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ มิใช่ให้ คุณค่าแก่บุคคลเพราะฐานะ หรือเชื้อชาติ

ถ้าพยาบาลจะประยุกต์แนวคิดนี้เข้าสู่ระบบการพยาบาล จำเป็นที่จะต้องยอมรับว่าสุขภาพไม่ใช่ สิ่งที่ประชาชนทุกคนให้ความสำคัญว่าเป็นหัวใจของการดำรงชีวิต บางคนอาจเลือกที่จะไม่ใส่ใจคำแนะนำที่ ได้รับเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี (Gott and O'Brien. 1991 : 137 – 143) เช่นเดียวกับที่พบว่าบางครั้ง พยาบาลก็มีความลำบากใจที่จะยอมรับสิทธิของผู้ป่วยที่จะไม่กระทำตาม

สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งในการสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย คือ การต่อสู้กับความกลัวของ การได้มาซึ่งอิสระภาพในการเลือกและตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับสุขภาพของตน เนื่องมาจากความสัมพันธ์ เชิงอำนาจที่มีมานานระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลที่เคยเป็นมา ในรูปของการที่พยาบาลเป็นผู้นำทางชี้ทางให้ ผู้ป่วยเดินตามทางที่พยาบาลต้องการเสมอ โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องคิดอะไร ไม่ต้องตัดสินใจอะไร มีหน้าที่เพียง แต่ทำไปตามพยาบาลบอก แต่ต่อไปนี้ผู้ป่วยจะต้องเป็นตัวของตัวเอง ต้องตัดสินใจและต้องรับผิดชอบตน เอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวที่จะได้รับอิสระภาพเพราะไม่เคยกับการรับผิดชอบตนเองมาก่อน

หัวใจของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย คือ การปรับเปลี่ยนเจตคติทั้งของพยาบาลและผู้ป่วย สำหรับพยาบาล คือ การปรับเปลี่ยนความคิดจากการเป็นผู้กระทำ (Doers) และผู้ควบคุมความรู้และข้อมูลไป สู่การเป็นผู้เอื้ออำนวย (Facilitators) และรับฟังผู้ป่วยอย่างแท้จริงว่าผู้ป่วยต้องการอะไร ไม่ใช่เกิดจาก พยาบาลคิดเอาเองว่าผู้ป่วยต้องการอะไร (Kiser, Boario and Hilton. 1995 : 362) การยอมรับในคุณค่า

ของผู้ป่วยในฐานะปัจเจกบุคคลที่มีความแตกต่างกันในเรื่องของความเชื่อและประสบการณ์ที่มีต่อโรคและความเจ็บป่วย รวมถึงการยอมรับสิทธิของผู้ป่วยที่จะควบคุมชะตาชีวิตของตนเอง โดยที่เป้าหมายประการแรกของพยาบาลสำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย คือ การเตรียมผู้ป่วยให้สามารถสร้างทางเลือกเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง (Faste. 1992 : 922 – 925) รวมถึงการปรับเปลี่ยนเจตคติของผู้ป่วยให้เชื่อมั่นในความสามารถของตนในการจัดการกับการเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยการสนับสนุนและเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และทรัพยากรอย่างเพียงพอจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ดังนั้น การพัฒนาความรู้ เจตคติและทักษะในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับพยาบาล จึงเป็นสิ่งที่สำคัญในการดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมิได้จัดกระทำโดยตรงกับผู้ป่วย แต่เป็นการกระทำที่ผ่านพยาบาลซึ่งเป็นวิชาชีพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและประชาชนมากที่สุด และได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคลากรที่มีศักยภาพที่จะผลักดันให้เกิดการเคลื่อนไหวของการส่งเสริมสุขภาพแบบใหม่ (Benson and Latter. 1998 : 100 ; citing WHO. 1989. *Nursing leadership for Health for All.*) ดังนั้นจึงมีโอกาสอย่างมากที่จะทำให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพของบุคคล จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาแนวคิดของการให้คุณค่าผู้ป่วยและการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับพยาบาลเพื่อให้พยาบาลสามารถที่จะปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ประชาชนได้ (Rodwell. 1996 : 311 – 312) และการที่จะทำให้การเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดขึ้นในการปฏิบัติการพยาบาลได้นั้น พยาบาลต้องการโครงสร้าง การจัดการและกระบวนการศึกษาซึ่งสนับสนุนและกระตุ้นการพัฒนาคุณลักษณะที่สำคัญสำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจและการลงมือปฏิบัติจริงของพยาบาล ผู้ซึ่งเป็นบุคคลที่ให้บริการทางด้านสุขภาพกับผู้ป่วยโดยตรง การศึกษาวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นไปที่การแสวงหากระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้พยาบาลมีสมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยผู้วิจัยคาดหวังว่าความรู้ ความเข้าใจ เจตคติและประสบการณ์เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นในพยาบาล จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงถึงผลลัพธ์ที่พึงปรารถนาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ความมุ่งหมายในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดความมุ่งหมายของการวิจัยเพื่อแสวงหากระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้พยาบาลมีสมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยมีความมุ่งหมายย่อยในการวิจัยดังนี้

1. การศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดพลังอำนาจและกำหนดโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. การศึกษากระบวนการพัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
3. การประเมินและปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ความสำคัญของการวิจัย

1. ผลการศึกษาทำให้ได้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่ประกอบด้วย (1) โครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจ (2) กระบวนการพัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีจุดเน้นไปที่การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

2. เป็นแนวทางในการศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วย

3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยต่อเนื่องในอันที่จะนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในทุกพื้นที่ของการปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practices)

4. เป็นการศึกษาวิจัยที่จะช่วยสร้างอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับการพยาบาลในมิติของการส่งเสริมสุขภาพ

ขอบเขตของการวิจัย

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ อยู่บนฐานความเชื่อที่ว่าพลังอำนาจและแหล่งพลังอำนาจมีอิทธิพลต่อความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสำหรับการวิจัยในครั้งนี้มีจุดเน้นไปที่กระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้พยาบาลมีสมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังและกระบวนการพัฒนาพยาบาลให้มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยด้วยการใช้กระบวนการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม

3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลพบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

4. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังจำกัดขอบเขตเฉพาะในบริบทของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวโรงพยาบาล

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง (Chronically Ill Patients) หมายถึง บุคคลที่มีภาวะของการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายหรือทำให้กลับสู่สภาพเดิมได้ มีความจำเป็นที่จะต้องมีการจัดการเพื่อควบคุมภาวะของโรคและความรุนแรงของโรค ซึ่งต้องอาศัยทั้งกระบวนการรักษาพยาบาลและการจัดการกับการเจ็บป่วยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพของผู้ป่วยควบคู่กันไป

พลังอำนาจ (Power) หมายถึง ศักยภาพหรือความสามารถของผู้ป่วยที่จะมีอิทธิพลหรือควบคุมผลกระทบของเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดจากผลของการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยแหล่งของพลังอำนาจที่ส่งเสริมการรับรู้ของผู้ป่วยถึงพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยมี 7 แหล่ง ได้แก่ (1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength and reserve) (2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and Social support) (3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive Self-Concept) (4) พลังงาน (Energy) (5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and Insight) (6) แรงจูงใจ (Motivation) และ (7) ระบบความเชื่อ (Belief systerm)

รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ (The Empowerment Model for Health) หมายถึง กระบวนการที่ได้พัฒนาขึ้นมาอย่างเป็นระบบเพื่อการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่ประกอบด้วย กระบวนการ (1) พัฒนาโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง (2) พัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และ (3) ประเมินและปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ผลลัพธ์ของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง คือ พยาบาลวิชาชีพที่มีสมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

สมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง หมายถึง คุณลักษณะของพยาบาลที่จำเป็นในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย ประกอบด้วยความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลที่คำนึงถึงการให้คุณค่าแก่ผู้ป่วยในฐานะบุคคล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การส่งเสริมและเอื้ออำนวยพลังอำนาจในผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยที่มีประสิทธิภาพ

การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ (Empowerment for Health) หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเองในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพ ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในตน การได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมแบบเท่าเทียมกันในการค้นหาปัญหา พัฒนาการดูแลสุขภาพของตน รวมถึงการดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนภายใต้การสนับสนุนข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ การสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย รวมถึงการให้ข้อมูลและ/หรือส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนให้กับผู้ป่วยซึ่งจะเอื้ออำนวยและสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสร้างทางเลือกสำหรับดูแลสุขภาพของตนเองและมีความมุ่งมั่นทุ่มเทที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวทางที่ตนเองได้กำหนดขึ้น

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment process) หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในการจัดการกับการเจ็บป่วย ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ขั้นตอนการสร้างความร่วมมือ (2) ขั้นตอนการค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย (3) ขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (4) ขั้นตอนการสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร (5) ขั้นตอนการดำเนินการด้วยตนเอง และ (6) ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วย

หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง หมายถึง มวลประสบการณ์ที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบโดยใช้เทคนิคการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมมีความพร้อมทั้งด้านความรู้ ทักษะและเจตคติที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังเป็นการวิจัยเพื่อแสวงหากระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้พยาบาลมีสมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ด้วยการศึกษาและวิเคราะห์รูปแบบของพลังอำนาจและการกำหนดโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และการพัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยผ่านกระบวนการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม (Participative Learning) เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาแนวคิดทางทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. การเจ็บป่วยเรื้อรังกับการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง
   1.1 ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรัง
   1.2 การจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง
   1.3 การพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วย
2. การเสริมสร้างพลังอำนาจกับแนวคิดพลังอำนาจ
   2.1 การเสริมสร้างพลังอำนาจ
   2.2 พลังอำนาจกับการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง
   2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังอำนาจ
   2.4 แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
3. การกำหนดบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
4. การศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
5. การฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม

1. การเจ็บป่วยเรื้อรังกับการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

1.1 ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรัง

การเจ็บป่วยเรื้อรังได้มีผู้กำหนดความหมายที่หลากหลายขึ้นกับบริบทของสาขา (Disciplinary) ที่จะกำหนดเพื่อเป็นกรอบในการดูแลผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น เบอร์จิน (Buergin, et al. 1979) ได้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังว่าเป็นอาการและอาการแสดงที่เป็นสาเหตุมาจากโรค ที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ซึ่งการฟื้นหายของการเจ็บป่วยก็เป็นได้เพียงบางส่วนเท่านั้น การให้คำจำกัดความดังกล่าวมีลักษณะเน้นไปที่โรค (Disease-oriented) มาซซูคา (Mazzuca.1982) ให้ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังว่าหมายถึง สภาวะที่ต้องการความรับผิดชอบต่อตนเองในระดับสูงเพื่อให้สามารถจัดการกับความเป็นอยู่ในชีวิตประจำได้ ซึ่งเป็นการให้ความหมายที่เน้นไปที่ความสำคัญของการดูแลตนเอง (Curtin and Lubkin. 1998 : 6 ; citing Buergin, et al. 1979. *Chapter 29 in W. Phipps, B. Long, & N. Woods, Medical-surgical nursing.* ; Mazzuca.1982. *Does patient education in chronic disease have therapeutic value?.*) สำหรับในทัศนะของพยาบาล ลัปคิน (Lubkin) (Curtin and Lubkin. 1998 : 6) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังไว้ว่า คือ ภาวะที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ มีการสะสม

หรือแฝงอยู่ในร่างกายหรือทำให้ร่างกายอ่อนแอลงหรือมีความเสื่อมของร่างกาย ซึ่งต้องการการรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงการดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่และการป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น

แต่ไม่ว่าจะมีการให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างไร ความเป็นจริงสำหรับการเจ็บป่วยเรื้อรังก็คือภาวะของการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดหรือทำให้กลับสู่สภาพเดิมได้ ดังนั้นการจัดการเพื่อควบคุมภาวะของโรคและความรุนแรงของโรคจึงมีความจำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องอาศัยทั้งกระบวนการรักษาพยาบาลและการจัดการกับการเจ็บป่วยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพของผู้ป่วยควบคู่กันไป

1.2 การจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

การจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Coping Tasks) มิลเลอร์ (Miller. 1992) ได้ให้ความหมายว่าเป็นความยุ่งยาก ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเรื้อรังต้องเผชิญและจัดการกับสิ่งเหล่านั้นตลอดเวลาเพื่อรักษาและฟื้นฟูสมดุลของร่างกาย จิตใจของตน คงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ทางบวกและสามารถดำเนินชีวิตครอบครัวและสังคมตามปกติได้อย่างเหมาะสม มิลเลอร์ได้จำแนกภาระในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Coping Tasks) ออกเป็น 13 ด้าน ประกอบด้วย (Miller. 1992 : 27 – 33)

1.2.1 ความพยายามในการควบคุมความเป็นอยู่ที่ปกติของตน เป็นความพยายามของผู้ป่วยที่จะควบคุมอาการและอาการแสดงของการเจ็บป่วยเพื่อที่จะไม่ทำให้การเจ็บป่วยสร้างปัญหาในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของตนกับผู้อื่น

1.2.2 การปรับเปลี่ยนกิจวัตรและครรลองชีวิต เพื่อควบคุมอาการและมีชีวิตอยู่อย่างปกติเท่าที่จะเป็นไปได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงนิสัยและกิจวัตรบางอย่างของตน รวมถึงเรียนรู้ที่จะหลีกเลี่ยงกิจกรรมใด ๆ ที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น

1.2.3 การแสวงหาความรู้และทักษะเพื่อการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง การดูแลตนเองเป็นหัวใจสำคัญสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังในการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี การบรรลุถึงความต้องการดังกล่าวขึ้นกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยในการดูแลตนเองไม่ได้ขึ้นอยู่กับอำนาจของเจ้าหน้าที่สุขภาพ ศักยภาพในการควบคุมตน หมายถึงการแสวงหาทักษะ ความรู้ และแรงจูงใจที่จำเป็น และยังรวมถึงการให้ความสนใจต่อสภาพร่างกาย การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพและการมีกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อการปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงการรักษารวมถึงการแสวงหาความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพในการป้องกันการเกิดภาวะวิกฤติ

1.2.4 การดำรงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ทางบวก เมื่อความสามารถทางกายภาพลดลง พลังงานและความสามารถในการที่จะมีกิจกรรมตามที่ตนเองต้องการก็สูญเสียไปด้วย การดำรงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ทางบวกในตนสำหรับผู้ป่วยแล้วจึงเป็นภาระการจัดการที่สำคัญ ผู้ป่วยจะต้องไม่ยอมจำนนต่อความพิการหรือการเจ็บป่วยเพื่อนำไปสู่ความเป็นตัวของตัวเอง การดำรงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ทางบวกจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงศักยภาพของตนและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ รวมถึงการเพิ่มความนับถือในตนเอง

1.2.5 การปรับเปลี่ยนเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับผู้อื่น การเจ็บป่วยเรื้อรังอาจเป็นสาเหตุของการแยกตัวออกจากสังคมของผู้ป่วย เนื่องมาจากหมดกำลัง สภาพร่างกายอ่อนเพลียจนทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมได้ดีดังเดิม หรือมีอัตมโนทัศน์ในตนไม่ดี ทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่า ผู้ป่วยอาจต้องปรับตัวด้วยการมีปฏิสัมพันธ์กับคนกลุ่มน้อย และคงไว้ที่จะรักษาสัมพันธภาพกับเพื่อน ครอบครัวที่สามารถตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจของเขาไว้ได้

1.2.6 ความเศร้าโศกจากการสูญเสียอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย ความสูญเสียอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อความสูญเสียของความสามารถและหน้าที่ทางกายภาพเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อการสูญเสียการนับถือตนเอง บทบาทหน้าที่และสัมพันธภาพทางสังคมของผู้ป่วยอีกด้วย

1.2.7 การจัดการกับการเปลี่ยนแปลงของบทบาท โรคเรื้อรังมีผลให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียและปรับเปลี่ยนบทบาทของตน เช่น การสูญเสียบทบาททางสังคม บทบาทในหน้าที่การงาน รวมถึงการลดบทบาทในการตัดสินใจและมีส่วนร่วมในครอบครัว บุคคลจะเปลี่ยนบทบาทไปสู่ฐานะผู้ป่วย ต้องการการช่วยเหลือ บทบาทในการดูแลตนเอง และเป็นผู้รับบริการในระบบการรักษาที่ซับซ้อน ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอย่างต่อเนื่องและต้องพยายามปรับตัวให้เข้าได้กับบทบาทใหม่เพื่อไม่ให้เกิดความเครียดและรู้สึกสูญเสียต่อคุณค่าของตนไป

1.2.8 การต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา การเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยต้องกระทำตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตควบคู่ไปกับกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ บางครั้งจึงพบว่าผู้ป่วยอาจมีความลำบากใจต่อการรักษาที่ยุ่งยากและเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตที่ปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีความขัดแย้งในการปฏิบัติและอาจส่งผลให้ผู้ป่วยยกเลิกที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษา ดังนั้นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมของการปฏิบัติตามแผนการรักษาจึงมีความสำคัญ

1.2.9 การเผชิญกับความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางคนอาจมีความคิดว่า "เวลาของชีวิตมีเหลือน้อย" เมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่นที่ไม่เจ็บป่วย ผู้ป่วยที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข คือบุคคลที่มีความคิดในทางบวกว่าเวลาที่เหลืออยู่จะต้องใช้ให้เป็นประโยชน์มากที่สุด

1.2.10 การเผชิญกับ "การตีตรา" ทางสังคม ผู้ป่วยเรื้อรังจะต้องประสบและปรับตัวต่อการถูกมองจากบุคคลอื่นในสังคม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด คับข้องใจ อายหรือโกรธ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงต้องควบคุมอารมณ์ตนเองเมื่อเผชิญกับพฤติกรรมในลักษณะนั้นของสังคม

1.2.11 ความพยายามในการจัดการกับความไม่สุขสบายทางร่างกาย ความไม่สุขสบายทางกายที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยจะต้องค้นหาวิธีการที่จะช่วยตนเองให้สามารถจัดการกับความไม่สุขสบายทางกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2.12 การคงไว้ซึ่งความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ของตน ความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดขึ้นเนื่องมาจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ที่แวดล้อมตนเองได้ ไม่ว่าจะเป็นการรักษาพยาบาลที่ได้รับ การที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลอย่างเคร่งครัด ถ้าผู้ป่วยมีความสามารถที่จะเผชิญเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมั่นใจและมีความรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์ของตนเองได้ จะส่งผลที่ดีต่อการรักษาพยาบาล

1.2.13 การคงไว้ซึ่งความหวัง การที่ผู้ป่วยต้องประสบความยุ่งยากจากความไม่แน่นอนหรือการลุกลามของพยาธิสภาพของโรคมีผลทำให้ผู้ป่วยท้อแท้และหมดหวังต่อการควบคุมหรือจัดการกับผลกระทบอันเนื่องมาจากโรคที่เป็นอยู่ ความหวังเป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีกำลังใจต่อสู้กับความยุ่งยากเหล่านั้น เพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาวทั้งที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง

พฤติกรรมที่ผู้ป่วยและครอบครัวจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรังมีอิทธิพลต่อระดับของการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและการมีสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วย ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องพัฒนาทักษะไม่เพียงแต่จัดการกับความต้องการของร่างกายและการปรับเปลี่ยนครรลองชีวิตเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการจัดการกับสภาวะทางจิตสังคมที่เกิดจากผลกระทบของการเจ็บป่วย ความเครียดอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยในบางสถานะการณ์มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและไม่แน่นอน ความจริงที่ว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่สามารถทำให้กลับไปดี

ได้ดังเดิม แต่ความรู้เกี่ยวกับกลวิธีในการจัดการกับการเจ็บป่วยสามารถทำให้ปัญหาทางจิตอันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการเจ็บป่วยลดน้อยลงได้ (Miller. 1992 :19 ; citing Auerbanch. 1989. *Stress management and coping research in the health care setting : An overview and methodological commentary.*; Johnson, Lauver and Nail. 1989. *Process of coping with radiation therapy.*) นอกจากนั้นยังส่งผลในทางด้านบวกต่อการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้วย

1.3 การพยาบาลที่ส่งเสริมความสามารถผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วย

ระบบการพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการการดูแลและลงมือกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแล รวมทั้งปรับการใช้และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง (สมจิต หนุเจริญกุล. 2537 : 37)

ในความพยายามที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อให้บรรลุความมีสุขภาพดีถึงแม้จะมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายนั้น ทางการพยาบาลได้มีการพัฒนายุทธวิธีที่หลากหลาย ซึ่งมีวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ ข้อจำกัดของแต่ละวิธีที่แตกต่างกันดังต่อไปนี้

1.3.1 การให้ข้อมูล เป็นวิธีการที่พยาบาลมักใช้กันเสมอในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยที่สนับสนุนว่าบุคคลที่ได้รับประโยชน์จากการให้ข้อมูล มักเป็นบุคคลที่มีลักษณะประจำตัวหรือบุคลิกภาพที่มีความโน้มเอียงในทางชอบแสวงหาข้อมูล ดังนั้นการให้ข้อมูลกับบุคคลที่ไม่พร้อมที่จะรับข้อมูลอาจทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากขึ้น ในขณะเดียวกันการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพจะมีประโยชน์สามารถเพิ่มความรู้เรื่องโรค ความสามารถในการดูแลตนเองและลดความวิตกกังวลได้ การให้ข้อมูลความรู้เท่าที่จัดกระทำ เช่น การสอนแบบมีแบบแผน การแจกเอกสาร การใช้แผ่นภาพประกอบคำบรรยาย หนังสือ เทปเสียง การใช้สไลด์ประกอบเสียง (แม้นมนา จิระจรัส. 2539 : 29) วิธีการให้ข้อมูลผู้ป่วยนั้นมีอยู่ด้วยกันหลายวิธี โดยทั่วไปที่นิยมใช้กันมีอยู่ 2 วิธี คือการให้ความรู้เป็นรายบุคคลและการให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม

1.3.2 การให้คำปรึกษา เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้ในการพยาบาลกับผู้ป่วย เป็นการช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อการแก้ปัญหาและเผชิญกับภาวะวิกฤติต่าง ๆ ในชีวิต ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าตนสามารถกระทำอะไรด้วยตนเองได้บ้างเพื่อที่จะป้องกันการเกิดอาการที่รุนแรงและเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ การให้คำปรึกษารายบุคคล การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นต้น (แม้นมนา จิระจรัส. 2539 : 31)

1.3.3 การส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยพยาบาลจะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีการตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลในการตั้งเป้าหมายเพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งวิธีการนี้มักจะใช้ทั้งการให้ข้อมูลและให้คำปรึกษาร่วมกัน (แม้นมนา จิระจรัส. 2539 : 32) ข้อจำกัดของวิธีการนี้ในการนำมาใช้ในสถานการณ์จริงมักเกิดเนื่องมาจากจำนวนบุคลากรมีจำกัด ในขณะที่ผู้ป่วยมีจำนวนมาก ดังในรายงานวิจัยของ ยุพิณ ทองสวัสดิ์วงศ์ (2533) ได้ทำการศึกษาผลของการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลเฉพาะทางและผู้ป่วยเบาหวานที่ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองต่อภาวะควบคุมโรคและความพึงพอใจในชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินสุลิน จำนวน 31 คน โดยกลุ่มควบคุมจำนวน 16 คน ได้รับคำแนะนำตามปกติ กลุ่มทดลองจำนวน 15 คน เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายตามแนวทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายของคิง และติดตามผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมี

ค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะและความพึงพอใจในชีวิตไม่แตกต่างกัน ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ว่าระยะเวลาของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสั้นเกินไป จึงมีเวลาสำหรับแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด ตลอดจนข้อมูลต่าง ๆ การค้นหาปัญหาใหม่ การวางแผนหรือตั้งเป้าหมายร่วมกันกระทำไม่ได้เต็มที่ ข้อจำกัดนี้จึงส่งผลต่อการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

1.3.4 การส่งเสริมกลุ่มสนับสนุนกันเอง (Self – Help Groups) รูปแบบนี้เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในกลุ่มที่มีลักษณะเดียวกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร สนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านวัตถุ เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกันเอง ผู้ป่วยจะเป็นผู้มีบทบาทเด่นในการกระตุ้นการดูแลตนเองซึ่งกันและกัน โดยอาศัยประสบการณ์จริงของผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทช่วยเหลือในด้านการเสริมความรู้ ให้ความกระจ่างในปัญหาที่สงสัย เอื้ออำนวยความสะดวกและเป็นผู้ประสานงาน (แม้นมนา จิระจรัส. 2539 : 33)

การศึกษาของโฉมยง เหลาโชติ (2537) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองของแบนดูราร่วมกับแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม ที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี ในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมาตั้งแต่ 1 – 10 ปี แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 56 คน กลุ่มควบคุม 60 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเป็นกลุ่ม 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมสุขศึกษาสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ความคาดหวังในความสามารถดูแลตนเอง และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญและดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญ แต่ไม่พบความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สุดาพร ดำรงค์วานิช (2537) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินสุลิน ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจอายุรกรรมและคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร ผู้ป่วยกลุ่มที่เป็นเบาหวานมาตั้งแต่ 1 – 5 ปี แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มควบคุม 48 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 เดือน ผลการวิจัยพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษากลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคแทรกซ้อน ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติและพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายถูกต้องมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและถูกต้องมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่ได้วัดภาวะการควบคุมโรค

เกสรี เลิศประไพ (2539) ศึกษาถึงประสิทธิผลของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินสุลิน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 78 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 39 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มละ 9 – 12 คน จำนวน 3 ครั้ง ซึ่งจัดให้มี 4 สัปดาห์ต่อ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผู้ป่วยมีความพร่องในการดูแลตนเองลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติและผู้ป่วยที่ได้รับการสอนตามปกติมีความพร่องในการดูแลตนเองลดลงกว่าก่อนได้รับการสอน ส่วนระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าของผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองและได้รับการสอนตามปกติลดลงไม่แตกต่างกัน และโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้และการปฏิบัติ

ตัวในเรื่องการดูแลสุขภาพในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้าและการลดสูบบุหรี่ลง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ดีขึ้น แสดงให้เห็นว่าการช่วยเหลือกันภายในกลุ่มจะช่วยลดความพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ ได้

1.3.5 การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem)

วิธีการดังกล่าวข้างต้น พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้สอนและชี้แนะ ส่วนผู้ป่วยยังมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพียงเล็กน้อย จึงได้มีการพยายามปรับเปลี่ยนและพัฒนารูปแบบเพื่อหาวิธีการที่จะสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้น

ตามแนวคิดของโอเร็มในการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยจะได้เรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและการกระทำการดูแลตนเอง ได้รับการสอนแนะนำและสนับสนุนจากพยาบาล มีการกระตุ้นให้กำลังใจผู้ป่วยและคงไว้ซึ่งความพยายามในการดูแลตนเอง ซึ่งวิธีการให้ความช่วยเหลือประกอบด้วยการสอน การชี้แนะ การสนับสนุนและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง (สมจิต หนุเจริญกุล. 2537 : 3)

วิธีการให้ความช่วยเหลือโดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดของโอเร็ม ได้แก่

การสอน เป็นวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการและเป็นวิธีการสำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (สมจิต หนุเจริญกุล. 2537 : 44) การอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย ผลของการเจ็บป่วยต่อร่างกาย การรักษาและการป้องกันควบคุมภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนแนวทางในการดำเนินชีวิตตามปกติในสังคมในฐานะบุคคล ๆ หนึ่ง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปผสมผสานกับความรู้เดิมเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ (รัตนชฎาวรรณ มั่นกันนาน. 2542 : 33 ; อ้างอิงจาก Schafer, et al. 1988 : 90 –98 *Nursing care plan for the child : A nursing diagnosis approach.*)

การชี้แนะ เป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณีที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถตัดสินใจเลือกได้ (สมจิต หนุเจริญกุล. 2537 : 44) การชี้แนะสามารถกระทำได้ร่วมกับการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับรู้และเข้าใจภาวะสุขภาพ แผนการรักษา ความต้องการในการดูแลตนเอง และตัดสินใจเลือกปฏิบัติการดูแลตนเอง ซึ่งโอเร็มได้อธิบายการมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาในลักษณะของกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุขของตนเอง (รัตนชฎาวรรณ มั่นกันนาน. 2542 : 33 ; อ้างอิงจาก Carr. 1995 : 36 *Using Orem's model in the care of aldolescents.*)

การสนับสนุน เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด มีความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานจากโรคหรือเหตุการณ์ที่ประสบ สามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่มีอุปสรรคต่อพัฒนาการของตนเองหรือเป็นอุปสรรคน้อยที่สุด (สมจิต หนุเจริญกุล. 2537 : 45) การสนับสนุนและให้กำลังใจเพื่อคงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ด้านที่ดีและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งการสนับสนุนกระทำได้ทั้งทางด้านร่างกายและคำพูด ทั้งนี้จะต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบุคคลและสถานการณ์ การเสริมแรง (Reinforcement) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทำการดูแลตนเองร่วมกับการให้ผู้ป่วยได้ประเมินระดับความสามารถของตนเองในกิจกรรมที่ทำ จะเป็นวิธีที่ช่วยสนับสนุนอัตมโนทัศน์ด้านที่ดีและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยได้ นอกจากนั้นการสนับสนุนยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับ

การจัดการสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอีกด้วย (สมจิต หนุเจริญกุล. 2537 : 47)

การจัดสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายเอาไว้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้รวมถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติและการให้คุณค่าต่อการดูแลตนเอง การใช้ความสามารถในทางสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์และการพัฒนาทางด้านร่างกาย (สมจิต หนุเจริญกุล. 2537 : 47) โดยการจัดให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์และติดต่อกับผู้ป่วยอื่นที่อยู่ในกลุ่มโรคเดียวกัน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติการดูแลตนเอง เล่าถึงปัญหาและการแก้ไข ปรับเปลี่ยนการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง

การศึกษาวิจัยถึงประสิทธิภาพการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ พบว่า

(1) ผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีการศึกษาพบว่า การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร่องในการดูแลตนเองลดลง ดังการศึกษาของ ขนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ (2535 : 75) และ ดวงกมล วัชราดูลย์ (2537 : 75) ได้ทดสอบประสิทธิภาพของการพยาบาลในลักษณะส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ซึ่งกระทำในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับการพยาบาลลักษณะดังกล่าว ผู้ป่วยมีคะแนนความพร่องในการดูแลตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(2) ผลต่อภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาที่พบยังไม่มีความชัดเจนนักเนื่องจากมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลกระทบต่อการติดตามวัดตัวแปรภาวะสุขภาพและระยะเวลาการศึกษาสั้น รวมทั้งขนาดของตัวอย่างมีจำนวนน้อยเกินไป ดังการศึกษาของ จรัสศรี ธีระกุลชัย (2536 : 53 – 57) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และการเกิดความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และอัตราการเกิดความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยอภิปรายว่า เนื่องจากจำนวนตัวอย่างที่ศึกษาไม่มากพอ ทำให้เปรียบเทียบความแตกต่างไม่ชัดเจน นอกจากนั้นยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ได้แก่ ความไวของร่างกายที่ตอบสนองต่อแองจิโอเทนซิน (Angoitensin) ที่แตกต่างกันของบุคคล ความไม่สมดุลของทรอมโบแวน (Thromboxane A_2) เช่นเดียวกับการศึกษาของสุวรรณี มหากายนันท์ (2538 : 48 – 54) ศึกษาผลการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลของโอเร็มต่อความผาสุก ภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการพยาบาลตามแนวคิดของโอเร็มมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความผาสุกมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่มีจำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยภายในของบุคคลที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน เช่น อายุ ภาวะไข้ ภาวะทุพโภชนา นโยบายของโรงพยาบาลที่ทำให้ญาติไม่สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้เต็มที่ การนัดเตรียมตรวจและความไม่พร้อมของญาติในการรับผู้ป่วยกลับบ้าน ซึ่งทำให้จำนวนวันของการอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น

(3) ผลต่อตัวแปรอื่น เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า การพยาบาลในลักษณะดังกล่าวสามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และมีการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยน้อยลง (รัตนชฎาวรรณ มั่นกันนาน. 2542

: 37 – 38 ; อ้างอิงจาก ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล. 2533 : 67 *ผลของการใช้ระบบการพยาบาลชนิดสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา.*; ผ่องพรรณ กาวีวงศ์. 2533 : 39 – 41 *ผลของการให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศรีษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา.*; แสงอรุณ สุขเกษม. 2533 : 59 *ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา.*; แสงเดือน เทพรักษ์. 2535 : 75 – 76 *การเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการส่งเสริมการดูแลตนเองสองวิธีต่อความพร่องในการดูแลตนเองและอาการข้างเคียงจากรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก.*)

ซึ่งผลการศึกษาส่วนใหญ่สนับสนุนความตรงตามทฤษฎีโอเร็ม มีบางงานวิจัยที่ผลการศึกษาไม่ชัดเจน รูปแบบและวิธีปฏิบัติที่ใช้ทฤษฎีต่างกันส่งผลในการกำหนดกิจกรรมและเวลาที่แตกต่างกันไป ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าการวิจัยในเรื่องประสิทธิผลของการให้ความรู้และข้อมูลในรูปแบบต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวสูงขึ้น ผลการวิจัยส่วนใหญ่จะวัดเรื่องความรู้เป็นหลัก แสดงให้เห็นว่าความรู้เป็นสิ่งที่จำเป็น แต่ไม่เพียงพอในการส่งเสริมการดูแลตนเองได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ และส่วนหนึ่งน่าจะเป็นจากศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละรายที่มีไม่เท่าเทียมกันในการที่จะนำความรู้ที่ได้ไปคิดพิจารณาและตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง นอกจากนั้นรูปแบบของการให้ความรู้และสื่อที่ใช้ก็มีประสิทธิภาพต่างกัน การให้ความรู้ด้วยการสอนนั้น บิลเล (สมจิต หนุเจริญกุล. 2537 : 44 ; อ้างอิงจาก Bille. 1983. *Humanizing patient education.*) เชื่อว่าการสอนผู้ป่วยให้ได้ผล ต้องอาศัยความเข้าใจในธรรมชาติและลักษณะของบุคคล การสอนโดยถือว่าผู้ให้บริการ ไม่ว่าจะเป็นพยาบาลหรือแพทย์เป็นผู้มีอำนาจเปรียบประดุจบิดามารดา หรือครูของผู้ป่วยเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง เพราะเป็นการสร้างสัมพันธภาพในรูปแบบที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ให้บริการ ผู้ป่วยอาจรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของตนเอง ซึ่งลักษณะของการให้ความรู้ในงานวิจัยที่ผ่านมาจะพบว่า เป็นรูปแบบของการสอนซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญสูงหรือมีอำนาจเหนือกว่า ผู้ป่วยยังมีบทบาทเป็นเพียงผู้รับคำแนะนำและปฏิบัติตามอยู่ ไม่ได้มีส่วนในการควบคุมตนเอง บางครั้งปัญหาจะเกิดขึ้นถ้าทัศนคติและความเชื่อของผู้ป่วยต่างจากผู้ให้บริการ ซึ่งพยาบาลต้องระลึกเสมอว่า ผู้ป่วยเป็นบุคคลที่จะต้องตัดสินใจกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้าน ผู้ป่วยจะเลือกกระทำตามความรู้ ความเข้าใจและการให้ความหมายต่อปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย นอกจากนั้นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย นับว่าเป็นสิ่งจำเป็นเช่นกัน เพราะถ้าต่างมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันแล้ว จะเป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้เร็วขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การปรับหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการดูแลตนเองได้ (Orem. 1995 : 68)

งานวิจัยในต่างประเทศในเวลาต่อมา ได้พัฒนารูปแบบการช่วยเหลือโดยเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยร่วมกับใช้แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้ โดยมีเป้าหมายที่ต้องการให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการควบคุมโรคและสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยต้องเป็นผู้นำแผนการรักษาไปปฏิบัติและปรับใช้ด้วยวิธีการที่เหมาะสมตามสถานการณ์และสภาพชีวิตประจำวันด้วยตนเอง (Anderson.1995 : 412; Feste. 1992 : 922 – 923) ผลการวิจัยในรูปแบบการช่วยเหลือดังกล่าวพบว่า ช่วยพัฒนาความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมทั้งช่วยควบคุมโรคได้ดีขึ้น (Anderson, et al. 1995 : 943)

2. การเสริมสร้างพลังอำนาจกับแนวคิดพลังอำนาจ

2.1 การเสริมสร้างพลังอำนาจ

คำว่า "การเสริมสร้างพลังอำนาจ" มาจากรากศัพท์ในภาษาลาติน "passe" ซึ่งหมายถึง "อำนาจ (Power)" กับ "อิสระเสรีภาพ (Freedom)" และสำหรับคำว่า "อำนาจ (Power)" มาจากรากศัพท์ภาษา ลาติน "Potere" ซึ่งหมายถึง "ความสามารถที่จะเลือก (The ability to choose)" (Rodwell. 1996 : 308 ; citing Labonte.1989. *Community and professional empowerment*) ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจจากคำรากศัพท์จึงน่าจะหมายถึง *"ความสามารถที่จะเลือกอย่างอิสระ"*

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่เกิดจากนักปรัชญาชาวบราซิลชื่อ เปาโล แฟร์ (Paulo Freire) แฟร์ได้พัฒนาวิธีการสอนให้คนยากจนในประเทศบราซิลเกิดจิตสำนึก ด้วยการทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมแบบเท่าเทียมกันและเรียนรู้ร่วมกัน วิธีการของแฟร์เน้นไปที่ความสัมพันธ์ของความเท่าเทียมกันและการให้ความเคารพซึ่งกันและกันในหมู่สมาชิกและผู้จัดการเรียนรู้ที่จะช่วยให้พวกเขาสามารถที่จะกำจัดรากเหง้าของปัญหาที่พวกเขาค้นพบ (Berger. Anderson-Harper and Kavookjian. 2000 : 2 ; citing Freire. 1970 : 52 – 67. *Pedagogy of the oppressed.*) วอลเลอร์สเตน (Wallerstain) และคณะชี้ให้เห็นว่าวิธีการของแฟร์ได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการสาธารณสุขและสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง (Wallerstein and Berstein. 1999 : 379 – 394) ราฟาเอล (Rafael.1995 : 29) ได้นำงานเขียนของนักวิชาการที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อนำมาใช้อธิบายคุณสมบัติ (Characteristics) ของการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ดังนี้ (Rafael. 1995 : 29 ; citing Gibson. 1991. *A Concept Analysis of Empowerment.*; Jones and Meleis. 1993. *Health is Empowerment.*) (1) บุคคลจะต้องเป็นผู้มีส่วนร่วมในการกระทำและในฐานะที่เท่าเทียมกัน (Active and equal participants) ในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับตน หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่า การทำให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจ พยาบาลจะต้องเอื้ออำนวยให้เกิดพลังอำนาจในผู้ป่วย (2) การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการควบคุมของบุคคลซึ่งตรงข้ามกับวิธีการแบบพ่อแม่ห่วงใยลูก (Paternalism) ซึ่งเป็นวิธีการที่บั่นทอนการควบคุมของบุคคล ด้วยการทำให้หมดความสามารถ (Disability) และกีดกันการมีส่วนร่วมในการกระทำ (3) กิปสัน (Rafael. 1995 : 29 ; citing Gibson. 1991. *A Concept Analysis of Empowerment.*) ได้เสนอองค์ประกอบที่จะพัฒนาไปสู่การเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งรวมถึงการตระหนักและความมุ่งมั่นทุ่มเทที่จะเปลี่ยนแปลงปัญหาของสังคมและบริบทของวัฒนธรรม และ (4) การเสริมสร้างพลังอำนาจต้องการการให้ความเคารพต่อผู้อื่นในฐานะบุคคลมิใช่วัตถุ และมีความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงความจริงได้ด้วยตนเอง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ความสำคัญกับความสามารถของบุคคล ดังนั้นเป้าหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจคือการปรับกลยุทธ์ที่ดีที่สุดเพื่อให้เกิดการเพิ่มและส่งเสริมความสามารถของบุคคล

แรพพาพอร์ท (Rappaport. 1985: 17) ได้กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า "เรามักจะพบปัญหาเกี่ยวกับการให้คำจำกัดความของ "การเสริมสร้างพลังอำนาจ" จนกว่าเราจะได้สัมผัสกับมันอย่างแท้จริง" ด้วยเหตุนี้จึงไม่น่าแปลกที่จะพบความลำบากในการให้คำนิยามเชิงปฏิบัติการของ "การเสริมสร้างพลังอำนาจ" ซิมเมอร์แมน (Zimmerman. 1995 : 586) ได้วิพากษ์ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นโครงสร้างที่ไม่มีขอบเขต การเสริมสร้างพลังอำนาจมีรูปแบบที่แตกต่างไปในบริบท กลุ่มประชากร และขั้นตอนการพัฒนาที่แตกต่างกัน ดังนั้นจึงไม่สามารถกำหนดได้อย่างชัดเจนด้วยวิธีการจัดการวิธีเดียว นอกจากนั้นยังได้วิพากษ์อีกว่าความพยายามที่จะพัฒนาการเสริมสร้างพลังอำนาจให้มีความเป็นสากลและสร้างเครื่องมือการวัดผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ใช้โดยทั่วไปอาจไม่เหมาะสมกับเป้าหมายของแต่ละการศึกษา โทมัส

(Thomas) และ เวลเทาสท์ (Velthouse) (Suk Bling. 1998 : 11. ; citing Thomas and Velthouse.1990. *Cognitive elements of empowerment : An "interpretive" model of intrinsic task motivation.*: p. 666) ได้ตั้งข้อสังเกตว่า "การเสริมสร้างพลังอำนาจไม่มีคำจำกัดความที่เป็นข้อตกลงที่ยุติได้ นอกจากจะกำหนดขึ้นมาให้สัมพันธ์กับความหมายของสิ่งที่จะศึกษา"

ซุค บลิง (Suk Bling. 1998 :19 – 20) ได้รวบรวมคำจำกัดความเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 คำจำกัดความของการเสริมสร้างพลังอำนาจ(Definitions of Empowerment) ตามทัศนะของนักวิชาการ

นักวิชาการ	คำจำกัดความ
กิปสัน (Gibson. 1995)	• กระบวนการของบุคคลในอันที่จะพัฒนาและใช้ความรู้ที่จำเป็น ความสามารถและความเชื่อมั่นที่จะทำให้ความคิดของตนเองมีความหมาย • การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมที่ให้การยอมรับ ส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของบุคคลเพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการและแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นมาใช้ในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตน
แรพพาพอร์ท (Rappaport. 1985)	กระบวนการซึ่งบุคคล องค์กร และชุมชนสามารถควบคุมสิ่งที่ตนเองสนใจหรือเกี่ยวข้อง
ซิมเมอร์แมน (Zimmerman. 1990, 1995)	• กระบวนการของการมีส่วนร่วมในการกระทำเพื่อให้ได้มาซึ่งทรัพยากรหรือความสามารถที่จะเพิ่มการควบคุมต่อชีวิตของบุคคลและบรรลุเป้าหมายที่สำคัญของชีวิต • การเสริมสร้างพลังอำนาจคือการส่งเสริมโอกาสในการเรียนรู้ทักษะและพัฒนาความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมผลของปัญหาที่มีต่อการดำรงชีวิต
คีฟเฟอร์ (Keiffer. 1984)	กระบวนการที่ทำให้บุคคลปรับเปลี่ยนความรู้สึกจากบุคคลที่ไม่มีคุณค่าไปสู่การยอมรับว่าตนเองเป็นพลเมืองที่มีความสามารถอย่างแท้จริง
คอนเจอร์และคานันโก (Conger and Kanungo. 1988)	กระบวนการของการเพิ่มความรู้สึกถึงประสิทธิภาพของตนในฐานะสมาชิกขององค์การด้วยการพิจารณาสภาวะการณ์ที่ทำให้สูญเสียพลังอำนาจและกำจัดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ด้วยการสนับสนุนข้อมูลที่มีประสิทธิภาพขององค์การทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ
โจนส์ และ มีลีส (Jones and Meleis. 1993)	การเสริมสร้างพลังอำนาจคือการแสวงหา ค้นหาสภาพการณ์ ทรัพยากร และกระบวนการที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้บรรลุความต้องการของบุคคล
มิลเลอร์ (Miller.1992)	กระบวนการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจสำหรับบุคคล
ดันสท์ ทรีเวท์ และ ดีล (Dunst , Trivette and Deal. 1994)	กระบวนการค้นหาความต้องการของครอบครัว กำหนดแหล่งทรัพยากรทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ และสนับสนุนให้เกิดการบรรลุตามความต้องการพร้อมทั้งช่วยครอบครัวให้ใช้ความสามารถที่มีอยู่พร้อมไปกับการเรียนรู้ทักษะใหม่

ตาราง 1 (ต่อ)

นักวิชาการ	คำจำกัดความ
แคทซ์ (Katz.1984)	กระบวนการร่วมมือในการรักษาในส่วนของชุมชนด้วยการบูรณาการเข้าไปในวิถีชีวิต

ที่มา : Suk Bling. (1998.) *A Model of Empowerment for Hong Kong Chinese Cancer Patients and The role of Self-help Group in The Empowering Process.* : p. 19 – 20.

ซึ่งจากคำจำกัดความของนักวิชาการดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปแนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ดังนี้

2.1.1 การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถ

ตามอุดมการณ์ของการส่งเสริมสุขภาพได้ให้การยอมรับว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้บุคคลกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและควบคุมสุขภาพของตนเองด้วยการพัฒนาทักษะและจิตสำนึกให้เกิดขึ้น เมสัน (Mason) เบคเกอร์ (Backer) และ จอร์ส (Georges) (Suk Bling. 1998 : 21 ; citing Mason, Backer and Georges.1991. *Towards a faminist model for the political empowerment of nurses.)* แสดงความคิดเห็นว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีความหมายรวมถึง การเพิ่มความสามารถของบุคคลให้ตระหนักถึงจุดแข็งของตน ความสามารถและอำนาจในตน การใช้อำนาจร่วมกัน การให้ความเคารพต่อตนเองและผู้อื่นซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเปรียบเสมือนการเพิ่มพูนประสบการณ์ด้วยการหมุนเวียนทรัพยากรและความสามารถในการเปลี่ยนแปลงในวิถีทางที่สร้างสรรค์ เมื่อบุคคลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ บุคคลมีประสบการณ์ที่จะมีความรู้สึกถึงความหวัง ความตื่นตัวและทิศทาง

การเสริมสร้างพลังอำนาจอาจจะดูเหมือนเป็นการกระจายความรับผิดชอบและการใช้อำนาจร่วมกันในศาสตร์ด้านการบริหารจัดการ แต่สำหรับ คันเดอร์ (Chandler. 1991 : 21) พบว่าการกระจายอำนาจหรือการมอบหมายอำนาจตามความรับผิดชอบไม่ใช่แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในมุมมองของการมีส่วนร่วม การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นเสมือนการเพิ่มความสามารถให้กับผู้อื่นด้วยการเพิ่มแหล่งทรัพยากร ความสามารถและประสิทธิภาพ พร้อมทั้งเน้นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กัน เช่น การให้คำปรึกษา การสนับสนุนและการเผชิญหน้า ด้วยเหตุนี้แนวคิดของการเพิ่มความสามารถจึงเปรียบเสมือนแนวคิดที่สำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ สำหรับการเพิ่มความสามารถเองนั้นได้มีการวิเคราะห์ว่าโดยตัวมันเองจะหมายถึงผลผลิตของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในขณะที่การเสริมสร้างพลังอำนาจตามคำจำกัดความตามพจนานุกรมจะหมายถึงกระบวนการ (Suk Bling. 1998 : 22)

2.1.2 การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของการเป็นหุ้นส่วนและการยอมรับในคุณค่าของบุคคล

การเสริมสร้างพลังอำนาจในฐานะเป็นกระบวนการของการเป็นหุ้นส่วนหมายถึงคุณสมบัติของการปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อการเพิ่มความสามารถด้านประสบการณ์ (Suk Bling. 1998 : 22 ; citing Dunst, Trivette and Deal. 1988. *Enabling and empowering families : Principles and guidelines for practice.*) การเสริมสร้างพลังอำนาจในโครงสร้างของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจะ

ถูกอธิบายด้วยความสัมพันธ์ของการใช้อำนาจร่วม (Suk Bling. 1998 : 22 ; citing Conger and Kunungo. 1988. *The empowerment process : Integrating theory and practice.* : p. 472) สจ๊วต (Stewart) (Suk Bling. 1998 : 22 ; citing Stewart. 1990c. *From provider to partner : A conceptual framework for nursing education based on primary health care premises.*) เสนอว่าพยาบาลมีบทบาทของการเป็นหุ้นส่วนกับผู้ป่วยที่แสดงออกด้วยการเชื่อมโยงการแลกเปลี่ยนของข้อมูล เชื่อมโยงการตัดสินใจเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการเชื่อมโยงการประเมินประสิทธิภาพของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งทางกายและทางจิต มาลิน และทีสเดลล์ (Malin and Teasdale. 1991) ได้ให้คำจำกัดความของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าในความสัมพันธ์ทางด้านการรักษาพยาบาลระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะอยู่บนพื้นฐานของการเคารพซึ่งกันและกัน ความไว้วางใจและความเท่าเทียมกัน นอกจากนั้นยังได้มีการอภิปรายถึงแรงกดดันที่เกิดขึ้นระหว่างแนวคิดของการรักษากับการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า ในขณะที่การดูแลจะหมายถึง การกระทำที่เห็นแก่ประโยชน์ผู้อื่นเป็นสำคัญ (Altruism) และการควบคุม เมื่อเพิ่มเติมแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งเป็นการกำหนดสถานะของผู้ป่วยในฐานะหุ้นส่วนร่วมกับพยาบาลแล้ว ทั้งสองแนวคิดนี้ก็ไม่น่าที่จะขัดแย้งกัน แต่กลับจะช่วยทำให้พยาบาลจะต้องกำหนดบทบาทใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม นั่นคือในบางสถานการณ์พยาบาลสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่จะช่วยชี้นำ ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ช่วยกระทำบางสิ่งบางอย่างให้ในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมนั้นได้ด้วยตนเอง ในขณะเดียวกันก็ต้องพยายามที่จะสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตัวของตัวเอง

แบรมเลทท์ กรุนด์เนอร์ และโซเวลล์ (Bramlett, Gueldner and Sowell.1990.) เสนอแนะว่าระบบการดูแลแบบพ่อแม่ห่วงใยลูก (Paternalism) หมายถึงการกระทำบางสิ่งบางอย่างให้กับบุคคลอื่นโดยปราศจากการยินยอมของบุคคลนั้นโดยเชื่อว่าเป็นการกระทำที่เป็นผลดีแก่บุคคลนั้น พฤติกรรมในลักษณะนี้ได้รับการยอมรับในสภาวะการณ์ที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง ระบบคุณค่าของการดูแลแบบพ่อแม่ห่วงใยลูกนี้ มองเรื่องสุขภาพของบุคคลสำคัญเหนือกว่าความเป็นตัวของตัวเองของบุคคล แนวคิดของการให้การดูแลในลักษณะนี้จัดอยู่ในทัศนะส่วนใหญ่ของแพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย และอยู่บนพื้นฐานของจริยธรรมที่มองว่าอิสระภาพในการเลือกของผู้ป่วยจะต้องถูกจำกัดเนื่องจากเจ้าหน้าที่สุขภาพอยู่ในฐานะผู้เชี่ยวชาญที่มีหน้าที่ตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีที่สุดให้กับผู้ป่วย ซึ่งอยู่บนฐานคิดของกระบวนทัศน์ทางด้านวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ (Natural Science) ที่มุ่งเน้นไปที่โรคพยาธิสภาพและกายภาพของมนุษย์ กระบวนการที่แสดงออกจึงเน้นไปที่การจัดการกับปัญหา (Problem – oriented focus) ว่าจะใช้วิธีการใดจัดการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย (Lindsey and Hartrick. 1996 : 108)

อย่างไรก็ตามถ้าเจ้าหน้าที่สุขภาพจะประยุกต์แนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่สุขภาพจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือตามสภาพความเป็นจริงและมีอิสระในการประเมินตนเองตามความเป็นจริง อันหมายถึงวิธีการที่จะบรรลุการตัดสินใจอันเกิดจากการตัดสินใจด้วยตนเองอย่างแท้จริงตามความเชื่อที่มีต่อตนเองและต่อโลก รวมถึงการให้ความสำคัญต่อระบบคุณค่าของผู้ป่วย (Berger Anderson-Hareper and Kavookjian. 2000 : 3 ; citing Gadow. 1990. *Existential advocacy : philosophical foundation of nursing.* : p. 79 – 101) การที่จะทำอย่างนี้ได้ผู้ป่วยไม่เพียงแต่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนและเงื่อนไขในการรักษาพยาบาล แต่ผู้ป่วยจะต้องสามารถแสดงออกถึงความเข้าใจของตน ความเชื่อในคุณค่าเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและเงื่อนไขของการรักษาอย่างอิสระ ผู้ป่วยจะต้องการเวลาและมีความกระตือรือร้นที่จะถาม สร้างความตระหนักและแสดงความรู้สึกเกี่ยว

กับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนและจะไม่ถูกทอดทิ้งให้ตัดสินใจตามลำพัง เจ้าหน้าที่สุขภาพสามารถแสดงความตั้งใจที่จะช่วยในการตัดสินใจของผู้ป่วยด้วยการแสดงให้เห็นถึงสิ่งใดก็ตามที่เขาหรือเธอสามารถให้คำปรึกษาได้ แต่ในที่สุดแล้วบุคคลที่จะทำหน้าที่ตัดสินใจคือผู้ป่วย

2.1.3 การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของการเปลี่ยนแปลง

แคทซ์ (Suk Bling. 1998 : 23 ; citing Katz. 1984. *Empowerment and synergy : Expanding the community's healing process.* : p. 207) ได้กล่าวถึงกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในแง่ของความร่วมมือของชุมชนในการดูแลที่บูรณาการเข้าสู่การดำเนินชีวิตประจำวัน ที่รวมทั้งทางด้านกายและจิตในบริบทของสังคมทั้งในระดับบุคคลและชุมชน แคทซ์ได้อธิบายการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นเช่นกระบวนการของการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มวิถีทางใหม่ให้กับประสบการณ์ของตนที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเกิดจากสายสัมพันธ์และการเชื่อมโยงที่ถูกสร้างขึ้นจากความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและชุมชน และการร่วมมือกันระหว่างบุคคลและชุมชน การร่วมมือกันระหว่างบุคคลและชุมชนทำให้เกิดเครือข่ายอันเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลในกระบวนการนี้ แคทซ์ยังได้เน้นย้ำเพิ่มเติมอีกว่าในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งประกอบด้วยการดูแลรักษา (Healing) และการช่วยเหลือในกิจกรรมของมนุษย์นั้นเป็นการเริ่มต้นที่เกิดขึ้นภายใน (Intrinsically renewable) ที่ทำให้เกิดขึ้น (Generative) และมีการขยาย (Expanding) บรรยากาศของการพยาบาลและการดูแลที่เกิดขึ้นเป็นปัจจัยที่ยิ่งใหญ่สำหรับการสร้างความไว้วางใจที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลที่พัฒนามาจากความซื่อสัตย์/ความจริงใจและการเปิดเผย ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ การยอมรับบุคคลอย่างที่เขาเป็น การตระหนักถึงคุณค่าของคนอื่น การเคารพซึ่งกันและกัน และความอ่อนน้อมถ่อมตนเป็นสิ่งที่มีอยู่ในคำจำกัดความนี้ โดยสรุปความไว้วางใจ ความจริงใจ การเปิดเผย การสื่อสารระบบเปิด การเคารพซึ่งกันและกัน ความอ่อนน้อมถ่อมตน การยอมรับในคุณค่าของบุคคลอื่นเป็นคุณลักษณะที่ช่วยสร้างบรรยากาศของการดูแลรักษา และถือเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อน

2.1.4 การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเพิ่มแหล่งพลังอำนาจ

งานวิจัยส่วนใหญ่จะกล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นการช่วยสร้างโอกาส การพัฒนาหรือการเพิ่มความสามารถและประสิทธิภาพให้กับบุคคล (Gibson.1991 ; Jones and Meleis. 1993) มนุษย์มีศักยภาพที่จะประเมินความเป็นอยู่ของตนและเอาชนะต่อความยากลำบากที่เกิดขึ้น มิลเลอร์ (Miller. 1992)ใช้รูปแบบแหล่งของพลังอำนาจเป็นกรอบแนวคิดในการตรวจสอบสาเหตุและกิจกรรมที่กระทำต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่แตกต่างจากคนปกติโดยทั่วไป พวกเขามีเป้าหมายที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างเต็มศักยภาพ ความสามารถเฉพาะสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่ละคนที่จะให้บรรลุถึงการมีชีวิตที่มีคุณภาพหมายรวมถึง ความสามารถที่จะเข้าร่วมในบทบาทที่มีความจำเป็นสำหรับแต่ละคน ความสามารถอื่นรวมถึงการยอมรับในตนเองเพื่อให้เกิดความรู้สึกของความเป็นอิสระ รู้สึกพึงพอใจกับตนเอง ความสำเร็จ สัมพันธภาพและความรู้สึกถึงการมีสุขภาวะที่ดีถึงแม้จะมีข้อจำกัดอันเกิดจากการเจ็บป่วย (Miller. 1992) การที่จะบรรลุเป้าหมายที่กำหนดได้นั้นขึ้นอยู่กับการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยซึ่งจะเอื้ออำนวยการตัดสินใจกับโรคที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมักจะขาดแหล่งของพลังอำนาจ ดังนั้นองค์ประกอบของพลังอำนาจ เช่น ความรู้จะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาตนเองเพื่อป้องกันหรือเอาชนะต่อภาวะการสูญเสียพลังอำนาจได้

2.1.5 การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการมีส่วนร่วม

ในทางจิตวิทยาชุมชนให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมซึ่งมีความจำเป็นสำหรับการให้อำนาจ เคลลี่ (Suk Bling. 1998 : 25; citing Kelly.1988. *A guide to conducting prevention research in the community.*) ได้อธิบายขั้นตอนในการช่วยเหลือสมาชิกของชุมชนให้มีบทบาทอย่างแท้จริง

ในโปรแกรมที่มีผลต่อความเป็นอยู่ของพวกตนซึ่งรวมถึงการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสม การดำเนินการตามโปรแกรมที่กำหนด รวมถึงการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ ซึ่งเรียกว่า *"กระบวนการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ (A Participative Ownership Process)"* การวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เป็นตัวอย่างหนึ่งของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งเป็นกลไกที่ช่วยสำหรับการพัฒนาการวัดผลลัพธ์ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทที่ศึกษา (Zimmerman. 1995) คำจำกัดความดังกล่าวมีความเชื่อว่าบุคคลมีความรู้สึกถึงพลังอำนาจซึ่งจะแปรผันไปตามการได้มีส่วนร่วม การเข้าถึงแหล่งของพลังอำนาจและการได้รับการสนับสนุน

จากคำจำกัดความดังกล่าวข้างต้น การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพจะหมายถึง "การเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้บุคคลมีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเองในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพ ด้วยการช่วยให้บุคคลตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในตน การได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมแบบเท่าเทียมกันในการค้นหาปัญหา พัฒนาการดูแลสุขภาพของตน รวมถึงการดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนภายใต้การสนับสนุนข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ การสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือบุคคล รวมถึงการให้ข้อมูลและ/หรือส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนให้กับผู้ป่วยซึ่งจะเอื้ออำนวยและสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและกับโรคที่เป็นอยู่เพื่อให้บุคคลสามารถสร้างทางเลือกสำหรับดูแลสุขภาพของตนเองและมีความมุ่งมั่นทุ่มเทที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวทางที่ตนเองได้กำหนดขึ้น"

ปรัชญาของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยอยู่บนหลักการ 2 ประการ **ประการแรก** แนวคิดนี้เชื่อว่า บุคคลมีหน้าที่สำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและสุขภาพของตนเอง **ประการที่สอง** ปรัชญาการเสริมสร้างพลังอำนาจ เชื่อว่าบุคคลเป็นผู้มีประสบการณ์อย่างต่อเนื่องยาวนานทั้งการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและการรักษาการเจ็บป่วยของตน ดังนั้นจึงมีสิทธิอันชอบธรรมที่จะเป็นบุคคลแรกที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลของตน ถึงแม้ว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพจะเข้ามามีบทบาทในกระบวนการตัดสินใจนี้ด้วยก็ตาม แต่การประเมินว่าอะไรคือสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับบุคคลหรือผู้ป่วยก็เป็นสิทธิอันชอบธรรมและหน้าที่ของบุคคลนั้นเอง (Feste. 1992 : 922 – 925; Gibson. 1991 : 354 – 361) ในมุมมองของการเสริมสร้างพลังอำนาจเอง เป้าหมายประการแรกของเจ้าหน้าที่สุขภาพ คือ การเตรียมผู้ป่วยให้สามารถสร้างทางเลือกเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง (Feste. 1992 : 922 – 925)

2.2 พลังอำนาจกับการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

เมื่อกล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งที่จะเข้าไปทำการเสริมสร้างนั่นคือ พลังอำนาจ รวมถึงผลของพลังอำนาจที่มีต่อบุคคลควบคู่ไปด้วยเสมอ (Gilbert. 1995)

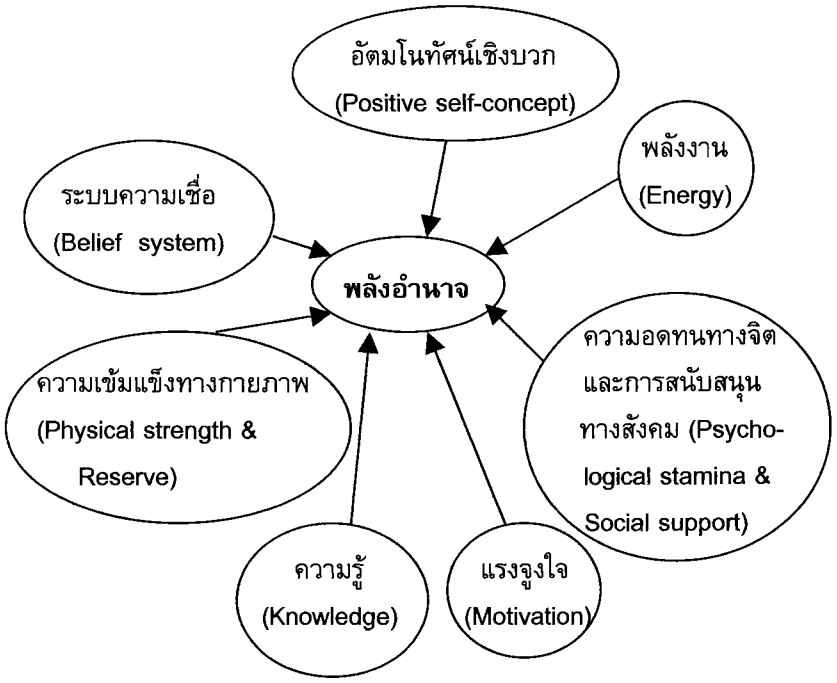
การอธิบายถึงพลังอำนาจมีความแตกต่างกันขึ้นกับบริบทของผู้ที่ทำการศึกษาและสิ่งที่จะทำการศึกษา สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ การทำความเข้าใจกับพลังอำนาจที่มีต่อการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอยู่บนพื้นฐานแนวคิดรูปแบบแหล่งของพลังอำนาจ (Power resources) ของมิลเลอร์ (Miller. 1992) เพื่อใช้ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของพลังอำนาจกับความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ความหมายของพลังอำนาจ (Power) ในบริบทของสุขภาพนั้น ฮอว์คส์ได้อธิบายว่า "พลังอำนาจ คือ ศักยภาพหรือความสามารถที่จะบรรลุวัตถุประสงค์" (Hawks. 1991) สำหรับ มิลเลอร์ (Miller.

1992 : 3) ได้กล่าวถึงพลังอำนาจว่า "พลังอำนาจ คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน" มิลเลอร์ให้คำจำกัดความของอำนาจว่า คือการอบรมเลี้ยงดู ให้การดูแล (Nurturative) ซึ่งก็คือ การช่วยเหลือและดูแลตนเอง การทำให้ผู้อื่นดูแลตนเอง และการตัดสินใจในการดูแลตนเอง ด้วยอำนาจเป็นความสามารถที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงหรือป้องกัน อำนาจและการควบคุมจึงมักใช้ในความหมายที่เหมือนกัน

ความสำเร็จในการจัดการกับการเจ็บป่วยสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ส่งผลต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้แก่ ผลกระทบอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยและความยุ่งยากที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากภาระการจัดการกับการเจ็บป่วย เบคแมนและออสติน (Berckman and Austin. 1993) อธิบายความรู้สึกของการควบคุมว่าเป็นวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการเปลี่ยนแปลงภาวะการดำเนินของโรค/การเจ็บป่วยหรือการรักษาพยาบาลและช่วยทำให้เกิดการปรับตัวที่ดีขึ้น

มิลเลอร์ (Miller. 1992) ได้กล่าวถึงพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยอธิบายในรูปแบบแหล่งของพลังอำนาจว่ามีอยู่ด้วยกัน 7 แหล่ง ดังแสดงในภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย

ที่มา : Miller, J.F. (1992). *Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness.* : p. 8

แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยตามแนวคิดของมิลเลอร์ประกอบด้วย (Miller. 1992 : 9 – 14)

2.2.1 ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength)

ความเข้มแข็งทางกายภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มตามศักยภาพทางกายและเต็มตามพลังสะสมทางกายภาพ (Physical reserve) เมื่อระบบของร่างกายเกิด

การเจ็บป่วย พลังอำนาจในการกระทำการใด ๆ ของบุคคลก็จะลดลง สภาวะความเข้มแข็งทางกายภาพขณะนั้นจะมีอิทธิพลต่อพลังอำนาจของผู้ป่วย ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาของการเจ็บป่วย เช่น สภาพการเจ็บป่วยที่แย่ลง หรือ ขณะที่ผู้ป่วยกำลังฟื้นฟูสภาพ พลังสะสมทางกายภาพเป็นความสามารถของร่างกายที่จะดำรงไว้ซึ่งความสมดุลเมื่อต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยหรือความต้องการที่มากเป็นพิเศษ เช่นในผู้ป่วยโรคเอดส์หรือผู้ป่วยที่ต้องได้รับยากดภูมิต้านทานเป็นเวลานานก็จะมีความต้านทานที่จะต่อสู้กับการติดเชื้อน้อยกว่าปกติ

2.2.2 ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support)

ความเข้มแข็งทางจิต หมายถึง ความยืดหยุ่นที่ปรากฏในบุคคลอันเป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล ถึงแม้ว่าจะเผชิญกับวิกฤตการณ์การเจ็บป่วยและความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ผู้ป่วยบางคนก็สามารถที่จะดำรงความสมดุลทางจิตได้ ซึ่งบางครั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังก็เป็นสาเหตุของความไม่สมดุลทางจิต ความวิตกกังวลและซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอาจต้องการการช่วยเหลือในการดำรงไว้ซึ่งความคิดทางด้านบวก การป้องกันความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกหมดหวังที่อาจเกิดขึ้น

สำหรับการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สัมพันธภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ การบูรณาการทางสังคม โอกาสสำหรับการดูแล ความเชื่อมั่นในคุณค่า บุคคลที่ให้การดูแล นอกจากนั้นยังรวมถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือที่สัมผัสจับต้องได้ (Tangible support) เช่น การสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) และการสนับสนุนทางข้อมูล (Informational support) คอร์บินและสเตาท์ (Miller. 1992. : 10; citing Corbin and Strauss. 1984.*Collaboration:Couples working together to manage chronic illness.;* 1988. *Unending work and care:Managing chronic illness at home.*) รายงานว่า คู่สามีภรรยาที่ช่วยเหลือซึ่งกันและกันจะสามารถป้องกันและแก้ปัญหา และสามารถที่จะจัดการกับความต้องการของการเจ็บป่วยเรื้อรังได้ การสนับสนุนทางสังคมพบว่ามีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพของการจัดการกับปัญหาคุณภาพชีวิตและการปรับตัวในการเจ็บป่วยเรื้อรัง แพทติสัน (Miller. 1992. : 10 ; citing Pattison. 1974. *Psychosocial predictors of death prognosis.*) พบว่า การมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ได้เป็นผลมาจากสมรรถนะของปอดที่ทำหน้าที่ได้ แต่ขึ้นอยู่กับการที่ผู้ป่วยมีใครสักคนที่จะดูแลผู้ป่วย

2.2.3 อัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self-concept)

อัตมโนทัศน์ (Self – concept) คือ ความคิดและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง (Miller. 1992. : 10 ; citing Rosenberg.1979. *Conceiving the self.*) องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ในตนประกอบด้วย ภาพลักษณ์ (Physical self or body image) การทำหน้าที่ของตน (Functional self or role performance) ความเป็นตัวตนของบุคคล (Personal self) ได้แก่ คุณธรรม ความคิดและความคาดหวังส่วนบุคคล และการนับถือตนเอง (Self – esteem) การนับถือตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญของอัตมโนทัศน์ในตนและเป็นตัวชี้วัดหน้าที่ ความรู้สึกถึงการมีคุณค่าอันเป็นพื้นฐานที่นำไปสู่การกระทำเพื่อพัฒนาสุขภาพ

การเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ในตน การสร้างอัตมโนทัศน์ในตนขึ้นมาใหม่เป็นการปรับตัวในระยะเจ็บป่วย เป้าหมายของการสร้างอัตมโนทัศน์ในตนขึ้นมาใหม่ คือการบูรณาการการรับรู้รับที่ถูกต้องเกี่ยวกับร่างกายไปสู่อัตมโนทัศน์เกี่ยวกับตนในทางบวก โดยการทำความเข้าใจว่าความ

สามารถหรือศักยภาพในการจัดการดูแลปัญหาสุขภาพอยู่ในตนเอง และพยายามที่จะกำจัดอิทธิพลของการเจ็บป่วยที่มีต่อตน

2.2.4 พลังงาน (Energy)

พลังงาน คือ ความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพที่ควรจะเป็นของแต่ละบุคคล ศักยภาพของพลังงาน คือ พลังงานที่เก็บสะสมไว้ ซึ่งควรที่จะสมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป แหล่งของพลังงาน ได้แก่ อาหาร น้ำ การพักผ่อนและแรงจูงใจ พลังงานที่ใช้ในการสะสมหรือฟื้นฟูสภาพทางกาย หรือใช้ในการจัดการกับความต้องการประจำวัน รวมถึงการจัดการกับความเครียด นอกจากนั้นพลังงานยังใช้ในการเติบโต ในการเรียนรู้ ทำงานและทำกิจกรรมต่าง ๆ (Miller. 1992. : 11 ; citing Ryden. 1977. *Energy: A crucial consideration in the nursing process.*) การขาดพลังงานสำหรับการใช้ในระดับพื้นฐานจะมีผลต่อการใช้พลังงานสำหรับสนองความต้องการระดับสูง เช่น การเติบโตและการเรียนรู้ การกระทำใด ๆ จะเป็นไปได้ถ้ามีความเข้มแข็งและมีพลังงาน ซึ่งรวมถึงกิจกรรมที่ผู้ป่วยปกป้องและหรือพัฒนาสุขภาพของตน

2.2.5 ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight)

ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญาเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นต่อตน ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการควบคุมมากขึ้นและช่วยบรรเทาความวิตกกังวลจากความไม่แน่นอน

แผนการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งผู้ป่วยต้องเป็นผู้ลงมือปฏิบัติเองนั้นต้องอาศัยการเรียนรู้ทักษะ ต้องมีการปรับเปลี่ยนนิสัยและการกระทำตามกิจวัตรประจำวันบางอย่างรวมถึงความเครียดทั้งทางกายและจิต (Miller. 1992. : 12 ; citing Reif. 1975. *Beyond medical intervention strategies for managing life in face of chronic illness.*) ความยุ่งยากอันเกิดจากแผนการรักษาไม่เพียงแต่ทำให้ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ทักษะทางด้านการปฏิบัติ เช่น เทคนิคการฉีดยา หรือต้องเรียนรู้เกี่ยวกับผลของยาแต่ยังรวมถึงการจัดการกับปฏิกิริยาทางจิตที่เป็นผลมาจากปัญหาทางสุขภาพ

ความรู้ของผู้ป่วยช่วยในการตัดสินใจและตระหนักถึงทางเลือกและความคาดหวังถึงผลอันเกิดเนื่องมาจากการเลือกกระทำ ความรู้ถือได้ว่าเป็นสิ่งสนับสนุนที่ช่วยลดความไม่แน่นอน (Miller. 1992. : 12 ; citing Mishel. 1988. *Uncertainty in illness.*) และช่วยพัฒนาแผนที่ทางปัญญาสำหรับการตีสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความหมายของสภาพการณ์ที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วย (Miller. 1992. : 12 ; citing Turk. 1979. *Factors influencing the adaptive process with chronic illness.*) การขาดความเข้าใจนำไปสู่ความท้อแท้และนิ่งเฉย ซึ่งเป็นลักษณะของการสูญเสียพลังอำนาจ

การตระหนักรู้ภายในตน (Internal awareness) (Miller. 1992. : 12 ; citing Kinsman, Jones, Matus and Schum. 1976. *Patient variable supporting chronic illness.*) เป็นแนวคิดสำหรับใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ของอำนาจของความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา การตระหนักรู้ภายในตน คือความสามารถที่จะค้นหาและประเมินภาวะทางกายและจิตเพื่อนำไปสู่การกระทำที่เหมาะสมในการควบคุมอาการและดำรงไว้ซึ่งความสมดุลทางจิต (Miller. 1992. : 12 ; citing Miller. 1982. *Categories of self-care needs of ambulatory patients with diabetes.*) อันเป็นการพัฒนาความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของตนและมีการรับรู้อย่างถูกต้องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ เช่น การที่ร่างกายเกิดการอ่อนเพลีย เจ็บปวด ความอยากอาหาร การขับถ่าย อารมณ์ ความกดดัน โกรธ เก็บกด ความรู้สึกผิดและสภาวะทางกายและจิตอื่น ๆ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ต้องพึ่งอินสุลิน (Insulin-Dependent Diabetes) อาจพบว่า

อาการชาที่เกิดขึ้นเป็นอาการเริ่มต้นก่อนที่จะเกิดภาวะช็อคอันเนื่องมาจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ด้วยการแก้ไขที่เหมาะสม เช่น ทานน้ำตาลตามด้วยอาหารที่มีโปรตีนก็ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องไปรับบริการที่ห้องฉุกเฉิน

การตระหนักรู้ภายในตนยังหมายถึง การรับรู้ถึงผลลัพธ์ของการรักษาที่พึงปรารถนาและการประเมินตนเอง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง (Congestive Heart Failure) ที่ได้รับยาขับปัสสาวะที่มีการจดบันทึกน้ำหนักของตนอย่างสม่ำเสมอ เมื่อพบว่าน้ำหนักของตนเพิ่มขึ้นเกิน 1 กิโลกรัม ก็จะรู้ว่านี่คือสัญญาณอันตรายที่ต้องรีบไปพบแพทย์โดยที่ไม่จำเป็นต้องรอจนถึงเวลานัดจนเกิดภาวะหายใจลำบาก (Respiratory distress) การที่ผู้ป่วยไวต่อการเปลี่ยนแปลงในอาการต่าง ๆ ของร่างกายและตอบสนองต่อการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมที่จะควบคุมอาการและหลีกเลี่ยงภาวะวิกฤต

2.2.6 แรงจูงใจ (Motivation)

ทฤษฎีแรงจูงใจ (The Theory of Motivation) ของดีชี่ (Miller. 1992. : 13 ; citing Deci. 1976. *Instrinsic motivation.*) อยู่บนพื้นฐานของสมรรถนะและการพิจารณาตนเอง (Self-determination) สมรรถนะ หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะจัดการอย่างมีประสิทธิภาพกับสิ่งแวดล้อมซึ่งไม่เพียงแต่ให้บรรลุความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น อาหารและความสุขสบายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความรู้สึกถึงประสิทธิภาพอีกด้วย (Miller. 1992. : 13 ; citing Deci. 1976. *Instrinsic motivation.*)

คาแกน (Miller. 1992. : 13 ; citing Kagan. 1972. *Motives and development.*) ได้อธิบายว่ามนุษย์มีแรงขับดันเพื่อให้ประสบผลสำเร็จ คาแกนเชื่อว่าจุดกำเนิดของความสำเร็จ คือความปรารถนาของมนุษย์ที่จะให้บรรลุถึงมาตรฐานที่ตนวางไว้ การคาดทำนายอนาคต การค้นหาตัวเอง และการลดความไม่แน่นอนเป็นองค์ประกอบหนึ่งของแนวคิดของคาแกน เดอคามส์ (Miller. 1992. : 13 ; citing deCharms. 1968. *Personal causation : The internal affective determinants of behavior.*) เสนอว่าบุคคลพยายามที่จะสร้างความเป็นเหตุเป็นผลสำหรับตนเองเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่แวดล้อมตัวเองและพฤติกรรมของตน ความปรารถนาที่จะควบคุมชะตาชีวิตของตนมีอิทธิพลต่อแรงขับดันในมนุษย์ทุกคน ดีชี่ได้อธิบายถึงสมรรถนะว่าเป็นตัวนำไปสู่การลดลงของความไม่สอดคล้องกันระหว่างความคาดหวังและสถานการณ์จริง ด้วยเหตุนี้บุคคลจึงพยายามที่จะลดความไม่เหมาะสมระหว่างความเชื่อ ความคาดหวังและการกระทำที่แท้จริงและผลลัพธ์ของเหตุการณ์ ดีชี่ (Miller. 1992. : 13 ; citing Deci. 1976. *Instrinsic motivation.*) ได้สรุปข้อค้นพบของเขาเกี่ยวกับทฤษฎีแรงจูงใจว่าพฤติกรรมจูงใจที่ซ่อนอยู่ภายในช่วยให้บุคคลรู้สึกถึงสมรรถนะและการพิจารณาตนเอง โดยที่พฤติกรรมจูงใจที่ซ่อนอยู่ภายในมี 2 ลักษณะ คือ ค้นหาสิ่งเร้า และลดความไม่สอดคล้อง

ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แรงจูงใจมีความสำคัญในการเพิ่มศักยภาพ ส่งเสริมบทบาททางสังคมและการทำงาน และพัฒนาความเชื่อมั่นในตนที่จะกล้าเสี่ยง แรงจูงใจมีส่วนช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ และการมีส่วนร่วมในการรักษา

2.2.7 ระบบความเชื่อ (Belief systerm)

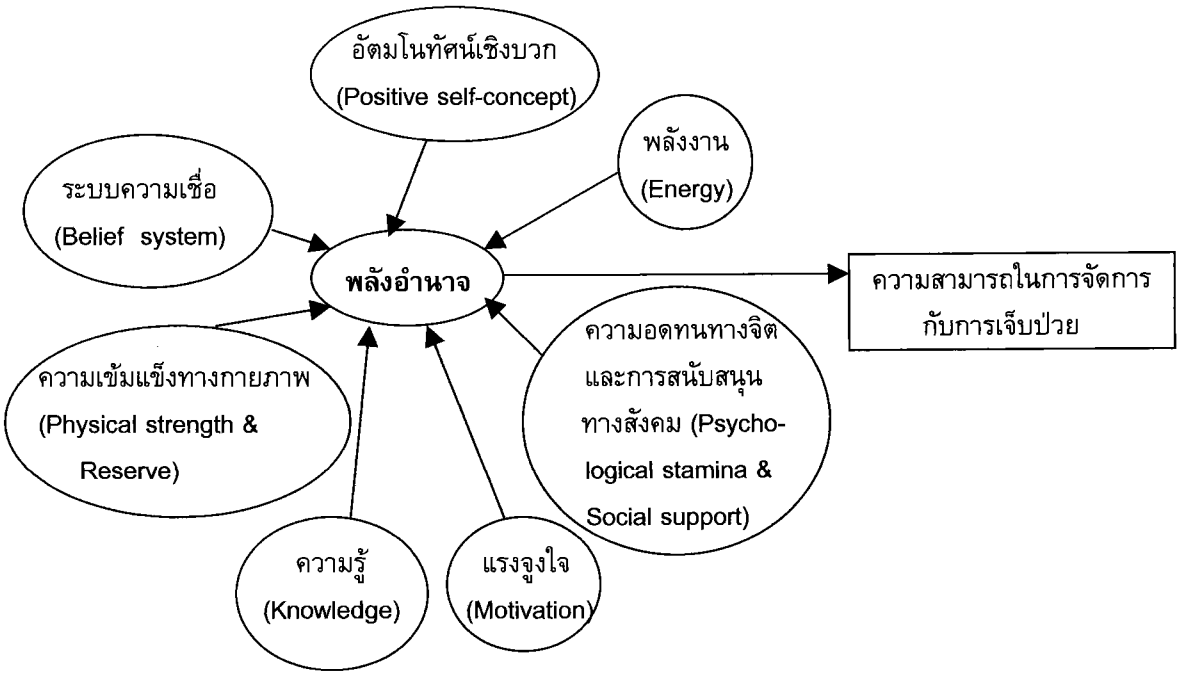
ระบบความเชื่อของบุคคล ความเชื่อในแผนการรักษา ความเชื่อในเจ้าหน้าที่สุขภาพ และความเชื่อในตนหรือความเชื่อมั่นในความสามารถในตน รวมถึงความเชื่อในพระเจ้า ศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยสร้างความเข้มแข็งและความสามารถในการจัดการกับความเครียดและเอาชนะต่อปัญหา เดรนส์ (Miller. 1992. : 13 ; citing Kraines. 1948. *The theory of neuroses and psychoses.*) เสนอว่าถ้าผู้ป่วยมีความเชื่ออย่างแรงกล้าต่อผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาได้ แฟรงค์ (Miller. 1992. : 14 ;

citing Frank. 1975. *Persuation and healing.*) อธิบายว่า ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการรักษามีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการรักษา

ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมีความต้องการที่จะหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานและแสวงหาที่ยึดเหนี่ยวจิตใจจากพระเจ้า ศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ บางคนอาจค้นพบความหมายของการเจ็บป่วยโดยอาศัยความเชื่อทางศาสนาและโชคชะตา ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลต่อทั้งกาย จิต และวิญญาณ ความเชื่อในโชคชะตาและความหวังจะช่วยส่งเสริมพลังอำนาจในบุคคลที่จะรับรู้ถึงการควบคุมและอาจส่งผลต่อการรักษา

ความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจส่งผลต่อความเข้มแข็งของพลังอำนาจในผู้ป่วย และความเข้มแข็งของพลังอำนาจนำไปสู่ความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ความเข้มแข็งทางกายภาพช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการเจ็บป่วย ความเข้มแข็งทางจิตช่วยในการดำรงความคิดทางด้านบวก ป้องกันความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกหมดหวัง การสนับสนุนทางสังคม ช่วยผู้ป่วยให้ได้รับการดูแล ในภาวะที่ผู้ป่วยต้องการพึ่งพาหรือช่วยเหลือซึ่งรวมถึงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อัตมโนทัศน์เชิงบวกช่วยผู้ป่วยในการรับรู้เกี่ยวกับตนเองว่าความสามารถหรือศักยภาพในการจัดการดูแลสุขภาพอยู่ในตนเองและเกิดความพยายามที่จะกำจัดอิทธิพลของการเจ็บป่วยที่มีต่อตน ความเข้มแข็งของพลังงานช่วยในการฟื้นฟูสภาพทางกายภาพ การจัดการกับความต้องการประจำวัน รวมถึงการจัดการกับความเครียด การเรียนรู้ การทำงานและกิจกรรมต่าง ๆ ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญาช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมและบรรเทาความรู้สึกไม่แน่นอนเนื่องมาจากการเจ็บป่วย รวมถึงการช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจสร้างทางเลือก และคาดหวังถึงผลอันเนื่องมาจากการกระทำ แรงจูงใจส่งเสริมความเชื่อมั่นในตัวของผู้ป่วยที่จะกระทำการใด ๆ เพื่อสุขภาพของตนและช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ และการมีส่วนร่วมในการรักษา และสุดท้ายคือความเชื่อมีผลต่อความคาดหวังที่มีต่อการเจ็บป่วย เหล่านี้คือองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งพลังอำนาจ พลังอำนาจและความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยดังแสดงในภาพประกอบ 2

ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังแต่ละคนอาจมีความพร่องของแหล่งพลังอำนาจมากน้อยแตกต่างกันออกไป แต่ถึงอย่างไรก็ตามองค์ประกอบของแหล่งพลังอำนาจที่เหลือของผู้ป่วยสามารถที่จะพัฒนาให้พลังอำนาจเข้มแข็งขึ้นมาได้ ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงต้องการกลวิธีในการจัดการเพื่อทดแทนแหล่งพลังอำนาจที่พร่องไปและสร้างแหล่งพลังอำนาจที่เหลือ เช่น ความหวัง และอัตมโนทัศน์เชิงบวกโดยเฉพาะอย่างยิ่งการนับถือตนเองขึ้นมา (Miller. 1992 : 9)



ภาพประกอบ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งพลังอำนาจ พลังอำนาจ และความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วย

2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังอำนาจ

การที่ผู้ป่วยจะมีพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ แหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่งของผู้ป่วยต้องมีความเข้มแข็งหรือมีความสมดุลเพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนได้ แต่ในบางสภาวะการณ์ผู้ป่วยอาจมีความพร่องของแหล่งของพลังอำนาจเกิดขึ้น ซึ่งความพร่องหรือไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจนำไปสู่การเกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) ซึ่งคาพีนีทู (Carpenito. 1991. : 474) ให้ความหมายว่าเป็นภาวะที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองขาดการควบคุมตนหรือเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้น ๆ ซึ่งการสูญเสียพลังอำนาจนำไปสู่ความรู้สึกเก็บกดซึมเศร้า และความนับถือตนเองที่ต่ำลง เป็นสาเหตุของความรู้สึกหมดหวัง (Hopelessness) ที่หมุนเวียนอยู่ในตัวบุคคล (Miller. 1992 : 416) ปัจจัยที่มีผลต่อแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจากการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังอำนาจพบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย ได้แก่

2.3.1 ปัจจัยอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย

2.3.1.1 ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดจากการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งเร้าทั้งภายในหรือภายนอกที่คลุมเครือไม่ชัดเจนอันเนื่องมาจากภาวะเจ็บป่วย ซึ่งบุคคลนั้นไม่สามารถอธิบายความหมายของการเจ็บป่วย หรือคาดการณ์และทำนายผลของเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ว่าจะมีภยันตรายใด ๆ มาคุกคามชีวิตและความเป็นอยู่ของตนหรือไม่ (Mishel. 1988, 1990) ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยเป็นผลมาจาก (Mishel. 1988, 1990; Stapleton. 1992; Suk Bling. 1998)

(1) ความรู้สึกคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย

(2) ความสลับซับซ้อนเกี่ยวกับแผนการรักษา และระบบการดูแล

(3) การได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย หรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่ได้รับ

(4) การไม่สามารถคาดการณ์ ทำนายเกี่ยวกับการดำเนินและพยากรณ์ของโรคได้

(5) ความไม่แน่นอนของสุขภาพ การกลับเป็นซ้ำของโรคหรืออาการของโรคที่รุนแรงขึ้น (Uncertainty health with remission and exacerbation)

(6) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคต

2.3.1.2 ความรู้สึกหมดหวังต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ซึ่งเป็นผลอันเนื่องมาจาก (Seligman. 1975; Miller. 1992. : 6 – 7 ; citing Strain. 1979. *Psychological reactions to chronic medical illness.*; Suk Bling. 1998; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537 : 54 ; อ้างอิงจาก Hymovich and Hagopian. 1992. *Chronic illness in children and adults:A psychosocial approach.*)

(1) ความรู้สึกหมดหวังที่จะสามารถรักษาได้ (Chance of cure hopelessness) และการที่แพทย์ลงความเห็นว่าคงไม่สามารถรักษาได้

(2) การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนไม่สามารถแก้ไขได้ (Learning helplessness)

(3) ความกลัวผลของการที่ปัญหาสุขภาพไม่สามารถรักษาได้

(4) การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ความถี่ของอาการกำเริบ

2.3.1.3 การที่สภาพร่างกายแย่ลง (Progressive deteriorating physical state) (Suk Bling. 1998)

2.3.1.4 การรักษาพยาบาลที่ได้รับ การปฏิบัติตามแผนการรักษา ผลข้างเคียงของการรักษา (Miller. 1992. : 6 – 7 ; citing Strain. 1979. *Psychological reactions to chronic medical illness.*; Stepleton. 1992; Suk Bling. 1998)

2.3.2 ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย (Intrapersonal factors) ประกอบด้วย (Gibson. 1991; Suk Bling. 1998)

2.3.2.1 ค่านิยม (Values) ค่านิยมของตนเอง ความรักในตนเอง ความรับผิดชอบในการที่จะดูแลตนเอง

2.3.2.2 ความเชื่อ (Beliefs) ความเชื่อเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยบุคคลสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรค และความยากลำบากในการดูแลที่เกิดขึ้น การที่บุคคลมีความเชื่อที่ดีต่อการดูแลหรือเชื่อว่าการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้น ในทางตรงข้ามบุคคลที่ไม่เชื่อต่อผลของการรักษาที่มีต่อการเจ็บป่วยของตน คิดว่าเป็นเรื่องของโชคชะตาที่กำหนดให้เป็นไป ความเชื่อดังกล่าวก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหมดหวัง มองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ร้าย ไม่เชื่อในความสามารถของตนเองว่าสามารถดูแลตนเองได้ (Abilities to care) ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพมีผลต่อผู้ป่วยในการที่จะพยายามหรือไม่พยายามแสวงหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ดี

2.3.2.3 เป้าหมายในชีวิต (Determination) เกิดจากการที่บุคคลมีความเข้มแข็งและแรงจูงใจ (Strong and Motivation) ที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อไปสู่เป้าหมายโดยจะพยายามทำทุก

อย่างเพื่อให้ตนเองได้รับสิ่งที่ดีที่สุดแม้ว่าจะมีอุปสรรค บุคคลที่ขาดเป้าหมายในชีวิตจะรู้สึกว่าชีวิตของตนไม่มีความหมาย มีผลต่อการนับถือตนเองและแรงจูงใจที่จะอดทนต่อความยากลำบากที่เกิดขึ้น รวมถึงการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย

2.3.2.4 ประสบการณ์ส่วนบุคคล (Experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งสำคัญต่อความเชื่อ อัตมโนทัศน์ แรงจูงใจในตัวผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมาและประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากการศึกษา การอ่าน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์ ในขณะที่ประสบการณ์ด้านลบที่มีต่อการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นการได้รับรู้ข่าวสารที่ผิดพลาด การได้เห็นตัวอย่างผู้ป่วยรายอื่นที่เจ็บป่วยเช่นเดียวกับตนอาการแย่ลงหรือเสียชีวิต ส่งผลต่อแรงจูงใจของผู้ป่วย รวมถึงความเชื่อในความสามารถของตนในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

2.3.2.5 ความเชื่ออำนาจในการควบคุม (Locus of control) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นตนสามารถควบคุมได้ บุคคลที่เชื่ออำนาจภายในตน (Internal locus of control) มีแนวโน้มที่จะรับรู้ว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านบวกและลบเป็นผลมาจากการกระทำของตน อยู่ภายใต้การควบคุมของตน (Miller. 1992. : 11 ; citing Lefcourt. 1966. *Belief in personal control:Research and implications.* ; Rotter. 1966. *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement.*) ในขณะที่บุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตน (External locus of control) มีแนวโน้มที่จะรับรู้ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของตน แต่เป็นเรื่องของความบังเอิญ โชคชะตาหรืออำนาจจากสิ่งอื่น บุคคลที่คิดว่าเหตุการณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนมีความคงที่และเป็นปัญหาโลกแตก ในขณะที่เหตุการณ์ที่ดีนั้นเป็นผลที่เกิดจากภายนอก ไม่คงที่และมีปัจจัยการทำให้เกิดเฉพาะ บุคคลเหล่านี้มีความเสี่ยงสูงที่จะมีความรู้สึกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นไม่สามารถแก้ไขได้และเกิดความรู้สึกเก็บกด ซึมเศร้า มองโลกในแง่ร้าย (Saligman. 1975)

2.3.3 ปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factors) ประกอบด้วย

2.3.3.1 ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อผู้อื่น ที่สำคัญ คือ ความรู้สึกที่ต้องพึ่งพิงและเป็นภาระของผู้อื่นและครอบครัว ซุค บลิง (Suk Bling.1998) และ สเตปลีตัน (Stapleton. 1992) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ถึงภาวะสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยพบว่าปัจจัยอันเนื่องมาจากสัมพันธภาพกับผู้อื่นเป็นสาเหตุหนึ่งของการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยอันเกิดเนื่องมาจากความรู้สึกที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นและเป็นภาระของครอบครัว เช่นเดียวกับสเตนท์ (Miller. 1992. : 6 – 7 ; citing Strain. 1979. *Psychological reactions to chronic medical illness.*) ที่ได้กล่าวถึงความกลัวของผู้ป่วยในการสูญเสียความรัก กลัวที่จะต้องพึ่งพาผู้อื่นอันเป็นเหตุให้ผู้อื่นตีจาก เป็นปฏิกิริยาทางจิตที่พบในการเจ็บป่วยเรื้อรัง

2.3.3.2 สัมพันธภาพกับผู้อื่น สัมพันธภาพกับผู้อื่นในความรู้สึกและการรับรู้ของผู้ป่วยคือ ความรู้สึกของบุคคลที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม ได้รับการยอมรับ เป็นที่รัก ได้รับการยกย่อง มีคุณค่าและเป็นที่ต้องการจากผู้อื่น การไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่เคยกระทำได้และปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ รวมถึงการถูกแยกตัวออกจากสังคมอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยมีผลต่อความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย (Stapleton. 1992 : 169 – 176; Suk Bling. 1998)

2.3.4 ปัจจัยอันเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ แม้ปัจจัยนี้จะถือได้ว่าเป็นปัจจัยระหว่างบุคคล แต่เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วย ที่เป็นผลมาจากการยอมรับว่าการรักษาพยาบาลเป็นการปฏิบัติหน้าที่ตามความรับผิดชอบของสถาบันทางการแพทย์

และเจ้าหน้าที่สุขภาพที่มีต่อประชาชนที่ก่อตั้งโดยไม่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตน (Turner and Samson. 1996 : 2, 129) จึงเป็นเหตุผลที่นำปัจจัยนี้แยกออกมาในการศึกษา

ในระบบบริการสุขภาพแพทย์ยังคงมีบทบาทในฐานะผู้ให้การรักษาพยาบาล ผู้ป่วยยังคงมองว่าแพทย์เป็นผู้ที่มีคุณค่าสมควรแก่การยกย่อง ดังนั้นผู้ป่วยจึงมักไม่กล้าหรือเกรงใจที่จะซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ หรือมีความคิดเห็นที่แตกต่างไปจากแพทย์ ผู้ป่วยมักยอมรับและรอคอยการรักษาพยาบาลจากแพทย์ โดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ แพทย์เองมักเน้นการรักษามากกว่าการดูแล ในขณะที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องการที่จะควบคุมโรคให้สงบเป็นเวลานาน ๆ มากกว่าเป็นการรักษาโรคให้หายขาด สำหรับระบบบริการสุขภาพและการทำงานเป็นทีมในการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ทำให้เจ้าหน้าที่สุขภาพแต่ละคนมีบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันไป และทุกฝ่ายก็มุ่งหวังที่จะให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือการพยาบาลที่ได้กำหนดขึ้นสำหรับผู้ป่วยโดยที่ผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วมหรือมีส่วนร่วมเพียงเล็กน้อย ทั้งที่เจ้าหน้าที่สุขภาพดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราวช่วงเวลาสั้น ๆ เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น จึงเป็นที่แน่ชัดว่าผู้ป่วยและญาติมีบทบาทเป็นอย่างมากในการจัดการและตัดสินใจปรับเปลี่ยนแผนการรักษาต่าง ๆ ตามที่เห็นว่าเหมาะสมเพื่อรักษาไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง ความแตกต่างระหว่างความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยของผู้ป่วยและญาติซึ่งต้องให้การดูแลตนเองทุกวันกับแพทย์ พยาบาลซึ่งรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราวนี้เองทำให้ความขัดแย้งอาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างผู้ป่วยและญาติกับแพทย์ พยาบาลที่อาจไม่มีความเข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับวิถีชีวิต บริบททางสังคมวัฒนธรรมและความเป็นอยู่ของผู้ป่วย จึงเป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจในการรักษา รู้สึกว่าเป็นความทุกข์ทรมาน อันเกิดจากความไม่สอดคล้องกับชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยได้ จึงเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะกระทำตามความคาดหวังดังกล่าว มีคำกล่าวว่า "แพทย์และเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ มักมุ่งมั่นพยายามทำตามแผนการรักษาของตนโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะยอมรับในการกระทำต่าง ๆ หรือไม่ ผลปรากฏว่าผู้ป่วยต่อต้านและไม่ร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา" พฤติกรรมนี้เกิดขึ้นในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความเห็นว่าแผนการรักษาของแพทย์ไม่สอดคล้องกับการดำรงชีวิตประจำวันของเขา ใช้เวลาของเขาในแต่ละวันอย่างมาก ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ทำให้เขาอ่อนเพลียหมดแรง ทำให้เขาเสียเงินจำนวนมากหรือทำให้เขาต้องยุ่งยากในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ (สุจิตรา เหลืองอมร เลิศ. 2537 : 52 ; อ้างอิงจาก Strauss. 1975. *Chronic illness and the quality of life.*) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสมีส่วนร่วมในการกำหนดและตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษานั้นอย่างไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ทำให้ผลการรักษาไม่ดี

ในบริบทของการพยาบาล ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยถือได้ว่าเป็นหัวใจของการดูแล แต่ก็พบว่ามีการใช้อำนาจเกิดขึ้นในปฏิสัมพันธ์นั้นด้วยเช่นกัน เฮวิสัน (Hewison. 1995) ได้ทำการศึกษาพบว่าพยาบาลมีการใช้อำนาจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยผ่านการใช้ภาษา ทั้งที่เป็นการใช้อำนาจอย่างชัดเจน (Overt power) เช่น การออกคำสั่งให้ผู้ป่วยทำบางสิ่งบางอย่างหรือห้ามมิให้ผู้ป่วยกระทำในบางสิ่งบางอย่าง การชักจูง/ชักชวน (Persuasion) เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธที่จะทำในสิ่งที่พยาบาลต้องการให้ทำหรือต้องการให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ การควบคุมตารางเวลาและการทำกิจกรรมของผู้ป่วย (Controlling the agenda) ซึ่งไม่ใช่การออกคำสั่งหรือการใช้วิธีการชักชวน แต่เป็นลักษณะของการทำงานประจำที่แสดงให้ผู้ป่วยทราบว่าเวลานี้ต้องทำอะไร

นอกจากนั้นอำนาจของพยาบาลในฐานะผู้เชี่ยวชาญส่งอิทธิพลต่อระดับความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล คาเรรี่ และสมิท (Callery and Smith.1991) พบว่าการใช้การบังคับหรือการชี้นำ นำไปสู่การตัดสินใจร่วมกันโดยไม่ต้องมีการต่อรอง ซึ่ง

เป็นความจริงที่พบในบริบทของระบบสุขภาพ (Health care setting) ที่พยาบาลยังมีอำนาจเหนือผู้ป่วย วอเตอร์เวิดท์ (Waterworth) และ ลัคเกอร์ (Lucker) (Brighton. 1994 : 16 ; citing Waterworth and Lucker. 1990. *Reluctant collaborators : Do patients want to be involved in decision concerning care?.*) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างที่เขาศึกษานั้นแสดงความต้องการที่จะปฏิบัติตนให้เป็นไปตามการตัดสินใจของพยาบาล เพื่อให้พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพของพวกตน

ข้อผูกมัดที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเห็นด้วยกับการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่สุขภาพเพิ่งได้รับความสนใจเมื่อไม่นานมานี้ ซิม (Sim. 1991) พบว่าสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยมีอิทธิพลทำให้ผู้ป่วยต้องยอมรับต่อการรักษาพยาบาล อิสระภาพของผู้ป่วยได้ถูกจำกัดเพราะผู้ป่วยรู้สึกว่าการยินยอมเป็นวิธีการเดียวที่จะทำให้พวกเขาได้รับการรักษาที่ดีและรักษาชีวิตเขาไว้ได้ ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของสเตปลีตัน (Stapleton. 1992 : 170 – 171) ที่กล่าวว่าในฐานะผู้ป่วย เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียการควบคุมตนเองโดยอัตโนมัติ การตัดสินใจต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการกิน การนอน การออกกำลังกาย หรือแม้แต่การอาบน้ำก็ถูกกำหนดขึ้นเพื่อผู้ป่วย แม้จะมีบางครั้งที่มีการสอบถามความคิดเห็นจากผู้ป่วย เช่น อาหารอะไรบ้างที่ผู้ป่วยไม่รับประทาน ผลของการกระทำดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยอยู่ในฐานะผู้ถูกกระทำตามการชี้แนะของเจ้าหน้าที่สุขภาพโดยปราศจากข้อสงสัย พฤติกรรมดังกล่าวบ่งชี้ถึงความรู้สึกขาดการควบคุมหรือสูญเสียพลังอำนาจ ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจจะแสดงออกถึงการไม่สนใจที่จะแสวงหาข้อมูลเพื่อสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ากิจกรรมต่าง ๆ ที่ตนต้องทำนั้นไม่จำเป็นต้องแสวงหาข้อมูลใด ๆ ดังนั้นจึงมีความรู้สึกว่าข้อมูลไม่มีความหมาย ผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมักจะไม่ตั้งคำถามต่อเจ้าหน้าที่สุขภาพ ถึงแม้จะไม่เข้าใจว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพจะจัดการกับการเจ็บป่วยของตนอย่างไร

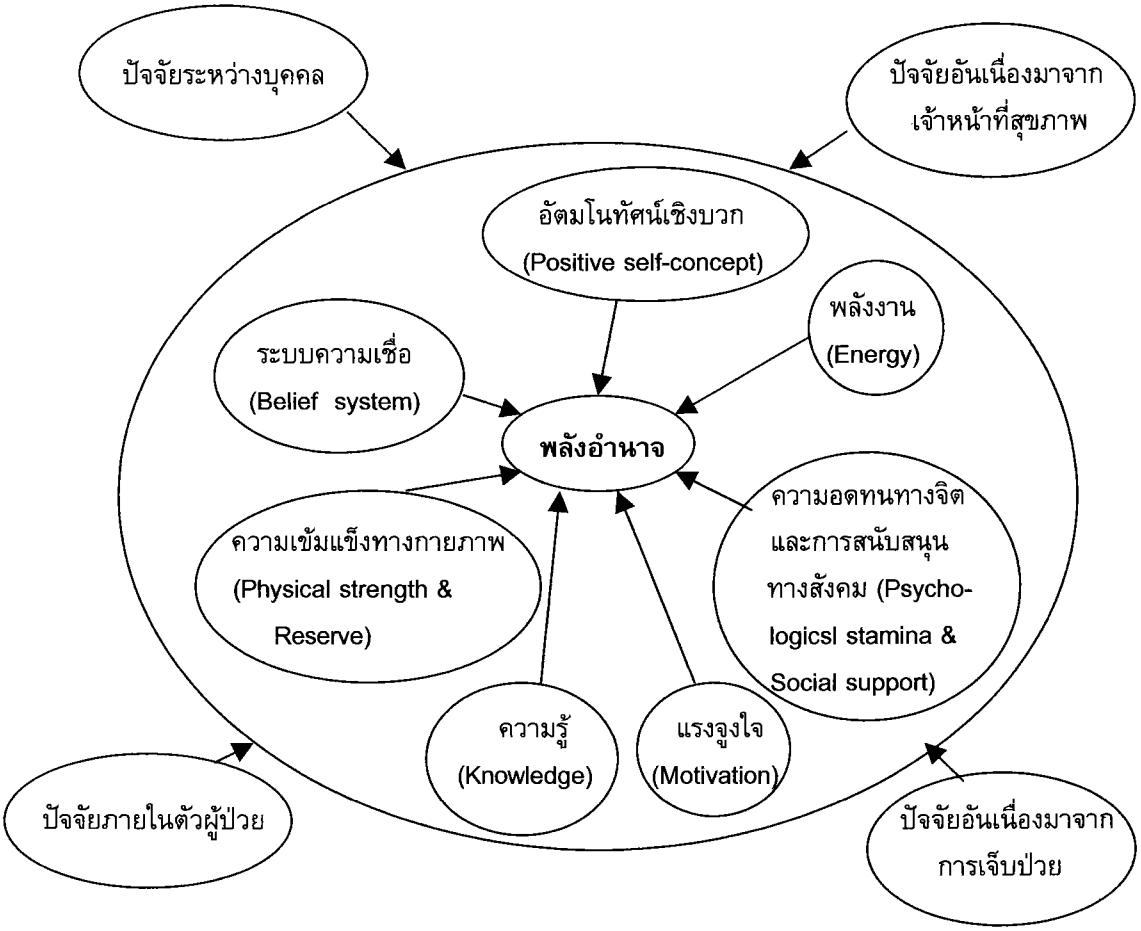
ไบเลย์ (Brighton. 1994 : 16 ;citing Biley.1992. *Some determinants that effect patient participation in decision making about nursing care.*) ศึกษาถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการที่ผู้ป่วยจะเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาพยาบาล ได้แก่ (1) ความแตกต่างในด้านความรู้ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (2) ผู้ป่วยตระหนักถึงข้อผูกมัดของระบบการรักษาพยาบาลที่มีต่อตนและตัวพยาบาล และใช้การรับรู้นี้จัดการกับการตัดสินใจของตน (3) การรับรู้ถึงสภาวะสุขภาพของตนที่เป็นอยู่

ความแตกต่างในด้านความรู้ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบสำคัญของอำนาจ แต่ว่าไม่จำเป็นต้องเป็นสิ่งเลวร้ายเสมอไป ถ้าพยาบาลใช้อำนาจในการให้ข้อมูลและปรับเปลี่ยนการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (Malin and Teasdale. 1991) ในขณะที่ผู้ป่วยอาจมีข้อจำกัดในด้านความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการรักษาพยาบาลแต่ผู้ป่วยเองมีความรู้เกี่ยวกับสังคมและความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันสำหรับการดูแลตนเองมากกว่า จึงมีความเป็นไปได้ที่พยาบาลอาจพบว่าผู้ป่วยบางรายอาจรู้ดีเกี่ยวกับการรักษาบางอย่างและเลือกที่จะคงไว้ซึ่งการควบคุมความรู้และอำนาจของตนเหนือเทคนิคการรักษาของโรงพยาบาล

ดอร์เซ็ทท์ (Brighton. 1994 : 17 ; citing Dorsett. 1992. *The trajectory of cancer recoverry.*)ได้กล่าวถึงความไม่เหมาะสมของบทบาทในระหว่างการเจ็บป่วย (Sick role) และรูปแบบการจัดกระทำในระยะเฉียบพลัน (Acute intervention model) ในการเจ็บป่วยเรื้อรัง ดอร์เซ็ทท์พบว่าในการรักษาแบบดั้งเดิม (Traditional treatment) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งมีเป้าหมายที่จะรักษาภาวะการเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลันที่เกิดขึ้นมากกว่าจะวางแผนการรักษาที่สมบูรณ์ตลอดการเจ็บป่วยของผู้ป่วย หรืออาจกล่าวได้ว่าไม่ได้ให้ความสนใจในระยะการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

อุปสรรคในการประเมินพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลยังคงสะท้อนคำจำกัดความและความคาดหวังที่หลากหลายของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย มีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างของความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างพยาบาลกับบุคคลทั่วไป (Brighton. 1994 : 18 ; citing Eachus. 1991. *Multidimensional of cancer treatment in American society.*) และระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (Brighton. 1994 : 18 ; citing Smith and Draper. 1994. *Who is in control? An investigatation of nurse and patient belief relating to control of their health care.*; Waterworth and Luker. 1990. *Reluctant collaborators : do patients want to be involved in decisions concerning care?.*) สมิทและดราเปอร์ (Smith and Draper) แสดงให้เห็นถึงการรับรู้ของพยาบาลที่มีต่อความต้องการของผู้ป่วยที่จะควบคุมตนเองและความต้องการเกี่ยวกับข้อมูลการรักษาพยาบาลขึ้นกับพื้นฐานของประสบการณ์และความคาดหวังของพยาบาล ซึ่งมักไม่ไปในทิศทางเดียวกับความต้องการของผู้ป่วยที่พยาบาลดูแลอยู่ (Brighton. 1994 : 18 ; citing Smith and Draper. 1994. *Who is in control? An investigatation of nurse and patient belief relating to control of their health care.*)

รูปแบบของพลังอำนาจและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจ สามารถที่จะเขียนความสัมพันธ์ได้ดังแสดงในภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งพลังอำนาจ พลังอำนาจและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจ

2.4 แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

เป้าหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วย คือ การเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเองด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในตน และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งเป็นวิธีการที่สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ดังที่องค์การอนามัยโลก (1985) ได้กล่าวถึงนัยของการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ในเอกสารการส่งเสริมสุขภาพว่า "กระบวนการที่เพิ่มความสามารถให้บุคคลเพิ่มการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง" (Baksi and Cradock. 2000) มีผลทำให้การเสริมสร้างพลังอำนาจได้รับความสนใจในการนำมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

รูปแบบการดูแลด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment Model of Care) (Berger, Anderson-Harper. and Kavookjian. 2000.) แสดงให้เห็นถึงการปรับเปลี่ยนของแนวคิด โดยที่รูปแบบการดูแลด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจใช้หลักของการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งหมายความว่าความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากผู้ป่วย ถ้าไม่มีผู้ป่วยเจ้าหน้าที่สุขภาพก็จะไม่มีความจำเป็นอีกต่อไป แต่เจ้าหน้าที่สุขภาพส่วนใหญ่ยังมองความสัมพันธ์นั้นเป็นการที่ผู้ป่วยยินยอมตามการชี้แนะของพวกตน การให้ข้อมูลไม่ควรเป็นแบบทิศทางเดียว คือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพไปสู่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเองมีข้อมูลที่มีคุณค่าต่อเจ้าหน้าที่สุขภาพ ด้วยความร่วมมือกันระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วยจะทำให้ได้การตัดสินใจที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

ในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพจะต้องเป็นแบบการต่อรอง (Negotiation) ไม่ใช่แบบบอกให้ทำ(Dictation) ผู้ป่วยจะต้องทำความเข้าใจก่อนว่าอะไรคือความต้องการในการจัดการกับการเจ็บป่วยของตน ต่อจากนั้นผู้ป่วยต้องประเมินความเข้าใจของตนและสิ่งที่เป็นอุปสรรค

เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบการดูแลแบบดั้งเดิม (Traditional) หรือการดูแลแบบชีวการแพทย์ (Biomedical Model) ผู้ป่วยเปรียบเสมือนคนที่ต้องยอมทำตามคำชี้แนะของเจ้าหน้าที่สุขภาพ เมื่อผลของคำชี้แนะล้มเหลวผู้ป่วยก็จะกลายเป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบ ในรูปแบบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพจะมีความรับผิดชอบร่วมกันที่จะไปสู่ผลสัมฤทธิ์ที่พึงประสงค์ เจ้าหน้าที่สุขภาพจะทำหน้าที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งหมายถึง การให้ความเคารพต่อความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและช่วยผู้ป่วยในการตัดสินใจในวิถีทางที่มีความหมายต่อผู้ป่วย นั่นคือ การที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการกระตุ้นให้แสดงออกถึงความเป็นความเป็นอิสระของตนด้วยการให้ข้อมูลและความร่วมมืออย่างแท้จริงในการตัดสินใจ

เจ้าหน้าที่สุขภาพหลายคนเชื่อว่าหน้าที่ของพวกตน คือ การสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจัดการกับการเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและมักสร้างความคับข้องใจในการปฏิบัติงาน หน้าที่ของเจ้าหน้าที่สุขภาพ คือ การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ ความห่วงใย และความเคารพอันจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความเป็นไปได้ในการเลือกหนทางแห่งสุขภาพ

ในรูปแบบการดูแลแบบชีวการแพทย์ การชักจูง (Persuasion) และบังคับ (Coercion) เป็นกลยุทธ์หลักของการดำเนินการในการพยายามให้ผู้ป่วยจัดการกับความเป็นอยู่ของตน วิธีการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกต่อต้านที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามที่เจ้าหน้าที่สุขภาพต้องการให้เปลี่ยน ผู้ป่วยที่ต่อต้านและไม่ยอมปฏิบัติตามแผนการรักษาจะถูกมองว่าเป็นผู้ที่มีปัญหา การต่อต้านถือเป็นสิ่งที่เลวร้ายและต้องถูกกำจัด ในรูปแบบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ การต่อต้านถือว่าเป็นข้อมูลที่มีคุณค่า เจ้าหน้าที่สุขภาพต้องค้นหาการต่อต้านที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย อะไรคืออุปสรรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยของพวกตน ซึ่งจะเป็นการดีถ้าจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดคุยถึงเหตุผลในการต่อต้านของผู้ป่วย เพื่อ

ค้นหาและวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม ความพยายามที่จะทำความเข้าใจผู้ป่วยและมุมมองของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยและการรักษาจะให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่า การร่วมรับรู้ การให้ความอบอุ่นและความเข้าใจจะให้ผลทางบวกต่อการรักษา

รูปแบบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้จำแนกความแตกต่างระหว่างการเผชิญหน้า (Confront) กับการโต้แย้ง (Argue) โดยที่การเผชิญหน้าไม่ได้เป็นการตัดสินสิ่งที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยรายหนึ่งขาดยารักษาโรคความดันไป 10 กว่าวัน การเผชิญหน้ากับผู้ป่วยจะเป็นไปในลักษณะ "ดิฉันทราบว่ายาของคุณหมดไปเมื่อ 10 กว่าวันมาแล้ว พอจะบอกได้ไหมว่าเกิดอะไรขึ้นกับคุณ" ในการเผชิญหน้าไม่ควรละเลยกับปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยควรได้รับการปฏิบัติแบบผู้ใหญ่ ผู้ป่วยจะได้รับการสอบถามถึงเหตุผลที่เกิดว่าเกิดจากอะไร ปัญหาลึก ๆ ที่เกิดขึ้นเจ้าหน้าที่สุขภาพจะต้องร่วมกันค้นหากับผู้ป่วยว่าเขาคิดที่จะทำอย่างไรมากกว่าที่จะมาอบรมว่าการได้รับยาอย่างต่อเนื่องนั้นมีความสำคัญต่อเขาอย่างไร สุดท้ายรูปแบบของการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการให้ความเคารพซึ่งกันและกัน (Mutual respect) เคารพในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ไม่ได้ให้คุณค่าแก่บุคคลเพราะระดับของชนชั้น เชื้อชาติและฐานะทางเศรษฐกิจ

การเปรียบเทียบรูปแบบการดูแลแบบดั้งเดิมหรือชีวการแพทย์กับการดูแลแบบเสริมสร้างพลังอำนาจ แสดงในตาราง 2

ตาราง 2 รูปแบบการดูแลแบบดั้งเดิมหรือชีวการแพทย์ กับการดูแลแบบเสริมสร้างพลังอำนาจ (Traditional or Biomedical model versus Empowerment Model of Care)

การดูแลแบบดั้งเดิมหรือชีวการแพทย์	การดูแลแบบเสริมสร้างพลังอำนาจ
เจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นศูนย์กลาง (Practitioner – centered)	ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient centered)
การให้ข้อมูล (Information giving)	การแลกเปลี่ยนข้อมูล (Information exchange)
เจ้าหน้าที่สุขภาพต้องปกป้องผู้ป่วย	ผู้ป่วยต้องปกป้องดูแลตนเอง
ครอบงำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่อาศัยการต่อรอง
เป็นเรื่องของความยินยอม (Compliance)	การประสานความร่วมมือกัน(Adherence)
เผด็จการ(Authoritarian (parent- child) relationship)	ผู้ให้บริการ (Servant)
จูงใจผู้ป่วย (Motivate the patient)	ประเมินแรงจูงใจผู้ป่วย (Assess the patient's motivation)
ชักชวนและบังคับ (Persuade, Manipulate)	เข้าใจและยอมรับ (Understand, accept)
การต่อต้านคือสิ่งที่เลวร้าย	การต่อต้านคือข้อมูล
โต้แย้ง (Argue)	การเผชิญหน้า (Confront)
สนใจกับสิ่งที่เป็นไปตามที่คาดหมาย(Respect expected)	ให้ความเคารพซึ่งกันและกัน (Mutual respect)

ที่มา : Berger B.A, Anderson-Harper H. M. and Kavookjian J. (2000, May). *Patient Empowerment.* (Online). Available : http://pharmacy.aubum.edu/pcs/download/empower.html.

จากการประมวลแนวคิดและวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจากงานวิจัยและการศึกษาของฟันเนล และคณะ (Funnell, et al. 1991) ฮอว์คส์ (Hawkes. 1992) กิบสัน (Gibson. 1991,1995) แมคอินทอส (Mackintosh. 1995) ร๊อดเวลล์ (Rodwell.1996) และ ซุค บลิง (Suk Bling. 1998) ทำให้ได้องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ สรุปดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 แสดงองค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย

คุณลักษณะ (Attributes)	สิ่งที่ต้องเกิดก่อน (Antecedent)	กระบวนการ (Process)	ผลลัพธ์(Outcomes/Consequences)
ฟันเนล และคณะ (Funnell, et al. 1991) -	-	ข้อมูลและการให้ความรู้ (Information and education) : • ความรู้ที่เพียงพอต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผล • การควบคุมและแหล่งทรัพยากรที่เพียงพอต่อการลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ • ประสบการณ์ในการประเมินประสิทธิผลของการตัดสินใจ ความรู้ (Knowledge) : • เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ การตระหนักรู้ในตนเกี่ยวกับคุณค่า ความต้องการ เป้าหมายและแรงบันดาลใจในตนเอง	• ส่งเสริมการกำหนดตนเอง (self – regulation) อันจะเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคคลทางด้านสุขภาพและความผาสุก • มีความรู้ ทักษะ ทัศนคติ และการตระหนักรู้ในตนที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ฮอว์คส์ (Hawkes .1992) ผู้ป่วย ความตั้งใจที่จะยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจและรับผิดชอบและมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและตัดสินใจ	• ความไว้วางใจ ความจริงใจ • ความซื่อสัตย์ เปิดเผย • ทักษะส่วนบุคคล • ทักษะในการสื่อสาร • การเคารพซึ่งกันและกัน	• การสื่อสารที่เปิดเผย • การตั้งเป้าหมายและตัดสินใจร่วมกัน • การใช้พฤติกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการจัดหาสิ่งแวดล้อม เครื่องมือ และแหล่งทรัพยากรที่จำเป็น	ผู้ป่วย เพิ่มความสามารถและประสิทธิภาพในการกำหนดและดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายสำหรับแต่ละบุคคล พยาบาล พึงพอใจกับการเติบโตของตนและผู้อื่น

ตาราง 3 (ต่อ)

คุณลักษณะ (Attributes)	สิ่งที่ต้องเกิดก่อน (Antecedent)	กระบวนการ (Process)	ผลลัพธ์(Outcomes/Consequences)
พยาบาล การมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของและใช้ทักษะของวิชาชีพ	• การยอมรับในคุณค่าของบุคคลอื่น การยอมรับบุคคลอย่างที่เขาเป็น		
กิบสัน (Gibson. 1991, 1995) -	• ความมุ่งมั่นทุ่มเท (Commitment) • ความรัก (Love) • ความผูกพัน (Bond)	1. การค้นพบสภาพการณ์จริง 2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3. การดำเนินการด้วยตนเอง 4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ	ผลลัพธ์ ความสามารถในการมีส่วนร่วม • พัฒนาทางด้านความรู้ • ความสามารถในการดูแล • พัฒนาความเชื่อมั่นในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ผลต่อเนื่อง • เป้าหมายและความหมายในชีวิต • การพัฒนาตนเอง • ความพึงพอใจ • การรับรู้ความสำเร็จ
แมคอินทอส (Mackintosh. 1995)		การสร้างแรงจูงใจ ความมั่นใจในตนเองและทักษะ จะช่วยให้บุคคลสามารถที่จะค้นหาความต้องการทางด้านสุขภาพของตนและดำเนินกิจกรรมเพื่อให้บรรลุความต้องการของตน	เอื้ออำนวยการตัดสินใจด้วยการเปลี่ยนแปลงแนวคิดและเพิ่มการนับถือตนเอง ประเมินจากทักษะชีวิตที่ผู้ป่วยได้มาและทักษะในการตัดสินใจ

ตาราง 3 (ต่อ)

คุณลักษณะ (Attributes)	สิ่งที่ต้องเกิดก่อน (Antecedent)	กระบวนการ (Process)	ผลลัพธ์(Outcomes/Consequences)
ร๊อดเวลล์ (Rodwell. 1996) 1. กระบวนให้การช่วยเหลือ 2. การเป็นหุ้นส่วนที่ยอมรับในคุณค่าต่อตนเองและผู้อื่น 3. การตัดสินใจร่วมกันโดยใช้แหล่งทรัพยากร การให้โอกาสและอำนาจตามที่ได้รับมอบหมาย 4. อิสระในการสร้างทางเลือกและยอมรับต่อหน้าที่ความผิดชอบ	• ความไว้วางใจและเคารพซึ่งกันและกัน • การให้ความรู้และการสนับสนุน • การมีส่วนร่วมและความมุ่งมั่นทุ่มเท	ในระดับปฏิบัติการ มีการเปลี่ยนแปลงการให้บริการพยาบาล เช่น ในกระบวนการพยาบาลด้วยการที่พยาบาลจะทำงานที่ใกล้ชิดกับบุคคลมากขึ้นด้วยการสร้างความร่วมมือที่เหมาะสมและเป้าหมายที่เป็นไปได้	1. ความนับถือตนเองในทางบวก 2. ความสามารถในการกำหนดเป้าหมายและดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด 3. ความรู้สึกถึงการควบคุมชีวิตของตนและกระบวนการของการเปลี่ยนแปลง 4. ความรู้สึกถึงความหวังต่ออนาคต
ซุค บลิง (Suk Bling. 1998) 1. กระบวนการสร้างแรงจูงใจ 2. กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ 3. การแสวงหาความรู้และทักษะ 4. กระบวนการของการปรับเปลี่ยนความคิด	การสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นทุ่มเท รับรู้ถึงหน้าที่ความรับผิดชอบ ความสนใจและความหวัง	1. การค้นหาสิ่งกระตุ้นความเครียด ความสนใจและจุดแข็ง • ค้นหาเป้าหมายและความสนใจของผู้ป่วยจากทัศนะของผู้ป่วย • ลดปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย • ตระหนักถึงจุดแข็งของผู้ป่วย • ปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะบุคคล	ผลลัพธ์ที่มีต่อประสบการณ์ของผู้ป่วย 1. การให้ความหมายแก่ชีวิตและการมีความหวัง 2. ความเชื่อมั่น 3. ความรู้และทักษะ 4. การมองโลกในแง่ดี (Flexible optimism) ผลต่อเนื่องที่มีต่อพฤติกรรม • ความมุ่งมั่นผูกพันต่อการรักษาพยาบาล

ตาราง 3 (ต่อ)

คุณลักษณะ (Attributes)	สิ่งที่ต้องเกิดก่อน (Antecedent)	กระบวนการ (Process)	ผลลัพธ์(Outcomes/Consequences)
		2. เอื้ออำนวยการปรับเปลี่ยนความคิด ● กระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ● ช่วยผู้ป่วยในการต่อรองต่อเป้าหมายใหม่ ● เอื้ออำนวยให้เกิดทัศนคติทางบวก ● สร้างความหวัง 3. เพิ่มแหล่งทรัพยากร ● สร้างเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล ● การใช้กระบวนการกลุ่มสนับสนุนกันเอง (Self-Help Groups) ● เอื้ออำนวยการสื่อสารระหว่างสมาชิกครอบครัวและผู้ป่วย ● เพิ่มแหล่งทรัพยากรทางกายภาพ ● เอื้ออำนวยให้เกิดความรู้และทักษะ ● สนับสนุนการตัดสินใจ ● การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ	● การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ● ความผาสุกทางจิต

ตาราง 3 (ต่อ)

คุณลักษณะ (Attributes)	สิ่งที่ต้องเกิดก่อน (Antecedent)	กระบวนการ (Process)	ผลลัพธ์(Outcomes/Consequences)
<u>เบอร์เกอร์ และคณะ (Berger, et al. 2000)</u> 1. บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพของตน จึงมีหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพของตน 2. การยอมรับความสามารถของบุคคลที่จะเติบโตและประเมินตนเอง 3. เจ้าหน้าที่สุขภาพไม่สามารถให้อำนาจแก่บุคคล แต่บุคคลต้องสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง 4. เจ้าหน้าที่สุขภาพต้องยอมรับต่อความต้องการของชุมชนในการที่จะควบคุมและปรับปรุงตนเอง		1. การศึกษาถึงครรลองชีวิตของผู้ป่วย 2. การศึกษาถึงกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย 3. ค้นหาว่าสิ่งที่ผู้ป่วยคิดว่าดีสำหรับตน 4. การสนับสนุนด้านข้อมูล 5. การค้นหาปัจจุบันและอนาคต 6. ช่วยเหลือในการตัดสินใจ	เกิดความมุ่งมั่นผูกพันต่อการรักษาพยาบาลด้วยแบบแผนการรักษาที่เหมาะสม ● ทักษะในการสื่อสาร ● ทักษะในการค้นหาข้อมูล ● ทักษะในการกระทำด้วยความมั่นใจ (Assertiveness skills) ● ทักษะในการตัดสินใจ ● ทักษะในการเผชิญปัญหา ● ทักษะในการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม

จากองค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจดังกล่าวข้างต้น เมื่อนำมาวิเคราะห์รายละเอียดองค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ สรุปสาระเป็นประเด็นใหญ่ ๆ ได้ดังนี้ (1) คุณลักษณะ (Attributes) (2) สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อน (Antecedent) (3) กระบวนการ (Process) และ (4) ผลลัพธ์ (Outcomes and Consequences)

องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย มีรายละเอียดดังนี้

1. คุณลักษณะ (Attributes) ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.1 คุณลักษณะของเจ้าหน้าที่สุขภาพ (Attributes of empowerer) ความรู้สึกถึงการเป็นเจ้าของในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการใช้ทักษะวิชาชีพที่สำคัญ ได้แก่ (1) ทักษะในการสื่อสาร (Communication skill) (2) ทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal skill) และ (3) ทักษะการใช้อำนาจในการรักษาพยาบาลในทางบวก (Using professional power in positive way)

1.2 คุณลักษณะของผู้ป่วย (Attributes of empowered) ความตั้งใจที่จะยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ หน้าที่ความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจ (Hawks. 1992) แต่ทั้งนี้การที่บุคคลจะยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล ซึ่งตามแนวคิดของกิปสัน (Gibson. 1991) ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้น ประกอบด้วยปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal factor) ได้แก่ ค่านิยม ความเชื่อ เป้าหมายในชีวิต และประสบการณ์ส่วนบุคคล และปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factor) ที่สำคัญคือการสนับสนุนทางสังคม

1.3 คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย

1.3.1 การที่ผู้ป่วยเป็นเจ้าของสุขภาพและมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพของตน

1.3.2 การเป็นหุ้นส่วนและการยอมรับในคุณค่าและความสามารถของผู้ป่วย

1.3.3 การให้การช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง

1.3.4 การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและมีอิสระในการตัดสินใจ

1.3.5 การแสวงหาความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากรเพื่อการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ

1.3.6 การปรับเปลี่ยนความคิด ทัศนคติ

2. สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน (Antecedent of Empowerment) ได้แก่ การให้ความเคารพ (Respect) ต่อความเชื่อ ค่านิยมและประสบการณ์ของบุคคล ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Mutual trust) การเชื่อในความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจ การยอมรับในหน้าที่ความรับผิดชอบและการกระทำของผู้ป่วย ความมุ่งมั่นทุ่มเทที่มีร่วมกัน (Mutual commitment) ระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วยในการกระทำที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

3. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.1 การสร้างความร่วมมือ เป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกันในอันที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย เป็นการประเมินครรลองชีวิตของผู้ป่วยจากทัศนะของผู้ป่วยเองว่าผู้ป่วยมีมุมมองอย่างไรต่อสภาวะสุขภาพดีและสภาวะสุขภาพไม่ดี อะไรที่เขาชอบหรือไม่ชอบเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้ป่วยมีความคิดที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ขั้นตอนนี้จะช่วยให้เจ้าหน้าที่สุขภาพทราบภาพโดยทั่วไปของพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย (Patient's health habits) และความปรารถนาของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือสร้างพฤติกรรมใหม่ เป็นการกระตุ้นผู้ป่วยที่จะพูดคุยเกี่ยวกับความเชื่อทางด้านสุขภาพของตน (Berger and Anderson-Harper and Kavookjan. 2000. : 6) รวมถึงช่วยให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง (Gibson. 1995)

3.3 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยพยายามทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบด้าน เพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง และเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแลที่ได้รับ จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้กลับมามองปัญหา ประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่าง ๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดียิ่งขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (Sense of personal control) จากเดิมที่คิดว่าตนไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไปสู่ความคิดที่ว่าทุกสิ่งทุกอย่างตนไม่ได้ไร้ความสามารถ สิ่งที่ได้กระทำเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น บุคคลจะมีทางเลือกในการปฏิบัติ หลังจากการคิดวิเคราะห์อย่างละเอียดแล้วจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาขึ้น ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตน ความสามารถ ความถูกต้องของตน เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจทักษะของตนเองในการดูแลตนเองมากขึ้น จึงกล่าวได้ว่าขั้นตอนนี้มีความสำคัญที่นำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้บุคคลจะมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถและมีพลังมากขึ้น (Gibson.1995 : 1203 – 1208)

3.4 การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร รวมถึงการสร้างแรงจูงใจ ที่จะส่งผลต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผลและเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจและสามารถประเมินประสิทธิภาพของการตัดสินใจ โดยความต้องการการสนับสนุนด้านความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรนั้นเกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเองที่มองเห็นว่าสิ่งเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจและดำเนินกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง บทบาทของพยาบาลจะมิใช่ผู้จัดการให้ข้อมูล ความรู้ทักษะ ตามที่พยาบาลเห็นว่าเหมาะสมต่อโรคหรือสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างที่เรียกกันว่า ชุดข้อมูล (Package) อีกต่อไป แต่บทบาทของพยาบาลคือ การร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยถึงสิ่งที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.5 การดำเนินการด้วยตนเอง ภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้ผ่านขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกถึงความเชื่อมั่นในตนเอง เชื่อในความสามารถของตนที่จะสามารถเลือกและควบคุมชะตาชีวิตของตนเองได้ ในขั้นตอนนี้จะเป็นขั้นตอนที่บุคคลจะดำเนินการแก้ปัญหาหรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเอง บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งบุคคลจะมีทางเลือกหลายวิธีการขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาของบุคคลซึ่งมีความแตกต่างกัน โดยที่จะอยู่ภายใต้เงื่อนไข (พนารัตน์ เจนจบ. 2542 : 29) คือ (1) เป็นวิธีการที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเองได้ (2) สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ (3) ผู้ป่วยได้รับความเอาใจใส่

และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง (4) ผ่านการร่วมปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ และ (5) เป็นวิธีที่สร้างความยอมรับและสามารถเปิดกว้างในการที่ผู้ป่วยคนอื่น ๆ จะนำไปใช้ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้การดำเนินการด้วยตนเองจะประกอบด้วย (Gibson. 1995)

3.5.1 ถือว่าการดูแลเป็นการปกป้องตนเองที่เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน (Advocating for)

3.5.2 การเรียนรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพกับทีมสุขภาพ (Learning the ropes to interact efficiently with the health care system)

3.5.3 การเรียนรู้ในการคงพฤติกรรม (Learning to persist) ที่จะกระทำกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองอย่างไม่ย่อท้อ เพื่อผลที่ดีที่สุดให้กับตนเอง

3.5.4 ดำเนินการต่อรองกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ (Driving negotiation in the hospital setting) เพื่อให้ความเห็นหรือความต้องการของตนได้รับการตอบสนอง

3.5.5 การสร้างความรู้สึกมีส่วนร่วม (Establishing partnership) การต้องการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแลรักษาและตัดสินใจในการรักษา จะทำให้บุคคลพยายามแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัยเป็นประโยชน์จากเจ้าหน้าที่สุขภาพ จากการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง การสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นกับทีมสุขภาพ ช่วยให้การตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

3.6 การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามขั้นตอนต่าง ๆ ข้างต้น จนกระทั่งบุคคลรับรู้และตระหนักถึงความสามารถในตนในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนได้แล้ว บุคคลก็จะกระทำกิจกรรมในขั้นตอนที่ 5 อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถ ความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ของตนเองด้วยตนเองได้มากขึ้น ตลอดจนสามารถพัฒนาวิธีการปฏิบัติตนในการใช้บริการสุขภาพเพื่อสุขภาพของตนและบุคคลในความดูแลของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่องอีกด้วย (Gibson.1995 : 1203 – 1208)

4. ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ (Outcomes and Consequences)

4.1 การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การรับรู้เป็นตัวบ่งชี้ที่ใช้กันมากที่จะอธิบายคุณลักษณะและความเชื่อที่สะท้อนความรู้สึกของการควบคุมหรืออิทธิพลของบุคคลที่จะเคารพต่อพฤติกรรมการแสดงออกที่หลากหลาย การศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในประเด็นของการรับรู้บนความเชื่อที่หลากหลายว่าเป็นเช่นผลลัพธ์ ยังหมายรวมถึง การควบคุมตนเอง ประสิทธิภาพในตน ประสิทธิภาพทางด้านนโยบาย สมรรถนะ เป็นต้น (Zimmerman and Rappaport. 1988 : 729; Zimmerman. 1995 : 585) โดยภาพรวมของผลลัพธ์ใช้อธิบายชนิดของคุณลักษณะของบุคคลในการตอบสนองต่อผลที่ตนเองปรารถนา ได้แก่

(1) การนับถือตนเอง (Self – esteem)

(2) ความสามารถในการควบคุมตน (Personal control)

(3) ความสามารถในตน (Self – efficacy)

4.2 การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นไปที่ความรู้และทักษะที่เป็นผลของโอกาสในการเพิ่มความสามารถและการปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคล ความสามารถของบุคคล คุณลักษณะของพฤติกรรม สมรรถนะ ความคิดอย่างมีวิจารณญาณ ความยืดหยุ่น ความสัมพันธ์และกิจกรรมรวมกลุ่ม เป็นคำที่ใช้ในการอธิบายการกระทำของการเสริม

สร้างพลังอำนาจ (Suk Bling. 1998: 31 ; citing Thomas and Vethouse. 1990 : 667. *Cognitive elements of empowerment: An "interpretive" model of intricsic task motivation.*)

ดันท์ ทรีเวท และ ดีลล์ (Suk Bling. 1998: 20 ; citing Dunst, Trivette and Deal.1994:19. *Enabling and empowering families : principles and guidelines for practice.*) ได้ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถ กระบวนการที่เป็นหุ้นส่วน กระบวนการเปลี่ยนแปลง กระบวนการของการเพิ่มแหล่งทรัพยากรและกระบวนการมีส่วนร่วม โดยที่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความเชื่อว่าเป้าหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือการช่วยให้บุคคลพัฒนาความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ของตน โดยเชื่อว่าบุคคลสามารถมีอิทธิพลต่อชีวิตของตน จากคำจำกัดความดังกล่าว บทบาทของเจ้าหน้าที่สุขภาพจึงมิใช่แค่ช่วยให้บุคคลปรับตัวและยอมรับกับปัญหา แต่เป็นการช่วยให้บุคคลพัฒนาความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงสถานการณ์และป้องกันการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำ การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมที่เป็นผลลัพธ์ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่

(1) ความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง

(2) ความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับการเจ็บป่วย

(3) ความมุ่งมั่นผูกพันต่อการรักษาพยาบาล

4.3 การมีสุขภาวะที่ดี (well-being) การมีสุขภาวะที่ดีเป็นสภาวะของบุคคลที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม บุคคลจะมีสุขภาวะที่ดีได้แม้ว่าจะอยู่ในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ มีโรค หรือความพิการหรือสูญเสียโครงสร้างหน้าที่บางอย่างไป (Orem. 1995 : 184) แคมป์แบล (จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ. 2539 : 41 อ้างอิง Campbell. 1976 : 117 – 124. *Subjective measure of well-being.*) กล่าวว่า การมีสุขภาวะที่ดีของบุคคล หมายถึง ประสบการณ์การเรียนรู้ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงเปรียบเทียบกับเหตุการณ์ที่บุคคลต้องการหรือปรารถนาอยากให้เป็น อาจมองในแง่ความพึงพอใจและไม่พึงพอใจก็ได้ หากบุคคลมีความพึงพอใจมากก็อาจเป็นเครื่องบ่งชี้ได้ว่าสุขภาวะที่ดีตามมาด้วย การมีสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วย หมายถึงการที่ผู้ป่วยยอมรับต่อสภาพการเจ็บป่วยตรงตามสภาพจริง เชื่อว่าตนเองสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตของตนเองได้ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ และเชื่อว่าชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ยังมีความหมาย

ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วยถือเป็นเป้าหมายสูงสุดของการให้บริการทางด้านการรักษาพยาบาล ซุค บลิง (Suk Bling.1998 : 280) ได้กล่าวถึงผลลัพธ์ต่อเนื่องของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยว่า การมีสุขภาวะที่ดีนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

3. การกำหนดบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบของพลังอำนาจและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจ เป็นแนวทางในการกำหนดกรอบการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เมื่อเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้พยาบาลรู้ถึงบทบาทและสมรรถนะของตนในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการกำหนดบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย

3.1 การปฏิบัติการพยาบาลที่คำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจ ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย ปัจจัยระหว่างบุคคล และปัจจัยอันเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ เป็นสิ่งที่พยาบาลจะต้องคำนึงถึงว่าจะมีผลต่อพลังอำนาจของผู้ป่วย การแสวงหาวิธีการที่จะช่วยลดผลกระทบทางด้านลบอันเนื่องมาจากปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ ถือได้ว่าเป็นบทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดผลกระทบทางด้านลบของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจ ได้แก่

3.1.1 การสนับสนุนความรู้ ข้อมูล ทักษะและทรัพยากร ถือได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และเป็นแหล่งของพลังอำนาจในการจัดการกับความเจ็บป่วย ที่มีผลต่อการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ความรู้ ความเข้าใจที่ไม่เพียงพอต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย เกิดความรู้สึกที่ไม่สามารถจะคาดเดาได้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ท้อแท้ เครียด และรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น นอกจากนั้นการได้รับข้อมูลที่ให้ในลักษณะแบบชุดของข้อมูลทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจในการปฏิบัติตาม แม้จะทราบดีว่าเป็นผลดีต่อการเจ็บป่วย แต่ก็ไม่มีทางเลือกอื่นในการจัดการที่จะสอดคล้องกับความต้องการของตนและความเหมาะสมของการเจ็บป่วย ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอเข้าใจถึงสภาพของโรคที่เป็นอยู่ จะสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.1.2 การช่วยเหลือผู้ป่วยในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ มากมาย ทั้งจากอาการที่เกิดจากการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ การที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมถึงการที่ต้องถูกจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยมีรวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง สเปรดเลย์ (Dixon. 1998 : 330 ; citing Spradley. 1980. *Managing change creatively.*) ได้กล่าวถึงผลของการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยว่าไม่ใช่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นยังส่งผลต่อสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยด้วย ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว เพื่อน และการทำงาน

การที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น เป็นการเปลี่ยนแปลงอีกประการหนึ่งที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง บางช่วงเวลาผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะต้องยอมรับและพึ่งพาการตัดสินใจของผู้อื่น เช่น คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน ซึ่งการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองต้องพึ่งพาผู้อื่น คือภาระที่มีต่อบุคคลอื่น แม้คนที่ผู้ป่วยพึ่งพานั้นจะเป็นคนในครอบครัวของผู้ป่วยเอง พยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจถึงวิถีของการเจ็บป่วยที่บางระยะของการเจ็บป่วยผู้ป่วยก็สามารถที่จะมีอิสระในการดูแลตนเองและเมื่อถึงเวลาที่เกิดภาวะวิกฤตขึ้นก็รู้จักที่จะขอการสนับสนุนและช่วยเหลือจากผู้อื่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามลำพัง ในขณะเดียวกันก็ต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ของตนได้อย่างอิสระ

การช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความแตกต่างระหว่างการแสวงหาแหล่งทรัพยากรในการเอื้ออำนวยการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนกับความรู้สึกที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือความรู้สึกเป็นภาระของผู้อื่นจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ซึ่งรวมถึงการทำความเข้าใจกับครอบครัวหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยที่คาดหวังว่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้เป็นอีกบทบาทหนึ่งที่พยาบาลจะต้องตระหนักถึง การเพิ่มความไวต่อการรับรู้ของบุคคลที่บ้าน ที่ทำงานและในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย ไดมอนด์ (Stapleton. 1992 : 310 ; citing Dimond. 1979. *Social support and adaptation to chronic illness: The case of maintenance hemodialysis.*) พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างสภาวะทางจิตของผู้ป่วยล้างไตโดยวิธีฟอกเลือดกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม (สิ่งแวดล้อมในครอบครัว, การได้

รับการสนับสนุนจากคู่ครอง) และพบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างความผูกพันภายในครอบครัว ความไว้วางใจและขนาดการเปลี่ยนแปลงในบทบาททางสังคมในการปรับตัวกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเมื่อเริ่มล้างไตจะน้อย ถ้าครอบครัวผู้ป่วยมีความผูกพันกันดี และมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน บทบาทของพยาบาล คือ การช่วยให้ครอบครัวตระหนักถึงอิทธิพลของคนในครอบครัวในอันที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวให้เข้ากับการเจ็บป่วย ยิ่งความผูกพันในครอบครัวมีสูงและแสดงความรู้สึกต่อกันอย่างเปิดเผย จะยิ่งทำให้สภาวะทางจิตทางผู้ป่วยดีขึ้นและช่วยลดปัญหาทางสุขภาพลง พยาบาลสามารถช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยมีการพัฒนาทางด้านการสื่อสาร เพิ่มการแสดงออกและการสนับสนุน รวมถึงการดูแล การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งทรัพยากรสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและช่วยทางด้านสุขภาวะทางจิตในผู้ป่วย การทบทวนบทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยอาจช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมีสุขภาวะที่ดีและความรู้สึกถึงการควบคุม

3.1.3 การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วยและตนเอง การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อันนำไปสู่ความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ การที่สมรรถภาพของร่างกายที่แย่ลง ความกลัวต่อผลของการเจ็บป่วย ความรู้สึกท้อแท้หมดหวังต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ความรู้สึกสูญเสียและความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระผู้อื่นเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความนับถือในตนเองที่ต่ำลง เชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ใด ๆ ที่มีผลต่อชีวิตของตน มองเห็นว่าตนเองไม่มีค่าเป็นภาระผู้อื่น อันนำไปสู่ความรู้สึกเก็บกดซึมเศร้า

การปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วยและต่อตนเองถือได้ว่าเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติจากเดิมที่เห็นว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่มีอำนาจในการต่อรองหรือตัดสินใจในการรักษาพยาบาล ไปสู่ความเข้มแข็งและให้คุณค่าต่อตนเอง มีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการที่จะนำพาชีวิตตนไปสู่เป้าหมายที่ตนต้องการ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่และเชื่อว่าชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ยังมีความหมาย ซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาวะที่ดีในผู้ป่วย แม้จะมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย

3.1.4 การสนับสนุนทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการกำลังใจจากเจ้าหน้าที่สุขภาพในช่วงระยะเวลาที่เจ็บป่วย ไม่ว่าจะด้วยคำพูด ท่าทางการแสดงออก พยาบาลเป็นเจ้าหน้าที่สุขภาพประเภทเดียวที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงถือได้ว่ามีบทบาทอย่างมากในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยด้านจิตใจ นอกจากนั้นผู้ป่วยเองก็คาดหวังการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากพยาบาลด้วยเช่นเดียวกัน สิ่งที่พยาบาลจะต้องให้ความระมัดระวังในสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย คือ การแสดงออกทั้งคำพูดและท่าทีที่มีต่อผู้ป่วย เพราะนอกจากจะบั่นทอนกำลังใจผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นการทำลายความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยซึ่งเป็นพื้นฐานของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.1.5 การปกป้องการใช้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วย ปัจจัยอันเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพมีอิทธิพลต่อพลังอำนาจของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ แม้บางครั้งไม่เห็นด้วยกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับเนื่องจากขัดกับวิถีชีวิตของตนก็จะไม่กล้าที่จะซักถามหรือโต้แย้ง บทบาทของพยาบาลนอกจากสนับสนุนแหล่งพลังอำนาจด้านต่าง ๆ ในผู้ป่วยดังที่ได้กล่าวแล้ว ยังรวมถึงการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพ ช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งตกอยู่ในภาวะสูญเสียอำนาจให้ได้รับและใช้อำนาจที่เกิดขึ้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่สุขภาพและสังคมโดยรวมหันมาให้ความสนใจเอาใจใส่กับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรังอย่างแท้จริง

3.2 การปฏิบัติการพยาบาลต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจที่คำนึงถึงคุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย

3.2.1 การให้คุณค่าต่อผู้ป่วยในฐานะเป็นเจ้าของสุขภาพและมีหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพของตน พยาบาลไม่สามารถประเมินเอาเองว่าสุขภาพแบบใดถึงจะเหมาะกับแต่ละคน ขณะเดียวกับที่พยาบาลจะส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้ป่วยก็ไม่ควรมองข้ามอิทธิพลของสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ (Berger and Anderson-Harper and Kavookjan. 2000. : 4) นอกจากนั้นจะต้องยอมรับว่าผู้ป่วยมีอำนาจและอิสระที่จะสร้างทางเลือกและยอมรับต่อหน้าที่ความรับชอบต่อกิจกรรมที่พวกเขาปรารถนาจะทำ (Rodwell. 1996 : 309)

3.2.2 การยอมรับการเป็นหุ้นส่วน คุณค่าและความสามารถของผู้ป่วย

การเสริมสร้างพลังอำนาจ คือการสร้างความเป็นหุ้นส่วน ซึ่งให้ความเคารพและให้คุณค่าต่อทั้งตนเองและผู้อื่น โดยมีเป้าหมายที่จะพัฒนาความเชื่อทางด้านบวกในตนและอนาคต การเพิ่มความสามารถ คือการเปลี่ยนแปลงธรรมชาติและการกระจายอำนาจที่ตระหนักว่าอำนาจมีต้นกำเนิดมาจากการนับถือตนเอง (Self – esteem) (Rodwell. 1996 : 309)

ซุค บลิง (Suk Bling. 1998 : 133) ได้กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นพื้นฐานคุณภาพของความเป็นมนุษย์ การที่บุคคลจะแสดงออกถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ต้องการให้บุคคลอื่นยอมรับตนในฐานะบุคคลมากกว่าเป็นเพียงแค่วัตถุ และยอมรับความสามารถในการเปลี่ยนแปลงภายในบริบทที่เป็นจริงของตน มาลินและเทลสดีล (Malin and Teasdale. 1991 : 658) ได้ให้คำจำกัดความของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า "สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยในระบบการรักษาพยาบาลจะเกิดขึ้นด้วยพื้นฐานของการเคารพซึ่งกันและกัน ความไว้วางใจ และการให้คุณค่าที่เท่าเทียมกัน"

การยอมรับความสามารถของบุคคลที่จะเติบโตและประเมินตนเอง ผู้ป่วยสามารถสร้างทางเลือกทางด้านสุขภาพให้กับตนเองได้ ด้วยการกระตุ้นให้ตั้งคำถามและสร้างความตระหนักขึ้นภายในตนภายใต้บรรยากาศของการให้การเคารพ การให้การยอมรับแก่บุคคล เพื่อให้เกิดความสามารถในการตัดสินใจที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย การตัดสินใจต้องไม่เกิดจากการครอบงำทางความคิดของพยาบาล แต่ต้องเกิดจากการตัดสินใจบนพื้นฐานของความเชื่อ ค่านิยม และการมองโลกของผู้ป่วย (Berger and Anderson-Harper and Kavookjan. 2000. : 4)

3.2.3 การให้การช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง พยาบาลจะต้องเข้าใจว่าตนเองไม่สามารถให้อำนาจแก่ผู้ป่วยได้ แต่ผู้ป่วยต้องสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง การสร้างเสริมพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ป่วย อย่างไรก็ตามพยาบาลที่ได้รับการฝึกฝนมาอย่างดีสามารถสร้างสรรค์บรรยากาศที่ช่วยให้ผู้ป่วยสร้างพลังอำนาจให้กับตนเองได้ (Berger and Anderson-Harper and Kavookjan. 2000. : 4) ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและใช้ทรัพยากรที่จะช่วยส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งความรู้สึกถึงการควบคุมและความสามารถในตน(Gibson. 1991 : 357) ในการศึกษาของซุค บลิง (Suk Bling. 1998) เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งชาวจีนพบว่า องค์ประกอบที่สำคัญของการสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยคือ การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าชีวิตที่เหลืออยู่ของตนยังมีความหมายด้วยการรู้สึกถึงความรับผิดชอบและภาระกิจที่ต้องกระทำต่อตนเองรวมถึงเป้าหมายที่มีในอนาคต นอกจากนั้นการที่ผู้ป่วยมีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ก็เป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยอดทนและต่อสู้กับความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความหวังของผู้ป่วยจากการศึกษาของซุค บลิงได้แก่ การรับรู้ถึง

โอกาสที่จะรักษาโรคที่เป็นอยู่ การได้รับข้อมูลทางด้านบวก ความสามารถของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ให้การดูแลตน และผู้ป่วยรายอื่นที่ประสบความสำเร็จในการรักษา

3.2.4 การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและมีอิสระในการตัดสินใจ

สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยไม่ได้เกิดขึ้นแต่เพียงฝ่ายเดียวโดยที่ฝ่ายหนึ่งมองว่าอีกฝ่ายหนึ่งต่ำต้อยกว่าหรือไม่มีความสามารถและอีกฝ่ายเหนือกว่ามีความสามารถเหนือกว่าแต่ปฏิสัมพันธ์จะต้องเป็นไปในลักษณะมีผลประโยชน์ร่วมกัน (Gibson.1991 : 357 ; citing Simmon and Parson. 1983.*Empowerment for role alternatives in aldolescence.*) และเป็นลักษณะการใช้อำนาจร่วมกัน (Gibson. 1991 : 357 ; citing Hegar and Hunzeker. 1988.*Moving toward empowerment-based practice in public child welfare.*; Wallerstein and Bernstein.1988.*Empowerment education: Freire's idea adapted to health education.*) ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมในการกระทำ ความร่วมมือเป็นสิ่งจำเป็นหรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการของการร่วมมือ (Collaborative process) (Gibson. 1991 : 357 ;citing Wallerstein and Bernstein.1988. *Empowerment education: Freire'sidea adapted to health education.*)

ฮาททริ๊กค์ (Hartrick) (Lindsey and Hartrick. 1996 : 110 – 111 ; citing Hartrick, Lindsey and Hills.1994. *Family nursing assessment:meeting the challenge of health promotion.*) ได้สร้างกรอบแนวคิดในการปฏิบัติการพยาบาลโดยได้ประยุกต์องค์ประกอบที่สำคัญจากงานของแฟร์ (1988) วอเลอร์สเตน (Wallerstein) และ เบอร์นสเตน (Bernstein) ไว้ดังนี้

(1) รับฟังผู้ป่วย (Listening to the client) สิ่งสำคัญประการแรกคือ พยาบาลควรที่จะรับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ (Active listen) ซึ่งจะช่วยให้ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อสุขภาพของผู้ป่วยและประสบการณ์การรักษาของผู้ป่วย ในกระบวนการมีส่วนร่วมพยาบาลจะได้รับรู้และเข้าใจถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยและที่สำคัญจะทำให้ผู้ป่วยเริ่มที่จะเข้าใจความหมายลึก ๆ ที่ซ่อนอยู่ในประสบการณ์ของตนเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษา โดยวิธีนี้ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงความเชี่ยวชาญของตนและเริ่มที่จะรู้ถึงความต้องการของตนเอง

(2) การสนทนาอย่างมีส่วนร่วม (Participatory dialoque) ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยจะมีการสนทนาอย่างมีส่วนร่วม คำถามจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์การรักษาและสุขภาพของตน คำถามที่เกิดขึ้นนี้ คือ กระบวนการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล การตั้งคำถามของพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในบางประเด็น ด้วยวิธีการนี้ผู้ป่วยจะเกิดความตระหนักมากขึ้นถึงปัจจัยที่เอื้ออำนวยและผูกมัดตนเองทั้งภายในและภายนอก ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เช่นเดียวกับผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นให้ตั้งคำถามกับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ

(3) แบบแผนการรับรู้ (Pattern recognition) ผลจากการสนทนาอย่างมีส่วนร่วมทั้งพยาบาลและผู้ป่วยจะเริ่มรับรู้ถึงความจริงที่เกิดขึ้น อันเป็นผลจากการร่วมกันสำรวจ ตรวจสอบ และร่วมกันสร้างภาพสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะได้ค้นพบวิถีทางใหม่ในการที่จะจัดการกับสภาพของตนและพยาบาลก็อาจจะพบรูปแบบของพฤติกรรมซึ่งอาจจะเอื้ออำนวยหรือซ่อนอยู่ในศักยภาพของผู้ป่วยในการที่จะรักษาตนเอง ด้วยการสะท้อนกลับอย่างมีวิจารณญาณ พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความรู้สึกภายในตนของผู้ป่วยและเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของตน

(4) ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นถึงสิ่งที่ต้องกระทำและการเปลี่ยนแปลงทางบวก (Envi sioning action and Positive change) เมื่อผู้ป่วยเริ่มตระหนักถึงแบบแผนชีวิตของตนและประเมินเกี่ยว

กับสุขภาพและการรักษาพยาบาลของตน สิ่งเหล่านี้จะนำผู้ป่วยให้เห็นภาพของสิ่งที่ตนเองต้องกระทำและการเปลี่ยนแปลงทางบวก ช่วยให้ผู้ป่วยสร้างทางเลือกเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลได้มากขึ้น ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ลงมือกระทำ สะท้อนผลของการกระทำและกระทำต่อไปบนสิ่งใหม่ที่ได้เรียนรู้

วิธีการในลักษณะนี้เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลที่ร่วมกันค้นหาภาพอนาคตที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ผู้ป่วยตระหนักถึงเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลของตน กระบวนการดังกล่าวเปลี่ยนแปลงจากการเน้นไปที่ส่วนขาดของผู้ป่วยไปสู่การเน้นไปที่ศักยภาพของผู้ป่วยและการกระทำที่ริเริ่มโดยตัวผู้ป่วยเอง(Client– initiated actions) พยาบาลจะมีหน้าที่ในการเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยใช้ศักยภาพของตนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยจะกลายเป็นผู้เชี่ยวชาญสำหรับตนเอง

3.2.5 การแสวงหาความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรเพื่อการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ

ความรู้และทักษะเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยในการตัดสินใจที่จะดำเนินการเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล นอกจากนั้นยังทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองที่จะแสดงออกถึงความต้องการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตน พยาบาลมีบทบาทในการเอื้ออำนวยและสนับสนุนข้อมูลและแหล่งทรัพยากรที่มีความจำเป็นต่อการเอื้ออำนวยการตัดสินใจของผู้ป่วยเพื่อให้เป้าหมายในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยประสบผล

3.2.6 การปรับเปลี่ยนความคิด ทัศนคติ

คุณลักษณะที่สำคัญประการสุดท้ายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ การช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติ จากเดิมที่เห็นว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ ต้องพึ่งพา ผู้อื่นไม่มีอำนาจในการต่อรองหรือตัดสินใจในการรักษาพยาบาล ไปสู่ความเข้มแข็งและให้คุณค่าต่อตนเอง มีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการที่จะนำพาชีวิตตนไปสู่เป้าหมายที่ตนต้องการ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่และเชื่อว่าชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ยังมีความหมาย ซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาวะที่ดีในผู้ป่วย แม้จะมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ซุค บลิง (Suk Bling.1998) ได้ทำการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับเปลี่ยนความคิดของผู้ป่วย พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้เกิด

(1) การยอมรับต่อภาวะที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ภายหลังจากผู้ป่วยค้นหาสิ่งที่มีความหมายต่อชีวิต ผู้ป่วยจะต้องพยายามยอมรับกับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ "อย่าถามว่าทำไมเราถึงเจ็บป่วย แต่จงยอมรับกับสิ่งที่ได้เกิดขึ้นแล้ว" "เราควรยอมรับว่าการเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการของชีวิต คือ เกิด แก่ เจ็บ และตาย" การเริ่มต้นด้วยการให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นสามารถควบคุมได้หรือไม่ ถ้าไม่สามารถแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงได้ พวกเขาก็จะต้องยอมรับต่อสิ่งที่ได้เกิดขึ้นและพยายามปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม

(2) การให้ความหมายต่อการเจ็บป่วย (Interpretation of meaning of the illness) โดยทั่วไปผู้ป่วยมักพยายามที่จะตีความของสถานการณ์ความเจ็บป่วยของตนเพื่อให้เกิดการยอมรับต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เช่น "เป็นเพราะกรรมเก่า" "เป็นพระประสงค์ของพระผู้เป็นเจ้า" ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้แต่เขาสามารถที่จะจัดการได้ ระหว่างกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การปรับเปลี่ยนความคิดซึ่งประกอบด้วยการประเมินค่า การทบทวนเหตุการณ์และการพิจารณาตนเองในการยืนยันที่จะก้าวต่อไปข้างหน้า จะช่วยในการพัฒนาความมุ่งมั่นผูกพันที่มีต่อการรักษาพยาบาล

(3) การใช้กระบวนการทางปัญญา (Strategies used in the cognitive process) เป็นการนำกระบวนการทางปัญญาเข้ามาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันและมีความคิดในเชิงบวกต่อชีวิต

- การตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน
- อดทนต่อความยากลำบากที่เกิดขึ้น และเชื่อว่าตราบใดที่มีชีวิตอยู่ โอกาสที่จะพบสิ่งที่ดีกว่าย่อมเกิดขึ้นได้
- มีทัศนคติทางบวกต่อความเจ็บป่วยและชีวิต
- มีความหวังที่จะกลับไปสู่การดำเนินชีวิตที่ปกติ
- เชื่อว่าความทุกข์ทรมานคืออดีต และมีจุดสิ้นสุด
- ทำให้ชีวิตมีภาระกิจที่ต้องทำอยู่ตลอดเวลา
- มีชีวิตอยู่กับปัจจุบัน (Living in the moment) มีความรู้สึกที่ดีต่อการมีชีวิตอยู่ในแต่ละวัน

(4) กำหนดเป้าหมายอื่นแม้ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับ แต่ผู้ป่วยสามารถกำหนดทางเลือกอื่นที่จะช่วยให้ตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว สิ่งแวดล้อมสามารถดำรงอยู่ได้

4. การศึกษาและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

สำหรับกลยุทธ์ในการส่งเสริมความสามารถทั้งในส่วนที่มีอยู่แล้วในตัวบุคคลและพยายามให้บุคคลได้แสดงออกหรือพัฒนาให้เกิดขึ้นนั้น วิธีการที่ดีที่สุด คือ การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์อันจะทำให้บุคคลแสดงคุณลักษณะของตนทางด้านความสามารถที่ส่งผลต่อเหตุการณ์สำคัญในชีวิต ผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการกระทำอย่างแท้จริงและเท่าเทียมกันในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การให้คุณค่าแก่ผู้ป่วยในการเลือกกระทำการใด ๆ ด้วยตนเอง คุณค่าของความร่วมมือสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยอันเป็นผลมาจากความเป็นปัจเจกบุคคลและการหล่อหลอมของสังคมควรเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการตัดสินใจ

การปฏิบัติที่คำนึงถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นฐาน (Empowerment – base practice) เน้นการรอบรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม การพิจารณาตนเองและการตระหนักถึงแรงขับดันทางสังคมที่ส่งผลทางด้านลบต่อชีวิตของบุคคล (Suk Bling. 1998 : 53 ; citing Parson. 1991. *Empowerment : Purpose and practice principle in social work.*) เป้าหมายของการปฏิบัติที่คำนึงถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นฐาน คือ การช่วยบุคคลจากกลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจไปสู่ความเชื่อที่ว่าบุคคลสามารถควบคุมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตนเองได้และยอมรับต่ออุปสรรคจากภายนอกไม่ว่าจะเป็นการแบ่งแยก (Discrimination) ความลำเอียง อคติ (Prejudice) และการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัว (Exploitation) ที่สร้างปัญหาต่อชีวิตของตน ด้วยสัมพันธภาพแห่งการช่วยเหลือ รูปแบบของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะลดอำนาจและการควบคุมของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่มีต่อผู้ป่วย ด้วยการเน้นที่จุดแข็งของผู้ป่วยมากกว่าโรคและความเจ็บป่วย (Suk Bling. 1998 : 54 ; citing Gutierrez and Ortega. 1990. *Developing methods to empower Latinos : the importance of groups.*) บุคคลจะกลายเป็นคนสูญเสียพลังอำนาจถ้าถูกกระทำดังเช่นวัตถุมากกว่าในฐานะบุคคลด้วยการขัดขวางการมีส่วนร่วมของบุคคล มีการศึกษาจำนวนมากที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของกระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พาร์สัน (Parson) (Suk Bling. 1998 : 54 ; citing Parson. 1991. *Empowerment : Purpose and practice principle in social work.*) ได้จัดตั้งกลุ่มและเครือข่ายเพื่อนเพื่อให้การช่วยเหลือเด็กหญิงวัยรุ่นที่มีรายได้ต่ำโดยการใช้กิจกรรมบทบาทสมมติ การตัดสินใจและการแก้ปัญหา หลังจากนั้นประเมินโดยใช้เครื่องมือวัดการควบคุมภายในตน (Locus of Control Scale) พบว่า เด็กหญิงวัยรุ่นเหล่านี้มีการเพิ่มความรู้สึกของการควบคุมตนต่อการดำเนินชีวิตของตนรวมทั้งมีความเชื่อมั่นในตนเองและการยอมรับนับถือตนเองที่เพิ่มขึ้น

มัสเกอร์ (Musker) (Suk Bling. 1998 : 54 ; citing Musker. 1997. *Applying empowerment in mental health practice.*) ได้ประยุกต์การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวช พบว่าการให้ข้อมูลแก่บุคคลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวเพื่อให้บุคคลสร้างทางเลือก โดยที่เมื่อผู้ป่วยมารับบริการครั้งแรกแต่ละคนจะได้มีส่วนร่วมในการจัดโปรแกรมการดูแลของตน พยาบาลจะเป็นผู้ให้ข้อมูลและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเพื่อช่วยให้บุคคลได้เดินไปตามวิถีทางการดูแลที่ตนเป็นผู้เลือก ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยจะต้องเข้าร่วมในทุกขั้นตอนของโปรแกรมการดูแลที่พัฒนาขึ้นตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงประเมินผล สำหรับบุคคลที่มีความมั่นใจในการรวมกลุ่มจะได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยหน่วยงานอิสระของชุมชน วิธีการนี้เชื่อว่าบุคคลรู้จักปัญหาของตนเองดีที่สุดและรู้ว่าควรจะจัดการกับปัญหาของตนอย่างไร ดังนั้นจึงควรเป็นบทบาทของเจ้าของปัญหามากกว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพ บทบาทของพยาบาลจะต้องเริ่มต้นด้วยการปรับเปลี่ยนบทบาทของตนจาก "ผู้เชี่ยวชาญ (Expert)" ไปสู่ "ผู้ชี้แนะ (Advocate)"

โรเจอร์และคณะ (จารุวรรณ จินดามงคล. 2541 : 44 ; อ้างอิงจาก Corrigan. 1997. *Behavior therapy empowers persons with severe mental illness.*) ได้ทำการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้รับบริการทางจิตเวชและเครื่องมือที่ใช้วัด จากตัวอย่างผู้รับบริการทางจิตเวชจำนวน 261 คน พบว่าโครงสร้างของการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสัมพันธ์กับ 7 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสูญเสียพลังอำนาจ การรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตนเอง ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง การมองโลกในแง่ดี ความมีคุณธรรม และปฏิกิริยาของกลุ่มหรือชุมชน ปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวมานี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อตัวเอง ได้แก่ ทำให้มีเจตคติในทางที่ดี มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อในตนเองว่าตนมีความสามารถ มองอนาคตในทางที่ดี และการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อชุมชน ได้แก่ มีผลต่อตราบาปของผู้ป่วยในสังคม เกิดพลังในสังคม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และส่งเสริมการมีปฏิกิริยาในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับงานของ โคริแกน (จารุวรรณ จินดามงคล. 2541 : 45 ; อ้างอิงจาก Corrigan. 1997. *Behavior therapy empowers persons with severe mental illness.*) ที่ได้ทำการศึกษาโครงสร้างของการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้รับบริการในหน่วยงานจิตเวช โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่รับการรักษาในโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยชิคาโกจำนวน 35 คน ตัวแปรที่ศึกษา คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจ คุณภาพชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อาการทางจิตเวช ความต้องการและแหล่งประโยชน์ การปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง และเชาว์ปัญญา ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย คือ การเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อตัวเอง และมีผลต่อชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อตัวเองกับคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคม การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และอาการทางจิต ส่วนการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อตัวเองกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับแหล่งประโยชน์ เชาว์ปัญญาและเชื้อชาติ

กิบสัน (Suk Bling. 1998 : 54 ; citing Gibson.1993. *Empowerment theory and practice with adolescents of color in the child welfare system.*) ประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในงานที่

ศึกษาในกลุ่มเด็กอาฟาริกัน-อเมริกัน กิปสันพบว่าปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มช่วยเพิ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยการช่วยให้บุคคลมีโอกาสพูดคุยกันถึงประสบการณ์ ยอมรับการสนับสนุนจากสังคมและพิจารณาการเชื่อมโยงระหว่างบุคคลกับประเด็นทางการเมืองและปัญหา

การศึกษาของ นาส (Nash) (Suk Bling. 1998 : 55 ; citing Nash.1990. *Self-help groups : an empowerment vehicle for sickle cell disease patients and their families.*) แสดงให้เห็นถึงผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการดูแลตนเอง รู้ว่าเมื่อไหร่และบริการทางการแพทย์อะไรที่จะต้องแสวงหา รวมถึงการมีความคิดทางด้านบวกและเอกลักษณ์ของตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับครอบครัว หมายถึง การทำให้เกิดความชัดเจนเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัว ความสามารถในการดูแลสมาชิกของครอบครัวที่เจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

เมื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ประยุกต์ใช้กับการเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้มีการวิจัยที่ยืนยันว่า ความรู้สึกถึงการควบคุมตนสามารถพัฒนาการปรับตัวให้เข้ากับความเจ็บป่วยทางกาย ในการศึกษาของเดวิสัน (Davison) และ เดคเนอร์ (Degner) (Suk Bling. 1998 : 55 ; citing Davison and Degner. 1997. *Empowerment of men newly diagnosed with prostate cancer.*) แสดงให้เห็นว่าในการช่วยให้ผู้ป่วยชายที่เป็นมะเร็งที่ต่อมลูกหมากด้วยการให้ข้อมูล ช่วยให้พวกเขามีบทบาทในการกระทำการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษามากขึ้นและลดระดับความเครียดและเก็บกด ในผู้ป่วยชายที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัย 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้จัดให้ได้รับข้อมูลซึ่งประกอบด้วยชุดของข้อมูลพร้อมทั้งให้มีการพูดคุยเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ ผู้ป่วยสามารถตั้งคำถามที่สงสัยกับแพทย์ของตน และมีการให้เทปเสียงของการปรึกษาทางการแพทย์ส่วนในกลุ่มควบคุมจะได้รับชุดข้อมูลเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มทดลองมีบทบาทในการกระทำการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและพบว่ามีระดับความเครียดลดลงภายใน 6 สัปดาห์ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความต้องการได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา การศึกษานี้อยู่บนพื้นฐานของสถานการณ์การสนับสนุนการคุ้มครองผู้บริโภคทางการแพทย์ (Medical Consumerism) โดยเชื่อว่าบุคคลมีความปรารถนาที่จะมีส่วนในการควบคุมการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการควบคุมการรักษาพยาบาลจะส่งผลทางด้านบวกต่อการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตของตน แต่ยังไม่มีการวิจัยใดที่สนับสนุนความเชื่อดังกล่าวว่าจะเกิดได้กับผู้ป่วยทุกราย

กิบสัน (Gibson. 1995) ได้ทำการศึกษาถึงกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาของผู้ป่วยเด็กโรคเรื้องรัง พบว่าองค์ประกอบของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในทางปฏิบัติประกอบด้วย 4 ประการ ได้แก่ (1) การค้นพบความจริง (Discovering reality) (2) การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflective) (3) การดำเนินการด้วยตนเอง (Taking charge) และ (4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ (Holding on) ซึ่งการที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจให้เกิดขึ้นในบุคคลได้นั้นบุคคลจะต้องได้รับการช่วยเหลือด้านความรู้ที่จำเป็น พัฒนาความสามารถและความเชื่อมั่นในการกระทำของตน ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจจากการศึกษาของกิบสันพบว่ามีผลให้มารดาของผู้ป่วยเด็กมีความเข้มแข็งและความสามารถเพิ่มขึ้น มารดาของเด็กจะได้รับการเรียนรู้ถึงความสามารถใหม่ รู้สึกถึงความเข้มแข็งที่สำคัญคือ การได้รับรู้ถึงความสำเร็จ แต่อย่างไรก็ตามผลของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจก็อาจให้ผลลัพธ์ในทางด้านลบ ซึ่งเกิดจากการที่มารดาผู้ป่วยรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพไม่มีความตั้งใจจริงที่จะยอมรับพลังอำนาจของผู้ป่วยและปฏิเสธสิ่งที่ผู้ป่วยและญาตินำเสนอ แต่ในทางกลับกันถ้าเจ้าหน้าที่สุขภาพตระหนักถึงความสามารถของผู้ป่วยมากเกินไปและโยนความรับผิดชอบไปให้กับผู้ป่วยทั้งหมดเพื่อใช้สิทธิในการตัดสินใจ

รวมถึงการยกการดูแลทั้งหมดให้กับผู้ป่วย ภาระที่รับผิดชอบมากเกินไปนี้สร้างความกดดันและความเครียดให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ไม่คุ้นเคยกับสถานการณ์แบบนี้ ดังนั้นเจ้าหน้าที่สุขภาพจะต้องเป็นผู้ที่ไวต่อผลลัพธ์ทางด้านลบที่อาจเกิดขึ้นได้

ในทางการพยาบาล กลุ่มพยาบาลสาธารณสุขได้นำแนวคิดนี้ไปใช้ด้วยการดึงศักยภาพของครอบครัวมาใช้แก้ปัญหาของบุคคลในครอบครัว ซึ่งมีวิธีการ 4 วิธี คือ ทำให้สมาชิกในครอบครัวเชื่อว่าปัญหาต่าง ๆ มีทางแก้ไขและสามารถจัดการได้ รับฟังสิ่งที่สมาชิกในครอบครัวกังวล ห่วงใยและค้นหาสิ่งที่ต้องการร่วมกัน ทำให้ครอบครัวมองปัญหาได้กว้างขึ้น และช่วยสะท้อนชีวิตที่ผ่านมาเพื่อเป็นทางเลือกในอนาคต (ภาวนา กีรติยุทวงศ์. 2537 : 31 ; อ้างอิงจาก Zerwekh. 1992. *The practice of empowerment and coercion by expert public health nurses.* : 101 – 131) ในผู้ป่วยเบาหวานได้มีการนำแนวคิดนี้มาใช้จัดโปรแกรมการเพิ่มพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจะต้องได้รับการอบรมให้เข้าใจในแนวคิดเกี่ยวกับการเพิ่มอำนาจให้กับผู้ป่วยก่อน โปรแกรมสำหรับผู้ป่วยจัดในรูปของการสัมมนาประกอบด้วย 6 เรื่อง คือ เรื่องที่ 1 จัดให้ผู้ป่วยสำรวจความพึงพอใจในชีวิตคุณค่าในตนเองและเป้าหมายของตน เรื่องที่ 2 สอนกระบวนการแก้ปัญหาที่เกี่ยวกับโรคเบาหวานพร้อมทั้งมีการฝึกปฏิบัติจริง เรื่องที่ 3 มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่มเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา การสำรวจความรู้สึกของตนเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเอง เรื่องที่ 4 วิธีการจัดการกับความเครียด เรื่องที่ 5 ค้นหาแรงสนับสนุนทางสังคม และเรื่องที่ 6 การสร้างแรงจูงใจ ประเมินผลพบว่าโปรแกรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่สำคัญ ช่วยให้มองปัญหาที่มีผลมาจากโรคเบาหวานได้ชัดเจนขึ้น และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการควบคุมโรคเบาหวานอยู่ในมือของตน (ภาวนา กีรติยุทวงศ์. 2537 : 31)

ซุค บลิง (Suk Bling. 1998) ได้ทำการศึกษารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งชาวจีนและบทบาทของกลุ่มสนับสนุนกันเอง (Self-help group) ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซุค บลิงศึกษาจากทัศนะของผู้ป่วยด้วยการสัมภาษณ์ระดับลึก (In-depth interviews) และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation observation) คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Attributes of empowerment) ประกอบด้วย (1) กระบวนการสร้างแรงจูงใจ (Motivation process) (2) กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ (Relational process) (3) กระบวนการของการแสวงหาทักษะและความรู้ (Process of acquiring skills and knowledge) และ (4) กระบวนการปรับเปลี่ยนความคิด (Process of transformation of thought) ซึ่งแต่ละกระบวนการมีความเกี่ยวข้องกัน ตัวบ่งชี้ถึงผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย การให้ความหมายต่อชีวิต (Meaning in life) ความเชื่อมั่น (Confidence) ทักษะและความรู้ (Skills and knowledge) และ ความคิดในทางบวก (Flexible optimism) กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเมื่อนำวิธีการกลุ่มสนับสนุนกันเอง (Self-help group) มาใช้ ซุค บลิงพบว่าคุณสมบัติของการรับรู้ถึงความเหมือน (Perceived similarities) การเป็นตัวแบบ (Role model) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นกลไกที่สำคัญในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการศึกษาการใช้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ใช้ร่วมกับวิธีการกลุ่มสนับสนุนกันเองในผู้ป่วยมะเร็งชาวจีน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในด้านการให้ความหมายต่อชีวิต ความหวัง ความเชื่อมั่น ทักษะและความรู้ การยอมรับต่อความเจ็บป่วยและความคิดในทางบวก รวมถึงความผาสุกทางจิต (Psychological well being)

สำหรับในประเทศไทย ได้มีผู้ศึกษาวิธีการที่นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยร่วมกับใช้แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พัฒนาการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

ภาวนา กีรติยุตวงศ์ (2537) ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินสุลิน จำนวน 30 คน ที่มารับบริการในคลินิกเฉพาะโรคเบาหวานของโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่ง พบว่ารูปแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยคือ รูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วยวิธีการช่วยเหลือ 11 วิธี ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มพลังอำนาจให้ผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การให้กำลังใจ การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การเป็นที่ปรึกษา การตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยในการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเอง การส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวช่วยสนับสนุนการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย การสอน การเป็นสื่อกลางระหว่างแพทย์และผู้ป่วย และการเสริมสร้างแรงจูงใจ เมื่อเวลาผ่านไปครบ 4 เดือน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีระดับการพัฒนาความสามารถในเรื่องการดูแลตนเองเรื่องอาหาร ยา การออกกำลังกาย การประเมินและแก้ไขอาการน้ำตาลต่ำดีขึ้น ระดับน้ำตาลลดลง โดยปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA1c) ลดลงจากเฉลี่ย 9.44 + 2.60% เหลือ 8.34 + 2.49 % และมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิลาวัล ผลพลอย (2539) ได้พัฒนาการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินสุลินจำนวน 13 ราย ติดตามผู้ป่วยที่บ้านแต่ละราย 10 ครั้ง ระยะห่าง 1 – 4 สัปดาห์ นาน 5 – 6 เดือน พบว่า ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ของตนเอง ปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการจัดการกับความเครียด ซึ่งนำไปสู่การควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น กลวิธีที่ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกันใช้ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยมี 11 วิธี คือ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี จริงใจและมีเป้าหมาย การสะท้อนการดูแลตนเอง การตั้งเป้าหมายระดับน้ำตาลในเลือดที่ต้องการ การหาความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองและเลือกทางปฏิบัติ การให้สัญญาต่อผู้อื่น การติดข้อความช่วยเตือนจำ การสะท้อนผลการปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม การติดตามและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง การให้คำชมเชย กำลังใจและความมั่นใจ การกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว การใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เมื่อสิ้นสุดการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น โดยมีปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะ (HbA1c) อยู่ในระดับดีมากและดี

อุระณี รัตนพิทักษ์ (2540) ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินสุลิน จำนวน 30 คน ที่มารับบริการในคลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน โรงพยาบาลศิริราช พบว่ารูปแบบการสนับสนุนและให้ความรู้ประกอบด้วยวิธีการช่วยเหลือ 12 ขั้นตอน ได้แก่ การเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดี การให้ข้อมูลเรื่องโรคเบาหวานที่จำเป็นครอบคลุมและสอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิต การเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ การเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง การให้กำลังใจ การเป็นที่ปรึกษา การร่วมตั้งเป้าหมาย การใช้แรงสนับสนุนจากครอบครัว การพัฒนาทักษะในการประเมินและแก้ไขอาการผิดปกติ การสื่อกลางระหว่างแพทย์และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในด้านสุขภาพ การช่วยสร้างแรงจูงใจ และการเสริมสร้างความรักความอาทร ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น รวมทั้งสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น

วัลลา ตันตโยทัย (2540) ศึกษารูปแบบและวิธีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินสุลิน จำนวน 28 คน ที่มารับบริการที่คลินิกต่อมไร้ท่อ โรงพยาบาลรามาธิบดี โดย

อาศัยการมีสัมพันธภาพและปฏิสัมพันธ์เชิงบำบัดเป็นแก่นและพื้นฐานสำคัญ วิธีการที่ใช้พัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย มี 11 วิธี ได้แก่ การให้ข้อมูลและความรู้ การแนะนำ ชี้แนะหรือให้แนวทางการส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง การประเมินภาวะสุขภาพ การประสานการดูแลและความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ การช่วยเหลือในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่แทรกแซง การจัดหาอุปกรณ์และเครื่องใช้ที่อำนวยความสะดวกต่อการดูแลตนเอง การสอนทักษะการปฏิบัติ การพัฒนาศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย การส่งเสริมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยโดยรวม เมื่อสิ้นสุดการวิจัยพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองโดยรวมในการควบคุมอาหาร และการใช้อินสุลินสูงกว่าเมื่อเริ่มการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในเรื่องการควบคุมอาหาร การใช้อินสุลิน และการป้องกันและแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ปริมาณฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะลดต่ำกว่าของเดือนที่ 4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดีมากและดีมีจำนวนมากขึ้นตลอดการวิจัย ดัชนีความหนาของร่างกายของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติและพอยอมรับได้

วราภา จันทร์โชติ (จารุวรรณ จินดามงคล. 2541 : 44 ; อ้างอิงจาก วราภา จันทร์โชติ. 2540. *ประสิทธิผลของการฝึกอบรมการเสริมสร้างพลังต่อการพัฒนาเจตคติ การเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถของตนในนักศึกษาพยาบาล.*) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลของการฝึกอบรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาเจตคติ การเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถของตนเองในนักศึกษาพยาบาล เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มทดลอง 34 คน กลุ่มทดลองได้รับการฝึกอบรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลติดต่อกัน 3 วัน ติดตามผลเพื่อกระตุ้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมไม่มีการจัดกระทำ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเอง เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

จารุวรรณ จินดามงคล (2541) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญาจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจพัฒนาขึ้นมาโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson. 1995) ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ (1) ขั้นค้นหาความจริง (2) ขั้นการพิจารณาไตร่ตรองสถานการณ์ (3) ขั้นการเป็นผู้ดำเนินการ และ (4) ขั้นการรักษาความรู้สึกมั่นใจในการควบคุมสถานการณ์ และปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของโคลิแกน (จารุวรรณ จินดามงคล. 2541 : 44 ; อ้างอิงจาก Corrigan. 1997. *Behavior therapy empowers persons with severe mental illness.*) อันได้แก่ การได้รับความรู้ที่จำเป็น การเพิ่มพูนความสามารถและความมั่นใจ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก การได้รับการยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน และการได้รับการฝึกฝนความสามารถที่จำเป็นจากพยาบาล ร่วมกับใช้แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตสังคม ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 5 ประการ คือ การจัดเตรียมสถานที่ที่ปลอดภัยสำหรับการตัดสินใจ จัดหาทางเลือกหลาย ๆ ทางให้ ทำให้บุคคลดำรงชีวิตโดยอิสระ จัดหาแหล่งสนับสนุนให้บุคคลสามารถตัดสินใจได้ และการอุปถัมภ์ให้ควบคุมตนเอง รวมทั้งใช้เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ผลของการวิจัยพบว่าความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองภายหลังใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พนารัตน์ เจนจบ (2542) ได้ทำการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยใช้แนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (1993) รวบรวมข้อมูลโดยบันทึกจากการสังเกตและอภิปราย ประเมินประสิทธิผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ ผลการศึกษาพบว่า กิจกรรมสำคัญที่ใช้สนับสนุนขั้นตอนของกระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจมีทั้งหมด 10 กิจกรรม ได้แก่ การสร้างและคงไว้ซึ่งความสัมพันธภาพอันดี การยอมรับความเป็นบุคคล การจัดบรรยากาศและสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เทคนิคการใช้คำถาม การสนับสนุนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง การอภิปรายปัญหาร่วมกัน การกระตุ้นให้มีการติดตามและประเมินผลตนเองอย่างต่อเนื่อง การร่วมกันหาแนวทางเลือกเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการประเมินผลย้อนกลับเชิงบวก สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สำคัญพบว่ามี 8 ปัจจัย ได้แก่ ความรักตนเอง ความตระหนักในความรับผิดชอบในตนเอง ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ความเชื่อในความสามารถของตนเอง การเห็นคุณค่าในการกระทำที่มีประโยชน์ ประสบการณ์ในอดีต ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในขณะนั้นและการสนับสนุนทางสังคม ภายหลังจากการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้ว พบว่ากรณีตัวอย่างมีการรับรู้พลังอำนาจเพิ่มขึ้น โดยพบว่าเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ 1 เดือนและการรับรู้พลังอำนาจยังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างก่อนและหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2 เดือน และ 3 เดือน แต่ผลของการศึกษานี้ไม่สามารถบ่งชี้ถึงความยั่งยืนของประสิทธิผลการเสริมสร้างพลังอำนาจ เนื่องจากระยะเวลาการศึกษาที่จำกัด

จากผลการศึกษาวิจัย แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ซึ่งส่งผลในทางบวกต่อบุคคลหรือผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ กล่าวคือ ทำให้บุคคลเพิ่มความสามารถในตน เพิ่มความรู้สึกของการควบคุมตนต่อการดำเนินชีวิต มีความคิดทางด้านบวก และสามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับความเจ็บป่วยทางร่างกายได้ โดยกระบวนการที่จัดกระทำส่วนใหญ่ได้แก่ การให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การมีมีส่วนร่วมในทีมสุขภาพ การได้รับการเสริมสร้างความมั่นใจ กำลังใจและแรงจูงใจจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ การได้รับความรู้ ข้อมูล ทักษะการปฏิบัติตัวต่อโรคที่เป็น การใช้การสนับสนุนทางสังคม รวมถึงการเอื้ออำนวยทรัพยากรที่มีประโยชน์ต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยนั้น เหล่านี้เป็นการยืนยันถึงประสิทธิผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในทางปฏิบัติ ถึงแม้จะมีความแตกต่างในขั้นตอนการปฏิบัติและบริบทที่ใช้ในการศึกษา

5. การฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมิได้จัดกระทำโดยตรงกับผู้ป่วย แต่เป็นการกระทำที่ผ่านพยาบาลซึ่งเป็นวิชาชีพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและประชาชนมากที่สุด และได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคลากรที่มีศักยภาพที่จะผลักดันให้เกิดการเคลื่อนไหวของการส่งเสริมสุขภาพแบบใหม่ (Benson And Latter. 1998 : 100 ; citing WHO. 1989. *Nursing leadership for Health for All.*) ดังนั้นจึงมีโอกาสอย่างมากที่จะทำให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพของบุคคล จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาปรัชญาของการให้คุณค่าและการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับพยาบาล เพื่อให้พยาบาลสามารถที่จะปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ประชาชนได้ (Rodwell. 1996 : 311 – 312) และการที่จะทำให้การเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดขึ้นในการปฏิบัติการพยาบาลได้นั้น พยาบาลต้องการโครงสร้าง การจัดการและกระบวนการศึกษาซึ่งสนับสนุนและกระตุ้นการพัฒนาคุณลักษณะที่สำคัญ

สำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจและการลงมือปฏิบัติจริงของพยาบาลผู้ซึ่งเป็นบุคคลที่ให้บริการทางด้านสุขภาพกับผู้ป่วยโดยตรง วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือการแสวงหากระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้พยาบาลมีสมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยคาดหวังว่าความรู้ ความเข้าใจ เจตคติและประสบการณ์เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นในพยาบาล จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงถึงผลลัพธ์ที่พึงปรารถนาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

สำหรับวิธีการที่จะพัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยได้นำองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย พลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ มาใช้เป็นหลักในกระบวนการพัฒนาพยาบาลโดยผ่านเทคนิคการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participative Learning) ซึ่งมีพื้นฐานมาจากการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) และกระบวนการกลุ่ม (Group Process) ผู้วิจัยเชื่อว่าการที่พยาบาลจะสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยได้นั้นจะต้องมีประสบการณ์ของการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้พยาบาลที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวได้รับรู้ถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง

4.1 ความสำคัญของการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมกับกระบวนการพัฒนาพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

การฝึกอบรมเป็นวิธีการหนึ่งในการเพิ่มคุณภาพของบุคลากรหรือเตรียมการให้บุคคลพร้อมที่จะทำงานในหน้าที่หนึ่ง ซึ่งตามความหมายนี้การฝึกอบรมก็คือ การจัดการศึกษาให้แก่คนกลุ่มหนึ่ง แต่การจัดการศึกษานี้ทำขึ้นภายใต้เงื่อนไขบางประการ โดยมุ่งหวังให้ผู้เข้ารับการอบรมมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการทั้งในด้านความรู้ ทักษะในการปฏิบัติงานรวมทั้งท่าทีที่แสดงถึงความพึงพอใจในการทำงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะตามวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม (อมร รักษาสัตย์ และ โสรัจ สุจริตกุล. 2524 : 293 ; Good. 1973 : 613)

ภิญโญ สาธร (2517 : 442-443) ได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมไว้ว่า เพื่อที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการทำงานของบุคคลที่มาเข้ารับการฝึกอบรม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวหมายความรวมถึงความชำนาญในการทำงานด้วยมือ (Manipulative Skills) การรู้จักใช้ความรู้ทางเทคนิคต่าง ๆ (Technical Skills) และความสามารถในการแก้ปัญหา (Problem Solving Ability) และทัศนคติในการทำงาน (Attitude) นอกจากนี้การฝึกอบรมยังมุ่งที่จะให้บุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมแล้ว นำความรู้ความชำนาญที่ได้รับไปใช้ปฏิบัติจริง ๆ เพื่อทำงานให้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์การหรือหน่วยงานนั้น ๆ

เนื่องจากการจัดฝึกอบรม เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้เข้ารับการอบรมมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และเจตคติ รวมทั้งมีผลพลอยได้อื่น ๆ ที่ทำให้เกิดการพัฒนาของหน่วยงาน เช่น ความเชื่อมั่นในการทำงาน ขวัญ และกำลังใจในการทำงาน รวมถึงการสร้างเจตคติต่องานใหม่ให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของงานนั้น (กฤษณีย์ อุทุมพร. 2541 : 31)

โดยนัยของความหมายของการฝึกอบรมสำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ การฝึกอบรม คือ กระบวนการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังให้มีความพร้อมทั้งด้านความรู้ ทักษะและเจตคติที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบเพื่อให้พยาบาลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในอันที่จะส่งผลต่อการ

ปฏิบัติงานตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิผล และเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการปฏิบัติงาน บรรลุวัตถุประสงค์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ดังนั้นการจัดการเรียนรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่จะปฏิบัติงานตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วย จึงมิใช่การให้ความรู้ด้านเนื้อหาเป็นหลัก แต่จะเน้นไปที่กระบวนการสร้างความรู้และการปฏิบัติ โดยคำนึงถึงคุณค่าของผู้เข้ารับการอบรมในฐานะผู้มีประสบการณ์ทางด้านการพยาบาล การฝึกอบรมนี้จึงเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรม โดยผู้วิจัยมีความเชื่อว่าการจัดการฝึกอบรมนี้จะช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น การมีส่วนร่วมของพยาบาลในการปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยจะช่วยสะท้อนรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในทางปฏิบัติ

4.2 ปรัชญาที่ใช้ในการจัดการฝึกอบรม

ปรัชญาคือ แนวความเชื่อของมนุษย์ที่มีต่อสรรพสิ่งต่าง ๆ ในโลกว่าความเป็นจริงที่แท้จริงของสรรพสิ่งต่าง ๆ นั้นคืออะไรและต่อ ๆ ไปในอนาคตจะเป็นอย่างไร (วิชัย ดิสสระ.2535 : 41)

ในทางปฏิบัติ การที่บุคคลจะเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับบุคคลอื่นได้นั้น บุคคลนั้นจะต้องได้รับประสบการณ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจกับตัวเองก่อน ประสบการณ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจมิได้เกิดจากการบรรยายเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจเท่านั้น แต่รวมถึงการกระทำและการลงมือปฏิบัติเพื่อให้เกิดการรับรู้และทัศนคติต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างแท้จริง ในทางด้านการศึกษา การเสริมสร้างพลังอำนาจกำหนดข้อตกลงเบื้องต้นไว้ว่า ผู้เรียนจะต้องเป็นผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ ด้วยเหตุผลดังกล่าวปรัชญาของการจัดการศึกษาที่มองว่าผู้เรียนเป็นผู้ดูจึงไม่เหมาะกับการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้เรียน ปรัชญาประสบการณ์นิยม (Pragmatism) เป็นปรัชญาที่สะท้อนความเชื่อเกี่ยวกับการเรียนและการสอนที่สอดคล้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจมากที่สุด (Hawks. 1992 : 613)

ประสบการณ์นิยมเกิดขึ้นมาจากแนวคิดของปรัชญาปฏิบัติการนิยม (Practical philosophy) การปฏิบัติ (Practical) มาจากภาษากรีก "Praxis" ซึ่งมีความหมายว่า (1) การได้มาโดยผ่านการปฏิบัติหรือการกระทำ (2) มีประโยชน์ ถือปฏิบัติได้ (3) ตระหนักถึงการประยุกต์ความรู้ไปสู่ผลลัพธ์ที่มีประโยชน์ และ (4) ประสบการณ์เกิดจากการปฏิบัติจริง (Hawks. 1992 : 613 ; citing Guralnik. 1970.*Webster's New Woeld Dictionary of the American Language 2nd col. Edn.*)

การปฏิบัติหรือการกระทำเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้เรียนจะต้องเป็นผู้กระทำในกระบวนการเรียนรู้ เพียส (Perice) ได้ให้คำจำกัดความของปรัชญาปฏิบัติการนิยมว่าหมายถึงการกระทำหรือการปฏิบัติ เพียสเชื่อว่า จิตไม่ใช่ผู้ดู ความคิดแสดงออกถึงความเชื่อ และความเชื่อนำไปสู่การกระทำ (Hawks. 1992 : 613 ; citing Peirce. 1971.*Philosophy and human nature.*) สำหรับเพียสความเชื่อและการกระทำมีความเชื่อมโยงกัน เนื่องจากชีวิตคือปฏิกิริยาโต้ตอบกันระหว่างความเชื่อ ข้อสงสัย การแสวงหาและการกระทำ ศาสตร์ (Science) คือวิธีการสำหรับประสบการณ์นิยมของเพียส เนื่องจากความเชื่อทำให้เกิดข้อสงสัยที่ต้องการการเสนอความคิดเห็นและการทดสอบสมมติฐาน ความรู้จึงได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ เช่นเดียวกับเพียส เจมส์ (James) ไม่เห็นด้วยกับปรัชญาที่มองจิตเป็นแค่ผู้ดู เจมส์เชื่อว่าการกระทำเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อ ความคิดมีความเชื่อมโยงกับเป้าหมาย ความหวัง ความกลัว และความปรารถนาของบุคคลที่คิดเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ เหล่านั้น (Hawks. 1992 : 613 ; citing James. 1975.

Pragmatism.) สำหรับเจมส์การเชื่อมโยงระหว่างแต่ละส่วนของประสบการณ์เป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ทั้งหมด ทฤษฎีประสบการณ์ของเจมส์ได้กล่าวถึงแนวคิดพื้นฐาน 3 ประการได้แก่ ความมุ่งหวัง ความพยายามและความเชื่อ (Hawks. 1992 : 613 ; citing James. 1975. *Pragmatism.*) เป้าหมายจะช่วยในการคัดเลือกประสบการณ์และประเมินว่าบุคคลคิดหรือจะทำอะไร เป้าหมายช่วยให้บุคคลตัดสินใจว่าปัจจัยอะไรที่ควรจะนำมาใช้หรือไม่นำมาใช้ ความพยายามจะถูกชี้นำโดยเป้าหมาย โดยนัยคือ มนุษย์มีความเป็นอิสระและสามารถที่จะนำการเปลี่ยนแปลงในแต่ละสถานการณ์ ความเชื่อคือ ความตั้งใจและความต้องการที่จะเสี่ยงและสร้างสรรค์ที่จะทำให้เกิดผลตามที่ต้องการ ซึ่งแนวคิดทั้งหลายเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Hawks. 1992 : 614)

ดิวอี้ (Dewey) ถือได้ว่าเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลอย่างมากในการทำให้ปรัชญาประสบการณ์นิยมเป็นเป้าหมายทางการศึกษา (Hawks. 1992 : 614 ; citing Power. 1982.*Philosophy of education.*) ดิวอี้เชื่อว่ามนุษย์เป็นผลผลิตของกระบวนการวิวัฒนาการ (Hawks. 1992 : 614 ; citing Dewey. 1960. *The quest for certainty.*) ความคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากประสบการณ์ในอดีตและสภาพการณ์ในปัจจุบัน ซึ่งนำไปสู่วิธีการที่จะไปให้ถึงจุดมุ่งหมาย โดยที่เป้าหมาย คือการแก้ปัญหา (Problem-solving) การศึกษาคือวิธีการที่มีอิทธิพลต่อการเมือง สังคม และเศรษฐกิจ ดิวอี้ได้อธิบายการสะท้อนความคิดว่าเป็นเช่นการกระทำที่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมซึ่งจะใช้เมื่อการตอบสนองตามปกติไม่สามารถใช้ได้อีกต่อไป นอกจากนั้นดิวอี้ยังให้ความสำคัญกับการผนวกทักษะทางด้านเทคนิค (Technical skill) คือการรู้ว่าจะทำอย่างไร (Knowing how) กับความรู้ทางด้านทฤษฎี (Theoretical knowledge) หรือรู้ว่าทำทำไม (Knowing why) สำหรับดิวอี้ศาสตร์ (Science) คือหนทางที่จะนำความรู้ไปสู่การกระทำ (Hawks. 1992 : 613 ; citing Dewey. 1925.*Experience and nature.*)

การจัดการศึกษาโดยอาศัยแนวปรัชญาสาขานี้ เน้นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ผู้เรียนเกิดประสบการณ์ต่อเนื่อง ลักษณะการจัดการเรียนรู้ให้ความสำคัญแก่กระบวนการในการศึกษาหาความรู้ หลักสูตรจึงเป็นการจัดมวลประสบการณ์เพื่อให้ผู้เรียนได้มีโอกาสทำกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างประสบการณ์ วิธีการเรียนการสอน คือ การแก้ปัญหา การทำโครงการและกิจกรรมโดยยึดถือความถนัด ความสนใจของผู้เรียนเป็นหลัก การเรียนการสอนของปรัชญาสาขานี้มีลักษณะสำคัญ 4 ประการคือ (วิจิตร ศรีสอ้าน. 2525 : 258)

1. การเรียนโดยวิธีแก้ปัญหา(Problem-solving) ถือว่าการเรียนรู้ที่ดีที่สุดคือ การให้ผู้เรียนได้มีประสบการณ์ในการแก้ปัญหา โดยได้รู้สภาพที่เป็นปัญหา หาวิธีแก้ปัญหาและทดสอบผลการแก้ปัญหาเพื่อจะได้เผชิญกับชีวิตจริงได้โดยอาศัยประสบการณ์จากการเรียนการสอนที่ได้ช่วยเสริมสร้างประสบการณ์ดังกล่าวให้

2. การเรียนการสอนโดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Learner-centered Learning) เป็นกระบวนการเรียนการสอนที่คำนึงถึงความต้องการ ความถนัด และความสนใจของผู้เรียนเป็นหลักในการจัดการเรียนการสอน

3. เรียนรู้ในขณะที่นำความรู้นั้น ๆ มาใช้ (Learning while using knowledge) กระบวนการเรียนรู้และการนำความรู้ไปใช้เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน การเรียนการสอนแบบนี้มักจะทำในรูปโครงการและกิจกรรมที่ทำให้ผู้เรียนได้มีการศึกษาค้นคว้าแสวงหาคำตอบและแนวทางแก้ปัญหา ความรู้ที่ค้นคว้าได้จะใช้เป็นพื้นฐานในการแก้ปัญหาหรือทำโครงการและกิจกรรมนั้น ๆ ให้เสร็จสมบูรณ์

4. การปลูกฝังค่านิยมทางจริยธรรมและสุนทรียภาพ การปลูกฝังค่านิยมทางจริยธรรมนั้นจะต้องจัดสภาพแวดล้อมทางการเรียนให้เหมือนกับสภาพความเป็นจริงในสังคม ให้ผู้เรียนได้เรียนรู้สภาวะทางศีลธรรมจรรยาและแบบอย่างของความประพฤติที่ดีงามที่สังคมยอมรับโดยการผสมผสานเข้ากับการปฏิบัติ กล่าวคือ ให้ผู้เรียนเรียนรู้จากผลของการกระทำของตนเองในชีวิตประจำวันให้มากที่สุด เป็นการเรียนรู้จากชีวิตจริง เช่นเดียวกับทางด้านสุนทรียภาพก็ใช้หลักการเรียนรู้จากชีวิตจริง

ในการเรียนการสอนทางการพยาบาลที่ยอมรับปรัชญาประสบการณ์นิยม จะเน้นไปที่ความสนใจของผู้เรียนเป็นจุดเริ่มต้น ความสนใจและความต้องการของผู้เรียนส่งผลต่อสถาบันการศึกษาที่จะให้ความสำคัญและสร้างจุดเริ่มต้นของการเรียนรู้ ผู้เรียนจะถูกมองว่าเป็นผู้ที่สามารถเติบโตได้และเป็นผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ ผู้เรียนจะได้รับการกระตุ้นในการค้นหาปัญหาและพัฒนาโปรแกรมสำหรับการศึกษา

เป้าหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการศึกษาที่ใช้ปรัชญาประสบการณ์นิยม คือ การสร้างบุคคลที่มีความสามารถที่จะพาตนเองไปสู่การมีชีวิตที่เติมเต็มและพึงพอใจ การเรียนรู้ตลอดชีวิตจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในคลินิกจะเป็นที่ซึ่งผู้เรียนได้สัมผัสกับผู้ป่วยและปัญหาของผู้ป่วยโดยตรง การเรียนรู้ในห้องเรียนจะเน้นไปที่เหตุการณ์ในโลกแห่งความเป็นจริง เวลาจะช่วยในการสะท้อนสถานการณ์จริงและนำแนวคิดเพื่อแก้ปัญหาในปัจจุบัน ผู้สอนที่ปฏิบัติตามปรัชญาประสบการณ์นิยมจะให้ความสำคัญกับกิจกรรมของผู้เรียนในกระบวนการเรียนรู้และชี้แนะประสบการณ์การเรียนรู้ ผู้สอนจะต้องเป็นบุคคลที่ยืดหยุ่นเปลี่ยนแปลงได้และตอบสนองต่อความต้องการของผู้เรียน

สำหรับปรัชญาที่ใช้ในการฝึกอบรมพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง อยู่บนความเชื่อที่ว่า

1. ผู้เรียนมีความสามารถ และความสามารถของผู้เรียนพัฒนาได้ เนื่องจากผู้เรียนมีประสบการณ์ที่ต่อเนื่องยาวนานในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและประสบการณ์ของตนที่ดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนจึงต้องพยายามที่จะดึงประสบการณ์ของผู้เรียนมาใช้ร่วมกับการสร้างความรู้ใหม่เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. ผู้เรียนเป็นผู้ตัดสินใจเลือกความรู้ วิธีการที่เหมาะสมและเห็นว่ามีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังไปใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เนื่องจากต้องเป็นผู้นำไปประยุกต์ใช้ให้เข้ากับงานที่ตนปฏิบัติ วิทยากรมีหน้าที่เพียงแต่เป็นผู้เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและส่งเสริมการมีเจตคติต่อการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

4.3 การจัดการเรียนรู้ในกระบวนการพัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

การจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นวิธีการที่ใช้ในกระบวนการพัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่เน้นการเรียน การฝึกทักษะและการสร้างเจตคติจากประสบการณ์ของผู้เรียน เป็นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนเป็นผู้ปฏิบัติหรือเป็นผู้กระทำ เพื่อให้เกิดการพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่การเรียนรู้ใหม่ ๆ อย่างต่อเนื่อง เป็นการเรียนรู้ที่จะต้องเกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน ซึ่งผลที่ได้ (Product) จะก่อให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ แนวทางการปฏิบัติและวิธีการปฏิบัติอย่างกว้างขวาง ทั้งนี้โดยอาศัยการถ่ายทอดทางภาษา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การคิดวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การสรุป

ผลและการนำความรู้ทักษะต่าง ๆ รวมทั้งเจตคติและค่านิยมที่พึงประสงค์ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นได้ตลอดชีวิตติดตัวผู้เรียนตลอดไป (วิภาพรรณ ผลผลา. 2541 : 27 ; อ้างอิงจาก หน่วยศึกษานิเทศก์ กรมสามัญศึกษา. กระทรวงศึกษาธิการ. ม.ป.ป. *คู่มือการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนทักษะชีวิตเพื่อป้องกันเอดส์ การค้าประเวณี การติดยาและสารเสพติด* : 2) การฝึกอบรมที่ใช้รูปแบบการมีส่วนร่วม จะมุ่งเน้นกระบวนการพัฒนาบุคคลมากกว่าการถ่ายถอดเนื้อหา แนวคิดหรือวิธีการ แต่มีการปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ความจริงที่เผชิญอยู่เฉพาะหน้า เปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมได้มีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผน การแก้ปัญหาเชิงสร้างสรรค์และจัดโอกาสให้ผู้เข้าอบรมได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึกและเปิดเผยตนเองในรูปแบบ วิธีการและลักษณะต่าง ๆ การได้มีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมจะทำให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ค้นพบพรสวรรค์และความสามารถพิเศษของตน สิ่งที่ตามมาคือ ผู้เข้ารับการอบรมจะมีความเชื่อมั่นในตนเองสูงมากขึ้น (อลิศรา ชูชาติ , นวรัตน์ สุวรรณผ่อง และ วิไลวรรณ โกยแก้วพริ้ง. ม.ป.ป. : 15)

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่า

1. ผู้ใหญ่เรียนรู้ผ่านการสะท้อนจากประสบการณ์ของตน เพื่อให้การเรียนรู้มีความหมาย การเรียนรู้นั้นจะต้องตั้งอยู่บนประสบการณ์

2. ประสบการณ์ของผู้เรียนเป็นสิ่งที่มีคุณค่าและผู้เรียนมีส่วนในการสนับสนุนการจัดการเรียนรู้ในรูปแบบของการวางแผน เนื้อหา กลุ่มการเรียนรู้ และองค์กรทั้งหมด

ซึ่งแนวคิดพื้นฐานดังกล่าวไม่ใช่เป็นเรื่องใหม่สำหรับนักการศึกษาหรือผู้ปฏิบัติ เนื่องจากเป็นหัวใจของนักทฤษฎีการศึกษาตั้งแต่ยุคแรก ๆ เช่น รัสเซล (Roussean) ดิวอี้ (Dewey) ทอร์นไดค์ (Thorndike) และลินดแมน (Lindeman) จนกระทั่งในยุคปัจจุบันไม่ว่าจะเป็นแฟร์ (Friere) โนว์ (Knowles) รุสด๊อกซ์ (Ruddock) เมซิโรว์และคณะ (Mezirow and colleagues) และบรุ๊คฟิลด์ (Brookfield) ช่วยทำให้เกิดความเข้าใจถึงปรัชญาที่อยู่เบื้องหลังกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม วิธีการและอุปสรรคที่จะนำการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมลงสู่การปฏิบัติ (Community Work Training Organization. Oct.,2000)

แฟร์ได้กล่าวถึงการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมว่าช่วยให้ผู้เรียนที่เป็นผู้ใหญ่เกิดการตระหนักรู้อย่างมีวิจารณญาณ โดยได้แสดงให้เห็นถึงบทบาทของผู้จัดการเรียนรู้ว่าอยู่ในฐานะผู้ชี้นำแนวทาง(Directive) แต่มิใช่ในฐานะผู้จัดกระทำและช่วยให้ผู้จัดการเรียนรู้ได้ตระหนักถึงระบบคุณค่าและให้เห็นถึงอิทธิพลของสิ่งเหล่านี้ที่มีต่อการศึกษา วิธีการและอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดการเรียนรู้ งานของโนว์ได้พัฒนาเงื่อนไขของการเรียนรู้และเน้นไปที่การสร้างบรรยากาศแห่งการเรียนรู้ โนว์ได้เน้นไปที่บทบาทของการชี้นำตนเอง (Self-directing role) ของผู้เรียนสำหรับการศึกษาในผู้ใหญ่ ซึ่งโรเจอร์สเน้นไปที่ความต้องการของผู้เรียนที่เข้าร่วมใน "การเรียนรู้จากการสนทนา (Learning conversation)" และสำหรับมาสโลว์ที่เรียกว่า "การรู้จักตนเองตรงตามสภาพความเป็นจริง (Self-actualization) งานวิจัยของเมซิโรว์และคณะเกี่ยวกับการจัดการศึกษาของผู้ใหญ่ ณ มหาวิทยาลัยโคลัมเบีย โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการศึกษาที่ได้รับการมองว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงโลกในฐานะ "การปรับเปลี่ยนทัศนะ (Perspective transformation)" คือ การคำนึงถึงคุณค่าโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การใช้วิธีการที่หลากหลายมาใช้ในอันที่จะช่วยให้เกิดประโยชน์ด้วยการเรียนรู้ของผู้เรียนและเป็นบริบทที่สำคัญของกระบวนการ (Community Work Training Organization. Oct,2000)

การฝึกอบรมอย่างมีส่วนร่วมมีพื้นฐานมาจากแนวคิดของการจัดการศึกษาเพื่อปวงชน (Popular Education) ซึ่งมีรูปแบบของการจัดการศึกษาที่ถือเอาความต้องการของผู้เรียน ในอันที่จะเลือกเรียนเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นสำคัญ โดยการศึกษาเพื่อปวงชนมีแนวคิดในการส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เลือก

กระทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง ตระหนักถึงบทบาทความสามารถของตนเอง ตลอดจนมุ่งพัฒนาจิตสำนึกของประชาชนถึงความสำคัญของตนในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองและสังคมให้ดีขึ้น แนวคิดการจัดการศึกษาเพื่อปวงชนเกิดจากนักปรัชญาชาวบราซิล เปาโล แฟร์ (Paulo Friere) แนวคิดของแฟร์เน้นไปที่ความรู้ร่วมกัน (Collective knowledge) ที่เกิดจากการที่กลุ่มมีการใช้ประสบการณ์ร่วมกัน และทำความเข้าใจถึงอิทธิพลของสังคมที่ส่งผลต่อความเป็นอยู่ของบุคคล ด้วยการเชื่อในความรู้ของผู้อื่น ร่วมรับฟัง และสนทนาด้วยการให้เกียรติผู้อื่นเสมือนดังเช่นผู้เชี่ยวชาญคนหนึ่ง ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Kiser, Boario and Hilton. 1995 ; citing Wallerstein. 1988 : 352. *Empowerment education Friere's ideas adapted to health education.*)

หลักการของแฟร์สำหรับการจัดการศึกษาอยู่บนหลักการที่ว่า (Kiser, Boario and Hilton. 1995 ; citing Hope and Timmel. 1992. *Training for transformation : A handbook for community workers.*)

1. ไม่มีการศึกษาใดที่เป็นกลาง กล่าวคือ ถ้าไม่ครอบงำก็ปล่อยเป็นอิสระ การศึกษาถูกออกแบบมาเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาพที่แท้จริง ยกย่องคุณค่าของบุคคลและวัฒนธรรมของชนชั้นที่มีอำนาจหรือไม่ก็ออกแบบเพื่อให้อิสระเสรีแก่ประชาชน ช่วยให้บุคคลมีวิจารณญาณ สร้างสรรค์ อิสระ ตื่นตัวและรับผิดชอบในฐานะสมาชิกของสังคม

2. บุคคลจะกระทำการใด ๆ บนประเด็นที่เขาสนใจ (Strong feelings) การรับฟังเพื่อพิจารณาประเด็นที่สมาชิกของชุมชนพูดไม่ว่าจะเป็นเรื่องตื่นเต้น ความหวัง ความกลัว ความวิตกกังวลหรือความโกรธ เป็นหลักการของกระบวนการมีส่วนร่วม

3. การศึกษาหรือการพัฒนาทั้งมวลถูกมองว่าเป็นการค้นหาปัญหา ผู้มีส่วนร่วมแต่ละคนจะถูกกำหนดให้เป็นผู้คิดและสร้างสรรค์ตามความสามารถในการกระทำ เป้าหมายของวิทยากร (Facilitator) คือการช่วยให้บุคคลพิจารณาในด้านความเป็นอยู่ของตนที่เขาปรารถนาจะเปลี่ยนแปลง พิจารณาถึงปัญหา ค้นหารากเหง้าของสาเหตุแห่งปัญหาและลงมือปฏิบัติ จะช่วยให้พวกเขาได้เปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ที่เป็นอยู่

4. การสนทนาอย่างแท้จริงเป็นสิ่งสำคัญ การเรียนรู้ที่แท้จริง คือ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน รับฟังและเรียนรู้จากคนอื่น

5. การสะท้อนและการกระทำเป็นสิ่งจำเป็น วิทยากรสามารถที่จะช่วยสร้างโอกาสสำหรับผู้เรียนที่จะหยุดสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณกับสิ่งที่พวกเขากำลังทำอยู่ พิจารณาถึงข้อมูลหรือทักษะใหม่ที่พวกเขาต้องการ แสวงหาข้อมูล ฝึกอบรม และวางแผนดำเนินการ

6. การเปลี่ยนแปลงอย่างถอนรากถอนโคนสำหรับแต่ละบุคคล สิ่งแวดล้อม ชุมชนและทั้งสังคม การศึกษาประเภทนี้มุ่งหวังที่จะให้ทั้งชุมชนปรับเปลี่ยนเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิต

วิธีการของแฟร์เน้นในเรื่องของการลงมือปฏิบัติ (Action) และการพิจารณาทบทวนสะท้อนกลับการปฏิบัติ (Reflection) เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีขึ้น จากการปฏิบัติสู่การพิจารณาทบทวนสะท้อนกลับการปฏิบัติและนำไปสู่การปฏิบัติเป็นวัฏจักรต่อเนื่อง กระบวนการดังกล่าวก่อให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบและตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของตน (อลิศรา ชูชาติ, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง และ วิไลวรรณ โกยแก้วพริ้ง. ม.ป.ป. : 20)

จากหลักการของการศึกษาเพื่อปวงชนเมื่อนำมาประยุกต์ใช้สำหรับการจัดการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมนั้นมีองค์ประกอบและหลักการที่สำคัญ 5 ประการ ดังนี้ (อลิศรา ชูชาติ, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง และวิไลวรรณ โกยแก้วพริ้ง. ม.ป.ป. : 16 - 17)

1. การยอมรับซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิก

การยอมรับซึ่งกันและกันถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลให้การฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมประสบผลสำเร็จ ทั้งนี้ทุกคนควรจะต้องยอมรับและเชื่อว่าบุคคลแต่ละคนมีความสามารถ มีความคิดสร้างสรรค์ มีศักยภาพในการที่จะคัดเลือก กำหนดวิเคราะห์ปัญหา ค้นหา และแก้ปัญหาของตนเองได้ นอกจากจะยอมรับว่าแต่ละบุคคลมีความสามารถแล้ว อีกสิ่งหนึ่งคือจะต้องมีความเชื่อว่าบุคลิกนิสัยเฉพาะตัวของบุคคลและของกลุ่มนั้นสามารถที่จะพัฒนาได้

2. การพัฒนาการทำงานร่วมกัน

การฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมนี้เชื่อว่าเมื่อบุคคลรวมกันเป็นกลุ่ม กลุ่มสามารถที่จะมีการดำเนินการที่เข้มแข็งและพัฒนาสังคมและชุมชนได้ การทำงานร่วมกันเป็นสิ่งที่พัฒนาได้และเป็นจุดประสงค์หนึ่งของการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม

3. ทุกคนคือทรัพยากรที่สำคัญของชุมชน

ปรัชญาและแนวคิดที่สำคัญของการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม คือมีความเชื่อและศรัทธาว่าสมาชิกแต่ละคนของกลุ่มต่างก็เป็นทรัพยากรที่สำคัญของชุมชน ดังนั้นวิธีการที่จะพัฒนาสังคมที่ยั่งยืน คือการนำทรัพยากร ความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์และความชำนาญของสมาชิกในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อชุมชนนั้น

4. การกำหนดแผนปฏิบัติการ

การวางแผนปฏิบัติการเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหานั้นเป็นสิ่งที่คาดหวังจากการอบรมแบบมีส่วนร่วม ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนแปลงใด ๆ จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อกลุ่มได้มีการวางแผนและดำเนินงานตามแผนที่ได้วางไว้

5. ความรับผิดชอบ

ความรับผิดชอบของกลุ่มเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การทำงานเป็นไปตามแผนและบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

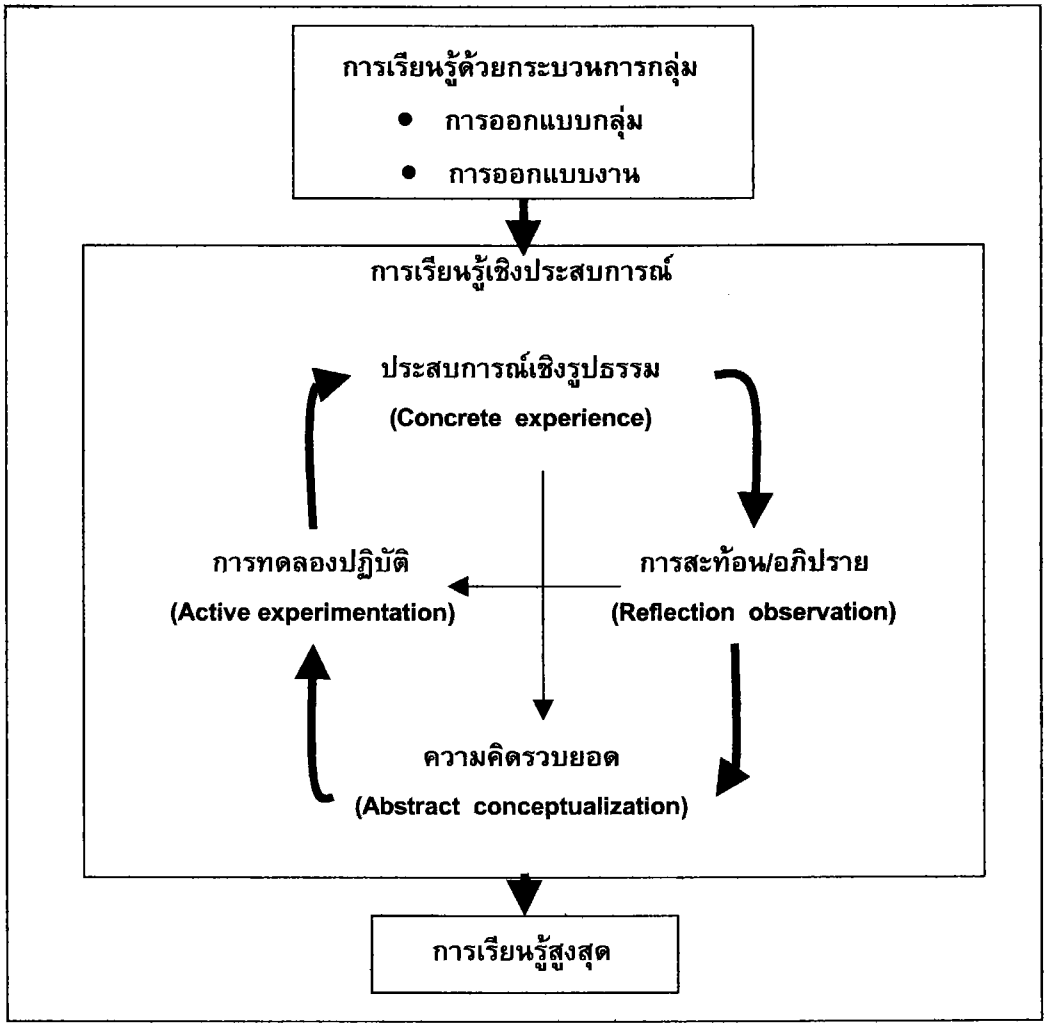
จะเห็นได้ว่าหลักการของการจัดการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมสามารถเข้าได้กับปรัชญาของการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

การจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

โครงสร้างพื้นฐานของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย (กรมสุขภาพจิต. 2543. หน้า 9)

1. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning)
2. กระบวนการกลุ่ม (Group Process)

โดยมีการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างระหว่าง 2 กระบวนการ ดังแสดงในภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 แสดงความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างการเรียนรู้เชิงประสบการณ์กับกระบวนการกลุ่ม

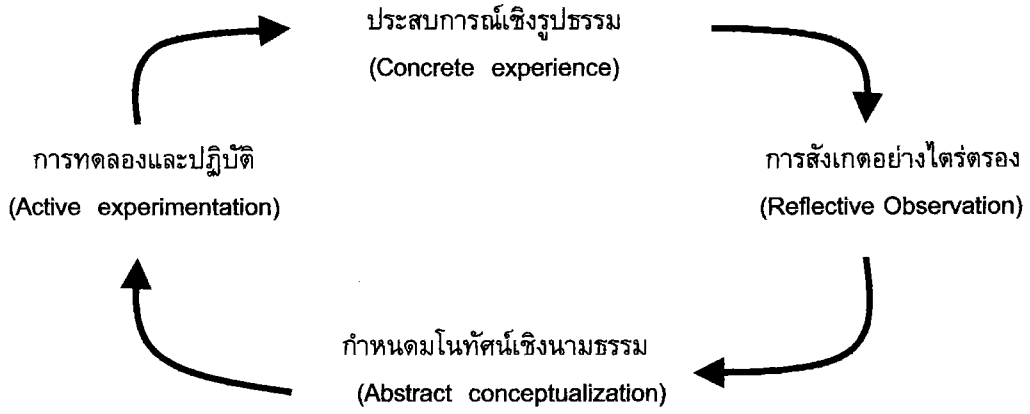
ที่มา : ประยุกต์จาก Kolb's Experiential Learning Model (1984) และ กรมสุขภาพจิต. (2543) *คู่มือการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม*. : 13

1. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) เป็นการเรียนรู้ที่ผู้สอนมุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม (กรมสุขภาพจิต. 2543 : 13) การเรียนรู้เชิงประสบการณ์เป็นแนวคิดของโคล์บ (Kolb) ซึ่งถือได้ว่าสนับสนุนแนวคิดของปรัชญาประสบการณ์นิยมและการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Hawks. 1992 : 614) โคล์บ (Hawks. 1992 : 164 ; citing Kolb. 1984.*Experience learning:Experience as the source of learning and development.*) ได้นำผลงานของดิวอี้ (Dewey) เลวิน (Lewin) และ เปียเจท (Piaget) โดยที่ดิวอี้ (1916, 1925) เน้นไปที่บทบาทของกิจกรรมและประสบการณ์ในกระบวนการเรียนรู้ ดิวอี้ให้ความสำคัญกับความต้องการสำหรับกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้เรียนเข้าสู่กระบวนการที่ต่อเนื่องและสร้างทางเลือกสำหรับการค้นหาอันเกิดจากการสะท้อนความคิด เลวิน (1951) เน้นไปที่ความต้องการของผู้เรียนในฐานะผู้กระทำในกระบวนการเรียนรู้ การสร้างองค์ความรู้ สำหรับ

เปียเจท (1971) มองว่าเป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างธรรมชาติกับบุคคล โรเจอร์ส (Roger. 1983) กับทฤษฎีการให้คำปรึกษาที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client – centered counselling Theory) และแฟร์ (Freire. 1970) กับผลงานที่ทำกับผู้ถูกกดขี่และการสร้างเสริมพลังอำนาจมีอิทธิพลต่อโคล์บทั้งสิ้น (Hawks. 1992 : 164) จากผลงานของแฟร์ โคล์บได้ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติซึ่งได้รับการอธิบายว่าเป็นการสะท้อนและการกระทำเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

โคล์บ (Hawks. 1992:164 ; citing Kolb. 1984. *Experience learning :Experience as the source of learning and development.*) ได้อธิบายว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการไม่ใช่ผลลัพธ์ โดยที่ความรู้ที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของประสบการณ์ โคล์บมีความคิดเช่นเดียวกับดิวอี้ที่เชื่อว่าความรู้เป็นสิ่งที่มีการปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่องด้วยประสบการณ์ และเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในทันทีทันใด การเรียนรู้ไม่ได้เกิดในสูญญากาศ ทุก ๆ ประสบการณ์ถูกดึงมาจากประสบการณ์ในอดีตและปรับเปลี่ยนความรู้และบุคคล โคล์บเห็นด้วยกับมุมมองของประสบการณ์นิยมที่ว่าบุคคลมีวิวัฒนาการอย่างคงที่ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

ในรูปแบบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ โคล์บได้อธิบายการเรียนรู้ว่าประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) ประสบการณ์เชิงรูปธรรม (Concrete experience) ที่ผู้เรียนแต่ละคนมีติดตัวมา (2) เมื่อมีสถานการณ์ใหม่เข้ามาเกี่ยวข้องผู้เรียนแต่ละคนจะสะท้อนประสบการณ์ หรือพยายามจะมองความสัมพันธ์และนำประสบการณ์เดิมของตนออกมาใช้ ซึ่งเรียกว่าเป็นขั้นการสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective observation) (3) จากนั้นผู้เรียนจะสร้างแนวคิดและสรุปนัยทั่วไปเกี่ยวกับประสบการณ์ของตน เรียกว่าขั้นกำหนดมโนทัศน์เชิงนามธรรม (Abstract conceptualization) และ (4) จากนั้นสมมติฐานจะถูกกำหนดขึ้นและทดสอบ ซึ่งเป็นขั้นที่เรียกว่า การทดลองและปฏิบัติ (Active experimentation) ซึ่งผลการทดสอบจะนำไปสู่ประสบการณ์ใหม่ การเรียนรู้จะเกิดขึ้นเป็นวงจรอย่างต่อเนื่อง วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ดังแสดงในภาพประกอบ 5 โดยที่ในทุกขั้นตอนของผู้เรียนจะเป็นผู้กระทำ ซึ่งสอดคล้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจและปรัชญาประสบการณ์นิยม (Hawks. 1992 : 164)



ภาพประกอบ 5 วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคล์บ (Kolb's Experiential Learning Model)

ที่มา : Kolb, Rubin and McIntype. (1984) : 32; http://www.community-work-training.org.uk/evaluatn/p12.htm

2. การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process) การจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีหลักสำคัญคือ ต้องการให้เกิดการเรียนรู้สูงสุด (Maximum Learning) ขึ้นกับผู้เรียน การเรียนรู้สูงสุดจะเกิดขึ้นได้จากการมีส่วนร่วมสูงสุด (Maximum Participation) ของผู้เรียน ที่เกิดจากการออกแบบกระบวนการกลุ่มที่เหมาะสมในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้ และในการมีส่วนร่วมนั้นจะต้องเกิดงานหรือเกิดการสร้างความรู้ หรือที่เรียกว่าเกิดการบรรลุงานสูงสุด (Maximum Performance) ซึ่งขึ้นอยู่กับการกำหนดงานให้กับกลุ่มที่มีความชัดเจน ทั้งการมีส่วนร่วมสูงสุดและการบรรลุงานสูงสุดจะต้องเกิดขึ้นในทุก ๆ องค์ประกอบของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมก็คือ มีการแบ่งปันประสบการณ์ ได้สะท้อนความคิดและถกเถียงกันอย่างลึกซึ้ง เกิดความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด ตลอดจนได้ทดลองหรือประยุกต์แนวคิด ซึ่งการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process) เป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งซึ่งเมื่อประกอบไปกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุดและทำให้บรรลุงานสูงสุด (กรมสุขภาพจิต. 2543 :16)

ดังนั้นในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยอาศัยกรอบแนวคิดเรื่ององค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มมาเป็นหลักในการจัดกิจกรรมนั้นจะมีลักษณะดังนี้ (กรมสุขภาพจิต. 2543. : 14 - 16)

1. การจัดประสบการณ์ (Experience) เป็นขั้นตอนที่ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนนำประสบการณ์เดิมของตนมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้ ทักษะและเจตคติใหม่ ๆ และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองที่มีให้แก่เพื่อน ๆ ที่อาจมีประสบการณ์ที่เหมือนหรือแตกต่างไปจากตนเองได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับการใช้กระบวนการกลุ่มของผู้สอน การที่ผู้สอนพยายามให้ผู้เรียนดึงประสบการณ์มาใช้ในการฝึกอบรม จะทำให้เกิดประโยชน์ทั้งผู้สอนและผู้เรียนดังนี้ (กรมสุขภาพจิต. 2543. : 15)

ผู้เรียน การที่ผู้เรียนได้ดึงประสบการณ์ของตัวเองออกมานำเสนอร่วมกับเพื่อน ๆ จะทำให้ผู้เรียนรู้สึกว่าตัวเองได้มีส่วนร่วมในฐานะสมาชิกคนหนึ่ง มีความสำคัญที่มีคนฟังเรื่องราวของตนเองและได้มีโอกาสรับรู้เรื่องของคนอื่น ซึ่งจะทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น ทำให้สัมพันธภาพในกลุ่มผู้เรียนเป็นไปด้วยดี

ผู้สอน ไม่ต้องเสียเวลาในการอธิบายหรือยกตัวอย่างให้ผู้เรียนฟัง เพียงแต่ใช้เวลาเล็กน้อยกระตุ้นให้ผู้เรียนได้เล่าประสบการณ์ของตนเอง ผู้สอนอาจใช้ใบชี้แจงกำหนดกิจกรรมของผู้เรียนในการนำเสนอประสบการณ์ ในกรณีที่ผู้เรียนไม่มีประสบการณ์ในเรื่องที่จะสอนหรือมีน้อย ผู้สอนอาจจะยกกรณีตัวอย่างหรือสถานการณ์ก็ได้

2. การสะท้อนความคิดและอภิปรายข้อคิดเห็น (Reflect and Discussion) เป็นขั้นตอนที่ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนได้มีโอกาสแสดงออก เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างลึกซึ้ง ผลของการสะท้อนความคิดเห็นหรือการอภิปราย จะทำให้ได้ข้อสรุปที่หลากหลายหรือมีน้ำหนักมากยิ่งขึ้น นอกจากนั้นขณะทำกลุ่มผู้เรียนจะได้เรียนรู้ถึงการทำงานเป็นทีม บทบาทของสมาชิกที่ดีที่จะให้งานสำเร็จ การควบคุมตนเองและการยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น องค์ประกอบจะช่วยทำให้ผู้เรียนได้พัฒนาทั้งด้านความรู้ และเจตคติในเรื่องที่อภิปราย

3. การเกิดความคิดรวบยอดและความเข้าใจ (Understanding and Conceptualization) เป็นขั้นตอนสร้างความเข้าใจเพื่อนำไปสู่การเกิดความคิดรวบยอด อาจเกิดขึ้นโดยผู้เรียนเป็นฝ่ายริเริ่มแล้วผู้สอนช่วยเติมแต่งให้สมบูรณ์ หรือในทางกลับกันผู้สอนเป็นผู้นำและผู้เรียนเป็นผู้สานต่อจนความคิดนั้นสมบูรณ์เป็นความคิดรวบยอด ซึ่งความคิดรวบยอดนี้จะส่งผลไปถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติ หรือความเข้าใจในเนื้อหาขั้นตอนของการฝึกทักษะต่าง ๆ ที่ช่วยทำให้ผู้เรียนปฏิบัติได้ง่ายขึ้น

4. การทดลองและการปฏิบัติ (Active experimentation) เป็นขั้นตอนที่ต้องการให้ผู้เรียนนำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ในลักษณะหรือสถานการณ์ต่าง ๆ จนเกิดเป็นแนวทางปฏิบัติของตัวเอง

ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้ง 4 ประการ จะเป็นไปอย่างพลวัต โดยอาจเริ่มต้นจากจุดใดจุดหนึ่งและเคลื่อนย้ายไปมาระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนั้นในแง่ของการจัดกิจกรรมการเรียนจึงอาจเริ่มต้นที่จุดใดจุดหนึ่งก่อนก็ได้ แต่ที่สำคัญ คือ ต้องจัดกิจกรรมให้ครบทุกองค์ประกอบ

สำหรับการจัดกิจกรรมการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม เพื่อตอบสนองจุดประสงค์ของการศึกษา 3 ด้าน คือ พุทธิพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย มีลักษณะดังนี้ (กรมสุขภาพจิต. 2543. : 26)

1. การอบรมด้านพุทธิพิสัยแบบมีส่วนร่วม

การอบรมด้านพุทธิพิสัยหรือความรู้ (Knowledge) เป็นการอบรมที่ผู้เรียนสามารถนำความรู้ใหม่นี้ไปผนวกกับความรู้เดิมหรือประสบการณ์เดิม เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนางานหรือแก้ปัญหาในการทำงาน ผู้เรียนจะผ่านขั้นตอนของการเรียนรู้ คือ รู้ เข้าใจและสามารถนำความรู้ไปใช้ได้ ทำได้โดยเริ่มจากองค์ประกอบประสบการณ์ หรือความคิดรวบยอด (กรมสุขภาพจิต. 2543. : 29)

2. การอบรมด้านจิตพิสัยแบบมีส่วนร่วม

การจัดการอบรมด้านเจตคติสามารถใช้กระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ทั้ง 4 องค์ประกอบ แต่เนื่องจากเจตคติประกอบด้วย ความคิด ความเชื่อ และความรู้สึก ดังนั้นผู้สอนจึงต้องจัดกิจกรรมที่เสริมสร้างและปรับเปลี่ยนส่วนประกอบทั้ง 2 กล่าวคือ ในการจัดกิจกรรมขององค์ประกอบประสบการณ์จะเป็น **ขั้นการสร้างความรู้สึก** และการสะท้อน/อภิปรายจะเป็น **ขั้นตอนการจัดระบบความคิดความเชื่อ** เกิดความคิดรวบยอดที่ปรับเปลี่ยนไป และนำไปทดลองใช้ในองค์ประกอบสุดท้าย (กรมสุขภาพจิต. 2543. : 32)

3. การอบรมด้านทักษะพิสัยแบบมีส่วนร่วม

เนื่องจากทักษะเป็นความสามารถที่คนเราไม่เคยมีมาก่อน แต่ได้จากการเรียนรู้จนกระทั่งทำได้อย่างชำนาญ ดังนั้นการสอนทักษะจึงมี 2 ขั้นตอน คือ (กรมสุขภาพจิต. 2543. : 36 - 38)

3.1 ขั้นรู้ชัดเห็นจริง เป็นขั้นตอนที่มุ่งให้ผู้เรียนรับรู้ว่าทักษะเหล่านั้นมีความสำคัญ และฝึกฝนได้อย่างไร ขั้นตอนนี้ประกอบด้วยองค์ประกอบการเรียนรู้ 3 องค์ประกอบ คือ ความคิดรวบยอด ประสบการณ์และการสะท้อนความคิด/อภิปราย องค์ประกอบความคิดรวบยอดเกิดจากการบรรยายนำ ประกอบกับการยกตัวอย่างและให้ผู้เรียนร่วมอภิปรายถึงความสำคัญ และวิธีการฝึกทักษะนั้น ๆ องค์ประกอบด้านประสบการณ์ผู้สอนอาจใช้กรณีศึกษาหรือสถานการณ์จำลองให้ผู้เรียนคิดใช้ทักษะดังกล่าว หรือใช้การสาธิต ซึ่งอาจให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมได้ การสาธิตจะช่วยให้ผู้เรียนเห็นจริงเป็นลำดับขั้นอย่างชัดเจน ส่วนองค์ประกอบด้านการสะท้อนและอภิปราย ผู้สอนอาจให้ผู้เรียนจัดกลุ่มย่อยหรือระดมสมองเพื่อหากฎเกณฑ์ โดยกิจกรรมทั้ง 3 องค์ประกอบสามารถจัดเปลี่ยนลำดับได้ตามความเหมาะสม

3.2 ขั้นลงมือกระทำ เป็นขั้นตอนที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ลงมือปฏิบัติตามที่ได้เรียนรู้จากขั้นตอนแรก ซึ่งเป็นขั้นตอนขององค์ประกอบการทดลองและประยุกต์แนวคิด

บทบาทของวิทยากรหรือผู้ฝึกอบรม (Role of Facilitator)

การฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมนี้ เป็นวิธีการจัดการอบรมที่ยึดเอาผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง วิทยากรหรือผู้ฝึกอบรมจะต้องเป็นผู้ที่ให้การยอมรับและมีความเคารพในตัวผู้เข้ารับการอบรมว่ามีความรู้ความสามารถ ดังนั้นผู้ฝึกอบรมหรือวิทยากรจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมได้แสดงออกถึงความ

สามารถนั้นๆ ลักษณะของการฝึกอบรมเป็นการฝึกอบรม 2 ทาง กล่าวคือ ทั้งผู้ฝึกอบรมและผู้เข้ารับการอบรมต่างก็เป็นหุ้นส่วนกัน แต่ละฝ่ายต่างมีความรู้ ทักษะ ความสามารถ ข้อดีที่แตกต่างกัน ทั้งสองฝ่ายต่างก็เรียนรู้ซึ่งกันและกัน และร่วมมือในการพัฒนาทักษะ ความสามารถ การวางแผนแก้ไขปัญหา ต่างช่วยกันทำหน้าที่ในการจัดสถานการณ์การเรียนรู้ ซึ่งส่งผลต่อการเรียนรู้ทั้งสองฝ่าย กล่าวคือผู้เข้ารับการอบรมจะได้เรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ บางอย่างจากผู้ฝึกอบรม และขณะเดียวกันผู้ฝึกอบรมเองก็จะได้รับความรู้เกี่ยวกับชุมชนมากขึ้น (อลิศรา ชูชาติ , นวรัตน์ สุวรรณผ่อง และ วิไลวรรณ โกยแก้วพริ้ง. ม.ป.ป. : 18)

ในกระบวนการจัดการศึกษาหรือฝึกอบรมในลักษณะนี้ ถือได้ว่าทุกคนเป็นผู้สอนและทุกคนเป็นผู้เรียน ไม่มีใครเป็นผู้เชี่ยวชาญเพียงคนเดียว ทุกคนสามารถที่จะผลัดเปลี่ยนกันเป็นผู้นำได้ แต่อย่างไรก็ตามกระบวนการนี้ไม่สามารถดำเนินไปได้เองตามธรรมชาติ โดยปราศจากการวางแผนการจัดการ การกระตุ้นและการสนับสนุนเพื่อให้เกิดสิ่งต่าง ๆ ที่พึงประสงค์ได้ ดังนั้น จึงต้องมีวิทยากรหรือผู้ฝึกอบรมที่เรียกว่า ผู้สนับสนุน ผู้ส่งเสริม (Facilitator) หรือผู้ประสานงาน (Coordinator) ซึ่งควรมีบทบาทหน้าที่ดังนี้ (อลิศรา ชูชาติ , นวรัตน์ สุวรรณผ่อง และ วิไลวรรณ โกยแก้วพริ้ง. ม.ป.ป. : 28)

1. จัดให้ผู้เรียนได้มีโอกาสพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์

2. จัดวางแผนการประชุมสำรวจหาประเด็นของการประชุมเพื่อจัดทำการประชุมเชิงเชิงปฏิบัติการ ซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติร่วมกันของสมาชิก

นอกจากนั้นวิทยากรจะต้องมีคุณลักษณะพื้นฐาน 3 ประการ ดังต่อไปนี้ (อลิศรา ชูชาติ, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง และ วิไลวรรณ โกยแก้วพริ้ง. ม.ป.ป. : 28 - 29)

1. ให้ความสำคัญและยอมรับในตัวผู้เรียน

2. มีความเต็มใจและตั้งใจที่จะเรียนรู้จากสมาชิกของกลุ่มหรือของชุมชน

3. จะต้องไม่ทำตนเป็นผู้รู้เพียงคนเดียว แต่จะต้องปฏิบัติตนเปรียบเสมือนหุ้นส่วนในการเรียนรู้

กิจกรรมที่ใช้ในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

อริศรา ชูชาติ และคณะ (อลิศรา ชูชาติ , นวรัตน์ สุวรรณผ่อง และวิไลวรรณ โกยแก้วพริ้ง. ม.ป.ป. :59) ได้นำเสนอกิจกรรมที่ใช้ในการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม แบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท ตามวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม ได้แก่

1. กิจกรรมที่นำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของบุคคล

การพัฒนาศักยภาพของบุคคล เป็นวัตถุประสงค์สำคัญของการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม บุคคลจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและศึกษายอมรับความสามารถและความคิดของผู้อื่น การสร้างความสามารถในการทำงานร่วมกัน การสร้างความเชื่อใจ การยอมรับซึ่งกันและกันเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการฝึกอบรม ผู้ฝึกอบรมจำเป็นต้องวางรากฐานในส่วนนี้ให้ได้เป็นอันดับแรก ดังนั้นในช่วงแรกของการอบรม กิจกรรมในส่วนนี้จะจัดในส่วนต้นของการอบรม เพื่อช่วยให้ผู้เข้าอบรมได้

1.1 แสดงความคาดหวังของตนต่อการฝึกอบรม

1.2 สร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันระหว่างสมาชิก

1.3 พัฒนาทักษะในการทำงานร่วมกัน

1.4 เข้าใจ ยอมรับความคิดเห็นของสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม

2. กิจกรรมการวิเคราะห์ปัญหาและการวางแผน

สิ่งที่คาดหวังจากการฝึกอบรมอย่างมีส่วนร่วม คือ ผู้เข้ารับการอบรมสามารถที่จะเลือกปัญหาที่สำคัญ วิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัญหาตลอดจนสามารถวางแผนแก้ไขปัญหาได้ภายหลัง ผู้เข้ารับการอบรมได้รับประสบการณ์จากกิจกรรมที่ได้จัดไว้ให้ นอกจากสมาชิกสามารถเลือกปัญหาและวางแผนแก้ปัญหาแล้ว ผลพลอยได้ คือ สมาชิกมีความมั่นใจยิ่งขึ้นในการปฏิบัติงานต่อไป

3. กิจกรรมเสริม/นันทนาการ เพื่อการสร้างบรรยากาศของการเรียนรู้

กิจกรรมในส่วนนี้มีวัตถุประสงค์ในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน ลดความแตกต่างระหว่างชั้นทางสังคมของบุคคลเพราะเรื่องนี้เป็นสิ่งที่สำคัญมากเพราะในการที่จะก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมในการปกครองที่แท้จริง ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกจะต้องเป็นไปในระดับเดียวกัน ไม่ใช่ความสัมพันธ์ตามลำดับขั้น นอกจากนี้กิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ยังช่วยลดภาวะเครียดระหว่างการฝึกอบรมด้วย

โดยที่การฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมนั้นไม่เน้นการถ่ายทอดทฤษฎี เนื้อหา แต่ความรู้ในเชิงของทฤษฎี ความรู้และแนวทางการแก้ปัญหาต่าง ๆ ผู้เข้าอบรมจะได้จากการดึงส่วนต่าง ๆ ดังกล่าวจากประสบการณ์ชีวิตและกิจกรรมที่มีส่วนร่วม แต่ทั้งนี้ไม่ได้จำกัดขอบเขตว่าการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมจะไม่มีการบรรยายเลย

การประเมินผลการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การประเมินผลถือได้ว่าเป็นหัวใจของการจัดการศึกษาทุกประเภทรวมถึงการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เนื่องด้วยเป็นการสะท้อนว่าโครงสร้าง เนื้อหา วิธีการและบรรยากาศการเรียนรู้มีความเหมาะสมหรือไม่ การประเมินมีประโยชน์ในการช่วยดำรงสภาวะการณ์ของการเรียนรู้ที่ใช้ประสบการณ์ของผู้เรียน การให้คุณค่าต่อประสบการณ์ของผู้เรียนและการเรียนรู้ร่วมกัน การประเมินเป็นวิธีการที่ใช้ในการค้นหาวิธีการที่เหมาะสมสำหรับผู้เรียนทั้งในด้านเนื้อหาและวิธีการที่ใช้ ซึ่งผู้เรียนจะต้องได้รับการประเมินความต้องการการเรียนรู้ (Re-diagnosis their learning needs) อย่างต่อเนื่องตลอดเวลาระหว่างการเรียนรู้

นอกจากนั้นการประเมินจะช่วยให้ผู้จัดการเรียนรู้ได้เพิ่มความตระหนักและการตัดสินใจถึงสมรรถนะทางปฏิบัติการที่จำเป็นสำหรับตน นอกจากนั้นการประเมินยังช่วยในการจัดการโปรแกรมการเรียนรู้และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น

สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง คือ วิธีการและเกณฑ์ที่เลือกใช้จะต้องมีความเป็นเหตุเป็นผลภายใต้การเรียนรู้และบนพื้นฐานความเข้าใจในประเด็นของการประเมินและการปฏิบัติ การประเมินจะต้องเกิดขึ้นตลอดทั้งโปรแกรม ข้อมูลและมุมมองทัศนะต่าง ๆ จะถูกรวบรวมและนำเสนออย่างเหมาะสม การประเมินตนเองถือได้ว่าเป็นส่วนสำคัญของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นการประเมินระหว่างการดำเนินการ (Formative Evaluation) ที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเรียนรู้ การประเมินจะรวมถึงบุคคลทุกระดับที่เกี่ยวข้องในการฝึกอบรม ตั้งแต่ผู้เรียน วิทยากร ผู้บริหารการจัดอบรม บทสรุปในอดีต ปัจจุบันและศักยภาพของผู้เรียนในฐานะสมาชิกของกลุ่มและการกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมที่แสดงให้เห็นว่าได้เกิดการเรียนรู้ขึ้น

การประเมินผลเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะช่วยให้การดำเนินการบรรลุตามความต้องการของผู้เรียนและค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ช่วยในการประเมินวิธีการและเครื่องมือที่ใช้ในการจัดการเรียนรู้ว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ ผู้เรียนจะถูกกระตุ้นให้ผู้กระทำ (Active learners) และกำหนดเป้าหมายสำหรับการเรียนรู้ของตน เจลพี (Gelpi) ได้กล่าวถึงการประเมินไว้ว่า “การประเมินผลทาง

การศึกษาคือความเป็นจริงที่บุคคลได้สร้างความรู้ที่เหมาะสมกับพัฒนาการของตน แรงบันดาลใจของตน ความปรารถนาของตนที่จะดำรงชีวิต ซึ่งเป็นประสบการณ์ทั้งด้านบวกและลบอันนำไปสู่พื้นฐานการเรียนรู้ตลอดชีวิต" (quoted in Community Work Training Organization. Oct,2000)

การประเมินการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมิใช่แค่การเก็บรวบรวมที่ได้จากการสะท้อนกลับเท่านั้น แต่ยังเป็นเสมือนตัวนำการเปลี่ยนแปลง (Changed agent) ที่เกิดจากการตอบสนองของสมาชิกทุกคนในฐานะผู้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้อย่างแท้จริง วิธีการประเมินตนเองถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเปลี่ยนแปลงและเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้เรียน เช่น การประเมินตนเองของแต่ละชั่วโมงการฝึกอบรม ด้วยการกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดด้วยตนเอง การประเมินว่ากลุ่มมีหน้าที่อย่างไรในระหว่างการเรียนรู้แบบกลุ่มนำไปสู่การอภิปรายถึงปัจจัยที่เป็นทั้งในด้านบวกและลบที่มีผลกระทบต่อตัวผู้เรียนและความมุ่งมั่นผูกพันที่จะกระทำการที่จะลดปัจจัยทางลบในอนาคต

ในการประเมินผลการศึกษาที่ใช้เฉพาะวิธีการเชิงปริมาณในการวัดผลสัมฤทธิ์ของการเรียนรู้เมื่อเทียบกับวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมนำมาใช้กับการประเมินการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมได้น้อยมาก วิธีการแบบนี้มักจะใช้วิธีการวัดและประเมินผลก่อนและหลังการอบรมเป็นหลัก ซึ่งเป็นการยากที่จะตัดสินว่าผู้เรียนได้บรรลุการเรียนรู้ในแต่ละขั้นตอนที่แตกต่างกันของกระบวนการเรียนรู้หรือไม่อย่างไร วัตถุประสงค์ของผู้ประเมินภายนอกต่อกระบวนการเรียนรู้มักใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ด้วยการวัดพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร เป้าหมายของการประเมินคือการวัดที่เป็นวิทยาศาสตร์หรือวัดตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ซึ่งการใช้วิธีการประเมินด้วยการตรวจสอบผลสัมฤทธิ์ปลายทาง (Terminal testing) ให้ข้อมูลสถานการณ์เพียงเล็กน้อยไม่เพียงที่จะไปสรุปถึงคุณภาพของการฝึกอบรม เนื่องจากเป็นการประเมินที่คำนึงถึงผลลัพธ์มากกว่ากระบวนการ การประเมินการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจะต้องอาศัยการประเมินตามสภาพจริงของผู้เรียน (Authentic assessment) ประกอบไปด้วย กล่าวคือ เน้นการประเมินเพื่อดูความก้าวหน้าและพัฒนาการของผู้เรียนด้วยวิธีการที่หลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินจากผลงานหรือการเขียนบรรยายของผู้เรียนที่จะสะท้อนถึงศักยภาพของผู้เรียนอันเป็นผลจากการเรียนรู้ (วิชัย วงษ์ใหญ่. 2540 : 16 – 18)

การพัฒนาเกณฑ์ที่จะนำไปสู่การประเมิน สิ่งสำคัญคือการมองไปที่หลักการและเหตุผลของการเรียนรู้ การพิจารณาวิธีการ เนื้อหาและโครงสร้างของการฝึกอบรมจะเป็นสิ่งที่ช่วยสะท้อนถึงเป้าหมายของการประเมินผลเมื่อนำการฝึกอบรมลงสู่การปฏิบัติ และตรวจสอบว่าได้มีการกระทำในภาคปฏิบัติหรือไม่ ดังนั้นสำหรับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมประเด็นที่ใช้ในการพิจารณาประเมิน คือ (Community Work Training Organization. Oct,2000)

1. พัฒนาการของความเชื่อมั่นของผู้เรียน พัฒนาการของการสนทนา การตระหนักรู้อย่างมีวิจารณญาณและการบูรณาการสิ่งเหล่านี้ลงสู่ภาคปฏิบัติทั้งในการทำงานและความสัมพันธ์ทางสังคม

2. การที่ผู้เรียนสร้างเครือข่ายของการติดต่อและสนับสนุนระหว่างบุคคล หน่วยงานของตน

3. พันธสัญญาและความมุ่งมั่นผูกพันที่เกิดขึ้นเป็นตัวบ่งชี้ถึงความเชื่อมั่นและการมองเห็นถึงคุณค่าของตน

วิธีการประเมิน

วิธีการประเมินตามกระบวนทัศน์ของสังคมมนุษยวิทยาที่มีประโยชน์และสามารถนำมาใช้ในการประเมินการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ได้แก่ บันทึกประจำวัน การสัมภาษณ์ กรณีศึกษา แบบสอบถาม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม

การประเมินอย่างไม่เป็นทางการ ได้แก่ การฟัง การสังเกตผู้เรียนทั้งในและนอกชั่วโมงการเรียน มีใครที่แสดงอาการเบื่อหน่าย ใครที่แยกตัว ถ้ามีโอกาสพยายามสอบถามผู้เรียนถึงความรู้สึกต่อการเรียนรู้ที่จัดขึ้น ได้มีการนำประสบการณ์ส่วนตนมาใช้ในกระบวนการเรียนรู้หรือไม่ มีความคิดเห็นต่อเครื่องมือและวิธีการเรียนรู้อย่างไร รวมถึงการสอบถามถึงข้อเสนอแนะต่อการเรียนในชั่วโมงต่อไป

ในกรณีที่ผู้เรียนรู้สึกว่าตนเองไม่ได้อะไรจากการอภิปรายหรือรวมกลุ่ม ผู้จัดการเรียนรู้/วิทยากรจะต้องกระตุ้นผู้เรียนให้นำเสนอประสบการณ์ที่สำคัญในการทำงานของตนที่ผู้เรียนคนอื่นเห็นว่ามีคุณค่า จะช่วยให้ผู้เรียนรู้สึกถึงความเชื่อมั่นในตน

สำหรับวิธีการที่เป็นทางการ ควรเป็นวิธีการที่เปิดเผย เป็นประชาธิปไตย และมีส่วนร่วม การประเมินจะต้องกระตุ้นให้ผู้เรียนมีการประเมินตนเองและมีความรับผิดชอบต่อการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการเรียนรู้ การประเมินที่เริ่มในตอนต้นของกระบวนการจัดการเรียนรู้ จะเป็นการให้ผู้เรียนสะท้อนถึงความหวัง ความกลัว กำหนดแนวทางและข้อเสนอแนะว่าการเรียนรู้ควรจะดำเนินไปอย่างไร

การให้ผู้เรียนได้แสดงความรู้สึกโดยการเขียนความรู้สึกทั้งด้านบวกและลบเกี่ยวกับกลุ่มและเป้าหมายที่พวกเขาต้องการอย่างอิสระ จะช่วยในการประเมินการจัดกิจกรรมของผู้จัดการเรียนรู้และช่วยในการปรับปรุงการเรียนรู้ในประเด็นข้อเสนอแนะทางลบ

จากแนวคิดการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้กำหนดแนวทางในการจัดการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพสำหรับปฏิบัติงานตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย โดยยึดหลักการดังนี้

1. ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้
2. ใช้องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์มาใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้
3. กิจกรรมการบรรยายที่ไม่ใช่การเน้นที่เนื้อหาแต่เพียงอย่างเดียว แต่มีการสอดแทรกตัวอย่างหรือสถานการณ์ที่เข้าได้กับประสบการณ์ของผู้เรียนและอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง
4. ใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในทางปฏิบัติ เพื่อให้ผู้เรียนแต่ละคนเกิดมุมมองใหม่หรือวิธีการที่จะปรับปรุงแผนการดำเนินงานที่ตนเองวางไว้ให้มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติมากที่สุด
5. การฝึกปฏิบัติมุ่งเน้นให้เกิดทักษะและเจตคติ รวมถึงเป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนนำความรู้ที่ได้จากการเรียนในชั้นเรียนไปประยุกต์และทดลองใช้ในทางปฏิบัติ
6. วิทยากรทำหน้าที่สนับสนุนทรัพยากร อาทิ ความรู้ ข้อมูล รวมถึงการฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นที่กลุ่มผู้เรียนมีความเห็นร่วมกันว่าต้องได้รับการพัฒนา
7. ประเมินผลโดยดูจากการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรม รายงาน การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรม แบบสอบถาม และผลการปฏิบัติงาน โดยที่ผู้วิจัยเชื่อว่าผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของผู้เข้ารับการอบรมที่ได้จากการฝึกอบรม เป็นความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในทางปฏิบัติ

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

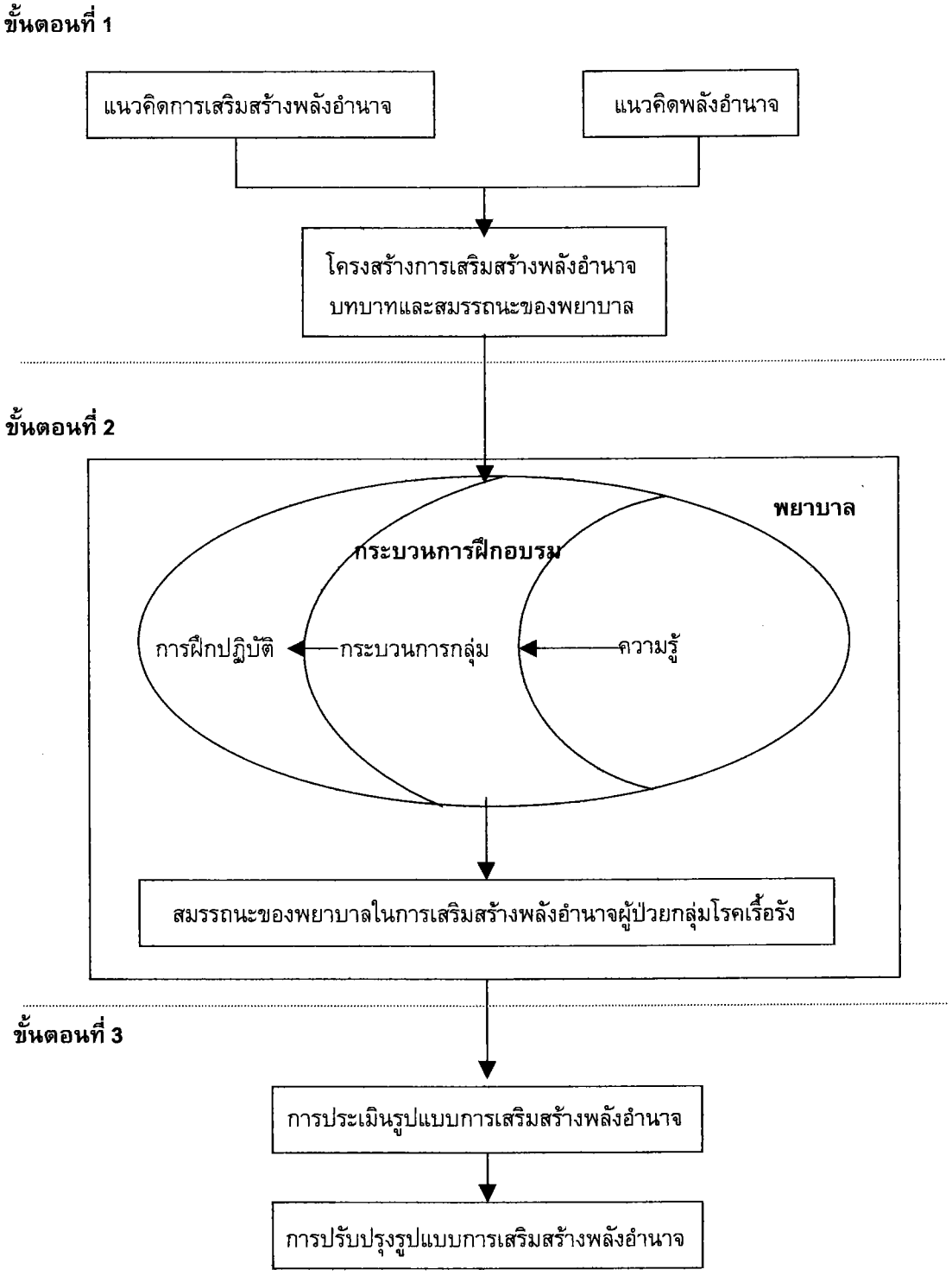
แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับการวิจัยครั้งนี้เกิดจากความเชื่อที่ว่า พลังอำนาจ (Power) คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคนและเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน (Miller. 1992 : 3) และยังรวมถึงศักยภาพหรือความสามารถที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ (Hawks. 1991) ซึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยคือ ความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยอันได้แก่ ผลกระทบอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยและความยุ่งยากที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากภาระการจัดการกับการเจ็บป่วย ความรู้สึกถึงการควบคุมจะช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงสภาวะการดำเนินของโรค/การเจ็บป่วยหรือการรักษาพยาบาลและช่วยให้เกิดการปรับตัวที่ดีขึ้น (Berckman and Austin. 1993) การศึกษารูปแบบพลังอำนาจเพื่อนำไปสู่การกำหนดโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจใช้รูปแบบแหล่งพลังอำนาจของมิลเลอร์ (Miller. 1992) โดยที่แหล่งของพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังตามแนวคิดของมิลเลอร์มีอยู่ด้วยกัน 7 แหล่ง ได้แก่ (1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength and reserve) (2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and Social support) (3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive Self-Concept) (4) พลังงาน (Energy) (5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and Insight) (6) แรงจูงใจ (Motivation) และ (7) ระบบความเชื่อ (Belief system) พลังอำนาจมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วย ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังปัจจัยอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย ปัจจัยระหว่างบุคคล และปัจจัยอันเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพมีอิทธิพลต่อพลังอำนาจ และมีผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรับรู้ว่าตนเองขาดการควบคุม การที่บุคคลอยู่ในภาวะที่รับรู้ว่าตนเองขาดการควบคุมตนหรือเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้น ๆ หรือเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะควบคุมสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของตน คาร์พีนีทู (Carpenito. 1991 : 474) เรียกว่าเป็นการสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness)

งานวิจัยครั้งนี้ได้ให้ความสำคัญกับ “การเสริมสร้างพลังอำนาจ” ด้วยเชื่อว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและพลังอำนาจในตนและช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเอง การช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมชะตาชีวิตของตนเองได้จะทำให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาการปรับตัวให้เข้ากับการเจ็บป่วยทางกาย ส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจและกระบวนการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเอง ซึ่งถือว่าเป็นเป้าหมายสูงสุดของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมิได้จัดกระทำโดยตรงกับผู้ป่วย แต่เป็นการกระทำที่ผ่านพยาบาลซึ่งเป็นวิชาชีพที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและประชาชนมากที่สุด และได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคลากรที่มีศักยภาพที่จะผลักดันให้เกิดการเคลื่อนไหวของการส่งเสริมสุขภาพแบบใหม่ (Benson And Latter. 1998 : 100 ; citing WHO. 1989. *Nursing leadership for Health for All.*) ดังนั้นจึงมีโอกาสอย่างมากที่จะทำให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพของบุคคล จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาแนวคิดของการให้คุณค่าผู้ป่วยและการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับพยาบาลเพื่อให้พยาบาลสามารถที่จะปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ประชาชนได้ (Rodwell. 1996 : 311 – 312) และการที่จะทำให้การเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดขึ้นในการปฏิบัติการพยาบาลได้นั้น

พยาบาลต้องการโครงสร้าง การจัดการและกระบวนการศึกษาซึ่งสนับสนุนและกระตุ้นการพัฒนาคุณลักษณะที่สำคัญสำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจและการลงมือปฏิบัติจริงของพยาบาล ผู้ซึ่งเป็นบุคคลที่ให้บริการทางด้านสุขภาพกับผู้ป่วยโดยตรง การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังคือการแสวงหากระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้พยาบาลมีสมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง สมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย ความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลที่คำนึงถึงการให้คุณค่าแก่ ผู้ป่วยในฐานะบุคคล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การส่งเสริมและเอื้ออำนวยพลังอำนาจในผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มเป้าหมายสำหรับการศึกษาวิจัย คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยผู้วิจัยคาดหวังว่าความรู้ความเข้าใจ เจตคติและประสบการณ์เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นในพยาบาล จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงถึงผลลัพธ์ที่พึงปรารถนาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

สำหรับกระบวนการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยได้นำองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย พลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ มาใช้เป็นหลักในกระบวนการพัฒนาร่วมกับเทคนิคการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participative Learning) ซึ่งมีพื้นฐานมาจากการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) และกระบวนการกลุ่ม (Group Process) โดยที่การเรียนรู้เชิงประสบการณ์เป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้บนพื้นฐานของประสบการณ์เดิม และสำหรับการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มเน้นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่อาศัยการออกแบบกลุ่มและการออกแบบงาน ซึ่งเมื่อประกอบทั้งสองวิธีการเรียนรู้เข้าด้วยกันจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้สูงสุด (Maximum Learning) (กรมสุขภาพจิต. 2543 : 16) การช่วยให้ผู้เรียนนำประสบการณ์เดิมของตนมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้ ทักษะและเจตคติใหม่ ๆ และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองที่มีให้กับสมาชิกในกลุ่ม ได้มีโอกาสสะท้อนความคิดและถกเถียงกันอย่างลึกซึ้ง เกิดความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด ตลอดจนได้ทดลองหรือประยุกต์แนวคิด ถือได้ว่าเป็นการสนับสนุนแนวคิดของปรัชญาประสบการณ์นิยมและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่าการที่พยาบาลจะสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยได้นั้นจะต้องมีประสบการณ์ของการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้พยาบาลที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวได้รับรู้ถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง กรอบแนวคิดในการวิจัยดังแสดงในภาพประกอบ 6



ภาพประกอบ 6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3
วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยดำเนินการในลักษณะการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อแสวงหากระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้พยาบาลมีสมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยผู้วิจัยวางแผนดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดพลังอำนาจและการกำหนดโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษากระบวนการพัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินและปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

โดยสรุปกระบวนการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในครั้งนี้มีขั้นตอนดังแสดงในภาพประกอบ 7

รายละเอียดของการดำเนินการวิจัยในแต่ละขั้นตอนมีดังต่อไปนี้

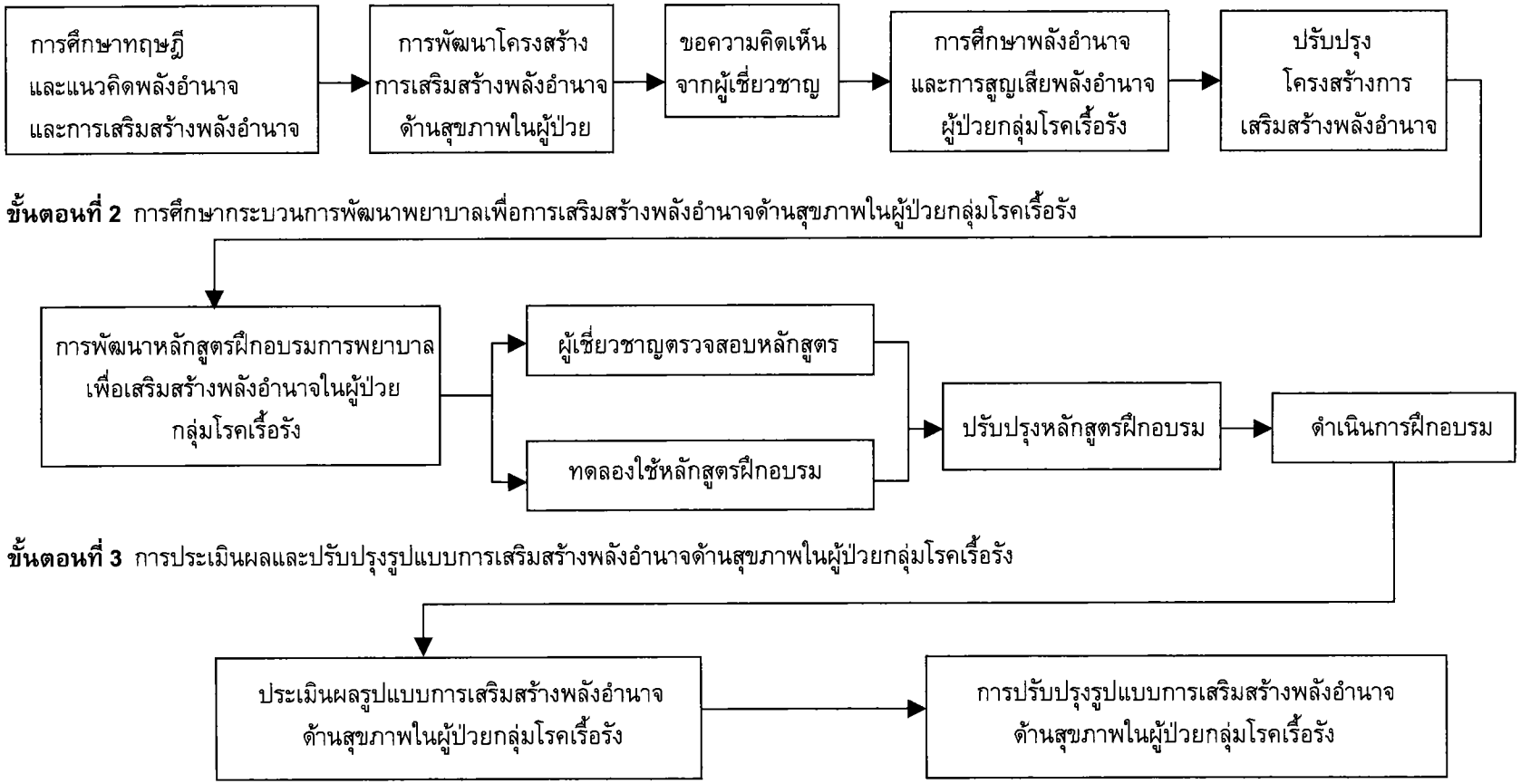
ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดพลังอำนาจและการกำหนดโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

การดำเนินงานในขั้นตอนนี้มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1 ศึกษาทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การศึกษาทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจใช้วิธีการศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ ประกอบด้วย แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบแหล่งพลังอำนาจของมิลเลอร์ (Miller. 1992) ที่ได้กล่าวถึงพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังว่าเกิดจากแหล่งของพลังอำนาจ (Power Resources) 7 แหล่ง ประกอบด้วย (1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength and reserve) (2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and Social support) (3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive Self-Concept) (4) พลังงาน (Energy) (5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and Insight) (6) แรงจูงใจ (Motivation) และ(7) ระบบความเชื่อ (Belief systerm) คำจำกัดความของการเสริมสร้างพลังอำนาจจากงานของแรพพาพอร์ท (Rappaport. 1985) ซิมเมอร์แมน (Zimmerman. 1995) คีฟเฟอร์ (Keiffer. 1984) แคทซ์ (Katz. 1984) คอนเจอร์และคานันโก (Conger and Kanungo. 1988) จอนห์และมีลีส (Jones and Meleis. 1993) มิลเลอร์ (Miller. 1992) ดันท์ ทรีเวทและดีลล์ (Dunst, Trivette and Deal. 1994) และกิปสัน (Gibson. 1995) และองค์ประกอบการเสริมสร้างพลังอำนาจจากงานวิจัยและการศึกษาของฟันเนลและคณะ (Funnell, et al. 1991) ฮอว์คส์ (Hawkes. 1992) กิบสัน (Gibson. 1991,1995) แมคอินทอส (Mackintosh. 1995) ร๊อดเวลล์ (Rodwell. 1996) และ ซุค บลิง (Suk Bling. 1998) เพื่อนำมากำหนดเป็นโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจรวมถึงบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดพลังอำนาจและการกำหนดโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง



ภาพประกอบ 7 แผนผังการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

2. พัฒนาโครงสร้างสำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ผลการศึกษาทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจนำไปสู่การกำหนดโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย (1) ความหมายและคำจำกัดความของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง (2) องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ และ (3) บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

3. นำเสนอโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เพื่อขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ

โครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้นำเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อขอความคิดเห็น โดยใช้วิธีการอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเชิงทฤษฎี ความเป็นรูปธรรมและความเป็นไปได้เบื้องต้นในทางปฏิบัติ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยในขั้นนี้มีดังนี้

3.1 กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญที่จะเข้าร่วมการอภิปรายกลุ่ม ประกอบด้วย

3.1.1 เป็นผู้เชี่ยวชาญในระดับวิชาการและผู้เชี่ยวชาญในระดับปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับ

- การพยาบาลทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการพยาบาลเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง และการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
- จิตวิทยาคลินิก
- สุขศึกษา
- การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ
- และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ

3.1.2 มีประสบการณ์ด้านวิชาการและปฏิบัติงานตามศาสตร์และสาขาที่กำหนดไม่น้อยกว่า 5 ปี

3.1.3 มีเวลาและให้ความร่วมมือในการอภิปรายกลุ่ม

3.2 ดำเนินการประชุมผู้เชี่ยวชาญโดยใช้วิธีการอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion) ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย และการเสริมสร้างพลังอำนาจ จากคณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะพยาบาลศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และจากกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 12 ท่าน รายชื่อผู้เชี่ยวชาญดังแสดงในภาคผนวก ง ดำเนินการประชุม ณ ห้องประชุมกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในวันที่ 28 พฤษภาคม 2544 ระหว่างเวลา 13.30 – 16.00 น. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญนำไปสู่การศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย

4. การศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย

4.1 วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อทำความเข้าใจต่อพลังอำนาจและภาวะสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย ตามการรับรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีจุดเน้นไปที่การรับรู้ของผู้ป่วยถึงพลังอำนาจของตนในการจัดการกับการเจ็บป่วย และการรับรู้ของผู้ป่วยถึงอำนาจในระบบบริการสุขภาพที่มีต่อผู้ป่วย เพื่อตอบคำถามที่ว่าพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจมีอยู่

จริงในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของไทยหรือไม่ และถ้าจะเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังนั้น พยาบาลจะเข้าไปดำเนินการกับอะไรและอย่างไร ช่วยให้พยาบาลเข้าใจถึงบริบทของผู้ป่วยเพื่อให้การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับการเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.2 วิธีการศึกษา

การศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทยเป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Exploratory study) ด้วยการใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่จะช่วยในการทำความเข้าใจในมิติที่หลากหลายของการจัดการกับการเจ็บป่วย พลังอำนาจ และการสูญเสียพลังอำนาจที่ได้จากการแสดงออกของผู้ป่วยจากประสบการณ์ การรับรู้และการแสดงออกของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทุกรายด้วยตนเอง และนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาตีความหมายและหาข้อสรุป

4.3 เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ประยุกต์ขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีจุดเน้นไปที่ (1) การจัดการกับการเจ็บป่วยและผลกระทบของการเจ็บป่วย และ (2) ผลกระทบของระบบการรักษาพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย ข้อคำถามแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม (รายละเอียดแบบสัมภาษณ์แสดงในภาคผนวก ก) กล่าวคือ

4.3.1 ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อผู้ป่วย

4.3.2 การจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

4.3.3 ผลกระทบของระบบบริการสุขภาพที่มีต่อผู้ป่วย

4.3.4 ทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบทบาทของพยาบาล และการเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลในผู้ป่วย

4.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทุกรายจะถูกบันทึกไว้ในเครื่องบันทึกแถบเสียง และนำมาถอดเทปคำสัมภาษณ์เพื่อค้นหาความหมาย กระบวนการในการวิเคราะห์คำสัมภาษณ์ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

4.4.1 คำสัมภาษณ์ของผู้ป่วยจะได้รับการอ่านทบทวนจนกระทั่งสามารถที่จะทำความเข้าใจได้ถึงความหมาย

4.4.2 คำสัมภาษณ์จะได้รับการตรวจสอบเพื่อค้นหาข้อความสำคัญ (Significant Statements) จากนั้นนำมาจัดกลุ่ม (Categories) เพื่อนำมาสรุปเป็นประเด็นข้อค้นพบ (Themes)

4.5 การให้ความหมายของพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจ

ในการตีความหมายของพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ทำการศึกษา ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากการศึกษาของมิลเลอร์ (Miller. 1992 : 68 – 71) ที่ได้อธิบายคุณลักษณะของการสูญเสียพลังอำนาจจากการวินิจฉัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับการสูญเสียพลังอำนาจโดยนักศึกษาพยาบาลระดับบัณฑิตศึกษาจำนวน 27 คน ที่ทำการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังจำนวน 81 ราย เป็นเกณฑ์ในการจัดกลุ่มของการสูญเสียพลังอำนาจและการมีพลังอำนาจ โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ดังต่อไปนี้

4.5.1 การรับรู้ถึงผลของการเจ็บป่วยที่มีต่อตนเอง

4.5.2 ผลของการเจ็บป่วยต่อบทบาทหน้าที่

4.5.3 การแสดงออกถึงการควบคุมต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการเจ็บป่วย

4.5.4 การแสดงออกถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตน

4.5.5 การแสดงออกถึงความรับผิดชอบที่จะดูแลสุขภาพตนเอง

4.5.6 การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

4.5.7 ความรู้สึกต่อการนับถือตนเอง

โดยการรับรู้ถึงการมีพลังอำนาจจะแสดงออกในทางบวก และในทางกลับกันการสูญเสียพลังอำนาจจะแสดงออกในทางลบต่อเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น

4.6 ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจเบื้องต้นเกี่ยวกับพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทยที่มีความจำกัดในเรื่องของบริบททางด้านวัฒนธรรมที่ทำการศึกษา การนำข้อค้นพบไปใช้ในบริบททางวัฒนธรรมที่ต่างไปจากการศึกษานี้จะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

4.7 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรสำหรับการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ว่าเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการตรวจรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์พระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี และโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 12 คน ประกอบด้วยเพศชาย 5 คน และเพศหญิง 7 คน ในช่วงระหว่างเดือนกรกฎาคม 2544

4.8 การสรุปข้อค้นพบ

ข้อความสำคัญ (Significant Statements) ที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่บอกเล่าถึงประสบการณ์ ความรู้สึก ความคิดเห็นที่คล้ายคลึงกันจะถูกนำมาจัดอยู่ภายใต้กลุ่มเดียวกัน (Categories) และแต่ละกลุ่มที่มีความสอดคล้องกันจะถูกนำมาจัดให้อยู่ภายใต้ประเด็น (Themes) เดียวกัน ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างที่หลากหลายเกี่ยวกับประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ป่วยในเรื่องนั้น ๆ ข้อความสำคัญที่ถูกนำมาอ้างอิงถึงมีทั้งที่นำมาบางส่วนและนำเสนอทั้งประโยค เช่นเดียวกับในบางประโยคอาจถูกนำไปจัดกลุ่มที่มากกว่าหนึ่งประเด็น

5. การปรับปรุงโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจากการอภิปรายกลุ่มร่วมกับผลการศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย ได้ถูกนำมาใช้ในการปรับปรุงโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษากระบวนการพัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ขั้นตอนกระบวนการพัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง มีรายละเอียดของการดำเนินงาน ดังนี้

1. การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

การดำเนินงานประกอบด้วยการกำหนดหลักสูตรฝึกอบรม การตรวจสอบเอกสารหลักสูตรฝึกอบรมโดยผู้เชี่ยวชาญ และการทดลองใช้หลักสูตรฝึกอบรม การดำเนินงานมีรายละเอียดดังนี้

1.1 การกำหนดหลักสูตรฝึกอบรม ดำเนินการดังนี้

1.1.1 สภาพปัญหาและความจำเป็นในการฝึกอบรม เป็นการพิจารณาข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสภาพปัญหาสุขภาพของประชาชนไทย ความสำคัญของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วย ความสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจและการพัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

1.1.2 เป้าหมายของหลักสูตร กำหนดให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความจำเป็นในการฝึกอบรม ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้กำหนดเป้าหมายของหลักสูตรฝึกอบรม คือ ให้พยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรมีสมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

1.1.3 กำหนดจุดมุ่งหมายของหลักสูตร นำสาระสำคัญของโครงสร้างและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมากำหนดเป็นพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นในพยาบาลที่จะปฏิบัติงานเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากนั้นนำมากำหนดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมของหลักสูตรเพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้แสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจและทักษะในแต่ละหัวข้อวิชา เมื่อผู้เข้ารับการอบรมผ่านวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมในทุกหัวข้อวิชา แสดงว่าหลักสูตรฝึกอบรมบรรลุตามจุดมุ่งหมายของหลักสูตรที่ได้กำหนดไว้

1.1.4 โครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรม มุ่งเน้นการพิจารณาให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของหลักสูตรฝึกอบรม ประกอบด้วย 3 หน่วยการเรียน ซึ่งแต่ละหน่วยการเรียนประกอบด้วยรายละเอียดของแผนการฝึกอบรม ดังนี้

1.1.4.1 จุดประสงค์ของหน่วยการเรียน กำหนดให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของหลักสูตร ที่อธิบายถึงผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในผู้เข้ารับการอบรมภายหลังจากผ่านการเรียนในหน่วยการเรียนนั้น

1.1.4.2 จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม กำหนดให้สอดคล้องกับจุดประสงค์ของหน่วยการเรียน ที่ระบุลักษณะของการกระทำของผู้เข้ารับการอบรมที่เกิดขึ้นภายหลังจากการเรียนรู้ในแต่ละหน่วยการเรียนที่สามารถวัดและสังเกตได้

1.1.4.3 เนื้อหาสาระและมวลประสบการณ์ สาระที่ได้จากการพัฒนาโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง มากำหนดเนื้อหาสาระและมวลประสบการณ์ โดยยึดตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม แล้วดำเนินการจัดลำดับความสำคัญของเนื้อหา

1.1.4.4 วิธีการฝึกอบรมและสื่อการฝึกอบรม วิธีการฝึกอบรมและสื่อการฝึกอบรมพิจารณาจากพื้นฐานของผู้เข้ารับการอบรมและเทคนิควิธีที่ใช้ในการจัดการเรียนรู้ ซึ่งสำหรับหลักสูตรฝึกอบรมนี้ใช้เทคนิคการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participative Learning) โดยผู้เข้ารับการอบรมจะมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เน้นไปที่การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์และการใช้กระบวนการกลุ่ม ด้วยการใช้การอภิปรายกลุ่ม กรณีตัวอย่างและการระดมสมองเพื่อการเรียนรู้ร่วมกับสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม พัฒนาความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และความเชื่อมั่นในตัวผู้เข้ารับการอบรมในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลัง

อำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สำหรับสื่อที่ใช้ในการฝึกอบรมมีทั้งสื่อประเภทกิจกรรม การอภิปราย และสื่อประกอบการบรรยาย

1.1.5 การประเมินผลสัมฤทธิ์ของหลักสูตรฝึกอบรม การประเมินผลสัมฤทธิ์ของหลักสูตรฝึกอบรมมุ่งเน้นไปที่การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในตัวผู้เข้ารับการอบรม ด้วยการกำหนดวิธีการประเมินผู้เข้ารับการอบรมให้สอดคล้องและเหมาะสมกับจุดมุ่งหมายของหลักสูตร เนื้อหาสาระและมวลประสบการณ์ วิธีการฝึกอบรมและสื่อการฝึกอบรม รวมทั้งคำนึงถึงบรรยากาศการฝึกอบรมและพื้นฐานของผู้เข้ารับการอบรม กระบวนการวัดและประเมินผลการฝึกอบรมตามหลักสูตร ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านความรู้ ด้านการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรม ด้านเจตคติ และด้านทักษะ โดยแบ่งการประเมินออกเป็น

1.1.5.1 การประเมินด้านความรู้ เป็นการประเมินผลงานการประชุมกลุ่ม การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจและการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม

1.1.5.2 การประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรม ใช้การสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมต่อกิจกรรมการประชุมกลุ่ม

1.1.5.3 การประเมินด้านทักษะ เป็นการประเมินผลการปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

1.1.5.4 การประเมินด้านเจตคติ เป็นการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

1.1.6 การประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม ใช้การประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อกระบวนการฝึกปฏิบัติและหลักสูตรฝึกอบรม

1.1.7 การสร้างเครื่องมือประกอบการฝึกอบรมและเครื่องมือการประเมินผลผู้เข้ารับการอบรม

1.1.7.1 เครื่องมือประกอบการฝึกอบรม ประกอบด้วย คู่มือและแบบบันทึกที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติ ได้แก่ คู่มือการปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบบันทึกทางการพยาบาล และแบบรายงานการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

รายละเอียดของการสร้างเครื่องมือประกอบการฝึกอบรมมีดังนี้

(1) คู่มือการปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการฝึกปฏิบัติของผู้เข้ารับการอบรม โดยแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับ การเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติ ขั้นตอนการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล บันทึกและแบบประเมินที่ใช้ในการปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

(2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ วิธีเสียค่ารักษาพยาบาล การวินิจฉัยโรคที่ได้รับ ระยะเวลาที่เป็นโรค การรักษาที่ได้รับ ภาวะแทรกซ้อน ภาวะการควบคุมโรค ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยและบุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วย

(3) แบบบันทึกทางการพยาบาล เป็นแบบบันทึกผลของการวางแผนการพยาบาลที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลกับผู้ป่วยในการแก้ปัญหาทางด้านสุขภาพที่ได้จากข้อค้นพบใน

การประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ข้อมูลการบันทึกประกอบด้วย ข้อวินิจฉัย กลวิธีการจัดการกับปัญหา เกณฑ์การประเมินผล และผลการดำเนินงาน

(4) แบบรายงานการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นแบบบันทึกสำหรับผู้เข้ารับการอบรมบันทึกผลการฝึกปฏิบัติเพื่อตรวจสอบการปฏิบัติงานของตนในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังว่าในแต่ละขั้นตอนได้มีการปฏิบัติไปแล้วหรือไม่ ผลการปฏิบัติเป็นอย่างไร รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในระหว่างปฏิบัติงานตามขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ข้อมูลในการบันทึกประกอบด้วย รายละเอียดกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่แสดงถึงตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอน ช่องการประเมินผลการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนว่าปฏิบัติหรือยังไม่ปฏิบัติ ช่องการบันทึกผลการปฏิบัติกิจกรรม/แหล่งข้อมูลอ้างอิงผลการปฏิบัติกิจกรรม

1.1.7.2 เครื่องมือการประเมินผลผู้เข้ารับการอบรม รายละเอียดการสร้างเครื่องมือประเมินผู้เข้ารับการอบรมมีดังนี้

(1) แบบประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจและการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นแบบประเมินที่มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด ด้วยการให้ผู้เข้ารับการอบรมประเมินตนเองในด้านความรู้ความเข้าใจและการนำความรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในประเด็นต่าง ๆ ตามหัวข้อที่จัดการเรียนการสอนในหลักสูตร

(2) แบบสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมต่อกิจกรรมการประชุมกลุ่ม เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมที่มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด สำหรับผู้ประเมินจากภายนอกทำการประเมินผู้เข้ารับการอบรมในการประชุมกลุ่มในแต่ละครั้ง ประกอบด้วยการประเมินพฤติกรรมการเข้าร่วมในกิจกรรมการประชุมกลุ่ม ความกระตือรือร้นของผู้เข้ารับการอบรมในระหว่างกิจกรรมการประชุมกลุ่ม การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในระหว่างกิจกรรมการประชุมกลุ่ม และการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในระหว่างการอภิปรายผลการประชุมกลุ่ม

(3) แบบประเมินผลงานการประชุมกลุ่ม มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) “ใช่” “ไม่ใช่” สำหรับผู้ประเมินจากภายนอก โดยทำการประเมินใน 2 ประเด็น คือ การนำเสนอผลงานการประชุมกลุ่มตรงตามประเด็นที่กำหนดในใบงาน และการให้เหตุผลหรืออธิบายในประเด็นที่อภิปรายได้ชัดเจน

(4) แบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้เข้ารับการอบรมบรรยายความคิดอย่างอิสระกับข้อคำถาม “ท่านคิดว่าการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยการใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเด็นของการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร” “ท่านจะนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลหรือไม่เพราะเหตุใด”

(5) แบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้เข้ารับการอบรมบรรยายความคิดอย่างอิสระกับข้อคำถาม “อะไรคือสิ่งที่ท่านรู้สึกประทับใจสำหรับการฝึกอบรมครั้งนี้” “อะไรคือสิ่งที่ท่านรู้สึกไม่ประทับใจสำหรับการฝึกอบรมครั้งนี้” และ “ขอให้ท่านสรุปสิ่งที่ท่านได้รับจากการฝึกอบรมในครั้งนี้”

(6) แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกปฏิบัติ เป็นแบบประเมินที่มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด โดยทำการประเมินใน 4 ด้าน ได้แก่ (1) ผลของการฝึกปฏิบัติที่มีต่อการความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ (2) ผลของการฝึกปฏิบัติที่มีต่อเจตคติ ได้แก่ การเห็นความสำคัญของพลังอำนาจในการจัดการกับความเจ็บป่วย และการเห็นความสำคัญของบทบาทของพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย (3) ผลของการฝึกปฏิบัติที่มีต่อความมั่นใจที่จะปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย และ (4) ความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของกระบวนการฝึกปฏิบัติ

(7) แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อหลักสูตรฝึกอบรม เป็นแบบประเมินที่มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด สำหรับการประเมินความเหมาะสมของการจัดการเรียนการสอน เอกสาร สื่อประกอบการเรียนการสอนและระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกอบรม

1.2 การตรวจสอบเอกสารหลักสูตร ดำเนินการตรวจสอบเอกสารหลักสูตรเพื่อศึกษาข้อบกพร่องที่ควรปรับปรุงแก้ไขในด้านความเหมาะสม และความสอดคล้องภายในองค์ประกอบต่าง ๆ ของหลักสูตรโดยอาศัยผู้เชี่ยวชาญ มีรายละเอียดดังนี้

1.2.1 สิ่งที่ต้องตรวจสอบ

1.2.1.1 ด้านความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรมกับองค์ประกอบภายในของหลักสูตร ได้แก่ สภาพปัญหาและความจำเป็นของหลักสูตร เป้าหมายของหลักสูตร จุดมุ่งหมายของหลักสูตรและองค์ประกอบภายในของแต่ละหน่วยการเรียนว่ามีความเหมาะสมเพียงพอที่จะทำให้ผู้ผ่านการฝึกอบรมมีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

1.2.1.2 ความสอดคล้องของหลักสูตร ประกอบด้วย

1.2.1.2.1 จุดมุ่งหมายของหลักสูตรมีความสอดคล้องกับเป้าหมายของหลักสูตรหรือไม่ กล่าวคือ ถ้าดำเนินการได้บรรลุจุดมุ่งหมายของหลักสูตรแล้วจะทำให้พยาบาลที่ผ่านการอบรมมีสมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังได้มากน้อยเพียงใด

1.2.1.2.2 จุดประสงค์เชิงพฤติกรรมของแต่ละหน่วยการเรียนมีความสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของหลักสูตรฝึกอบรมหรือไม่

1.2.1.2.3 ความสอดคล้องภายในของแต่ละหน่วยการเรียน ได้แก่ ความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับขอบเขตเนื้อหาวิชา ความสอดคล้องระหว่างขอบเขตเนื้อหาวิชากับกิจกรรมการเรียนการสอน ความสอดคล้องระหว่างกิจกรรมการเรียนการสอนกับสื่อการเรียนการสอน ความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับการวัดและประเมินผล

1.2.2 วิธีดำเนินการตรวจสอบ

ใช้แบบประเมินหลักสูตรในการดำเนินการตรวจสอบหลักสูตร โดยนำแบบประเมินหลักสูตรที่สร้างขึ้นพร้อมหลักสูตรฝึกอบรมไปให้ผู้เชี่ยวชาญทำการประเมิน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางด้านหลักสูตรและการสอน ด้านการพยาบาล ด้านการวัดและประเมินผล จำนวน 8 คน ทำการประเมินทั้งความเหมาะสมและความสอดคล้องขององค์ประกอบของหลักสูตร

1.2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบ ประกอบด้วย

1.2.3.1 หลักสูตรฝึกอบรม

1.2.3.2 แบบประเมินหลักสูตรฝึกอบรม ประกอบด้วย

(1) ความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ คือ มีความเหมาะสมมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด ส่วนประกอบที่ประเมิน ได้แก่ สภาพปัญหาและความจำเป็นของหลักสูตร เป้าหมายของหลักสูตร จุดมุ่งหมายของหลักสูตร โครงสร้างของหลักสูตร จุดประสงค์ของหน่วยการเรียน จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม เนื้อหาการฝึกอบรม กิจกรรมและวิธีดำเนินกิจกรรม สื่อการเรียนการสอน การวัดและประเมินผล โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตัดสินว่าองค์ประกอบแต่ละด้านมีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด

(2) แบบประเมินความสอดคล้องของหลักสูตรฝึกอบรม เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 3 อันดับ คือ สอดคล้อง ไม่แน่ใจ และไม่สอดคล้อง ส่วนประกอบที่ประเมิน ได้แก่ สภาพปัญหาและความจำเป็นของหลักสูตร เป้าหมายของหลักสูตร จุดมุ่งหมายของหลักสูตร จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม ขอบเขตเนื้อหาวิชา กิจกรรมการเรียนการสอน สื่อการเรียนการสอน และการวัดและประเมินผล โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตัดสินว่าองค์ประกอบแต่ละด้านสอดคล้องกันหรือไม่

1.2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล นำหลักสูตรและแบบประเมินหลักสูตรไปให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านพิจารณาโดยอิสระ และขอคำแนะนำเพิ่มเติมหลังจากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบหลักสูตร

1.2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบของผู้ทรงคุณวุฒิใน 2 ลักษณะ คือ

1.2.5.1 ความเหมาะสมขององค์ประกอบต่าง ๆ ของหลักสูตรฝึกอบรม ใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยนำคำตอบของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนมาให้ค่าน้ำหนักเป็นคะแนน ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง เหมาะสมมากที่สุด
คะแนน 4 หมายถึง เหมาะสมมาก
คะแนน 3 หมายถึง เหมาะสมปานกลาง
คะแนน 2 หมายถึง เหมาะสมน้อย
คะแนน 1 หมายถึง เหมาะสมน้อยที่สุด

การแปลความหมายค่าเฉลี่ยน้ำหนักคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง เหมาะสมมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง เหมาะสมมาก
ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง เหมาะสมปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง เหมาะสมน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง เหมาะสมน้อยที่สุด

การกำหนดค่าเฉลี่ยของความเหมาะสม คือ ถ้าคำนวณค่าเฉลี่ยได้ตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป ถือว่าหลักสูตรมีคุณภาพเหมาะสมในเบื้องต้นแสดงว่าใช้ได้ ข้อใดที่คะแนนต่ำกว่านี้ จะพิจารณาถึงเหตุผลเป็นรายข้อ โดยการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการกับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนำมาปรับปรุงหลักสูตรต่อไป

1.2.5.2 ความสอดคล้องขององค์ประกอบต่าง ๆ ของกระบวนการฝึกอบรม ใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Items of Congruence = IOC)

ผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนจะนำมาแปลงเป็นคะแนนดังนี้

มีความเห็นว่าสอดคล้อง กำหนดคะแนนเป็น + 1
มีความเห็นว่าไม่แน่ใจ กำหนดคะแนนเป็น 0
มีความเห็นว่าไม่สอดคล้อง กำหนดคะแนนเป็น - 1

พิจารณาค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ถือว่าใช้ได้โดยไม่ต้องปรับปรุง ข้อใดมีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการกับผู้เชี่ยวชาญ เพื่อนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงกระบวนการฝึกอบรมต่อไป

1.3 การทดลองใช้หลักสูตรฝึกอบรม

การดำเนินการทดลองหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เป็นขั้นตอนหนึ่งของการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม ด้วยการทดลองใช้หลักสูตรฝึกอบรม (Try out) ในสถานการณ์จริง เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของหลักสูตรและความเหมาะสมของหลักสูตรกับผู้เข้ารับการอบรมที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของหลักสูตร การทดลองฝึกอบรมดำเนินการทดลอง 2 หน่วยการเรียนจากทั้งหมด 3 หน่วยการเรียน ได้แก่

หน่วยที่ 1 การเจ็บป่วยเรื้อรังกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

หน่วยที่ 2 สมรรถนะพยาบาลสำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การทดลองใช้หลักสูตรฝึกอบรม มีรายละเอียดดังนี้

1.3.1 วัตถุประสงค์ของการทดลองใช้หลักสูตรฝึกอบรม เพื่อ

1.3.1.1 ประเมินการใช้หลักสูตรฝึกอบรมว่ามีความเหมาะสมกับผู้เข้ารับการอบรมหรือไม่ ด้วยการประเมินความเหมาะสมของเนื้อหาวิชา กระบวนการฝึกอบรม และการประเมินผลการฝึกอบรม

1.3.1.2 ประเมินผลสัมฤทธิ์ของผู้ผ่านการอบรมตามหลักสูตรด้านความรู้ ความเข้าใจ และเจตคติที่มีต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1.3.1.3 ศึกษาปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ในการใช้หลักสูตรฝึกอบรม ประกอบด้วย ปัญหาเกี่ยวกับกระบวนการจัดการเรียนการสอน ปัญหาในการดำเนินการ ปัญหาด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง และปัจจัยที่ส่งเสริมการใช้หลักสูตร

1.3.2 การดำเนินการทดลองฝึกอบรม

1.3.2.1 สถานที่ดำเนินการทดลองฝึกอบรม

การฝึกอบรมตามหลักสูตรการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้ดำเนินการ ณ โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี

1.3.2.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอื่น ๆ ที่สนใจการอบรมของโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวน 39 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ในหลักสูตรฝึกอบรม

1.3.2.3 ตารางการฝึกอบรม

การฝึกอบรมดำเนินการเป็นระยะเวลา 3 วัน คือ ระหว่างวันที่ 7 - 9 พฤศจิกายน 2544 กำหนดเวลาที่ใช้ในการจัดการเรียนการสอนทั้งสิ้น 17 ชั่วโมง รายละเอียดของการดำเนินการฝึกอบรมในแต่ละวัน ดังแสดงในภาคผนวก ข ข้อมูลผลการทดลองหลักสูตรฝึกอบรม

1.3.2.4 วิทยากร

วิทยากรสำหรับทดลองหลักสูตรฝึกอบรม ผู้วิจัยได้ทำหน้าที่เป็นวิทยากรดำเนินการตลอดระยะเวลาการทดลองฝึกอบรม 3 วัน

1.3.3 วิธีดำเนินการทดลองฝึกอบรมมีวิธีการดำเนินงานเป็นขั้นตอนดังนี้

1.3.3.1 วิธีดำเนินการทดลองฝึกอบรมใช้วิธีการศึกษาแบบกลุ่มเดียวกรณีศึกษา (One Shot Case Study) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างมากลุ่มเดียว ให้การทดลองเสร็จแล้ววัดผลที่เกิดขึ้น

1.3.3.2 ก่อนเริ่มต้นกระบวนการฝึกอบรม วิทยากรจะนำเสนอวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม รูปแบบของการฝึกอบรม รวมถึงขั้นตอนกระบวนการฝึกอบรมในภาพรวม

1.3.3.3 การดำเนินการฝึกอบรม หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่ได้พัฒนาขึ้นดำเนินการทดลอง 2 หน่วยการเรียน โดยยกเว้นการทดลองในหน่วยการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1.3.3.4 ขณะดำเนินการฝึกอบรมจะใช้การสังเกตการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม การอภิปราย การแสดงความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรม และผลงานการทำกิจกรรมกลุ่มของผู้เข้ารับอบรมที่แสดงถึงพัฒนาการทางด้านความรู้ ความเข้าใจต่อสิ่งที่ได้เรียนรู้

1.3.3.5 การประเมินภายหลังการฝึกอบรมจะใช้การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมที่มีต่อความรู้ ความเข้าใจ และการนำความรู้ไปใช้ในปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง การประเมินผู้เข้ารับการอบรมต่อการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม และการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อหลักสูตรฝึกอบรม

1.3.3.6 การวิเคราะห์ผล นำข้อมูลเชิงปริมาณมาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ และข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์หาความหมาย ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพจะถูกนำมาใช้ร่วมกันเพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ด้านความรู้และเจตคติของผู้เข้ารับการอบรมภายหลังผ่านการฝึกอบรม

1.3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองหลักสูตร

1.3.4.1 คู่มือวิทยากร ประกอบด้วย สภาพปัญหาและความจำเป็นในการฝึกอบรม เป้าหมาย จุดมุ่งหมายในการฝึกอบรม เนื้อหาสาระ และกิจกรรม โดยจัดเป็นเล่มตามหัวข้อวิชาการฝึกอบรม

1.3.4.2 คู่มือผู้เข้ารับการอบรม มีลักษณะเป็นโครงสร้างที่สร้างขึ้นครอบคลุมเนื้อหาในหลักสูตร โดยจัดทำเป็นเล่มตามหัวข้อวิชาการฝึกอบรม

1.3.4.3 อุปกรณ์การฝึกอบรม สื่อ กิจกรรมต่าง ๆ

1.3.4.4 แบบประเมินผลสัมฤทธิ์ของผู้เข้ารับการอบรม ประกอบด้วย

(1) แบบประเมินระหว่างการฝึกอบรม ได้แก่ แบบสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมต่อกิจกรรมการประชุมกลุ่ม และแบบประเมินผลงานการประชุมกลุ่ม

(2) แบบประเมินเมื่อสิ้นสุดการอบรม ได้แก่ แบบประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจ และการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และแบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมต่อการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม

1.3.4.5 แบบประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม ใช้แบบประเมินความคิดเห็นผู้เข้ารับการอบรมต่อหลักสูตรฝึกอบรม ทำการประเมินภายหลังสิ้นสุดการอบรม เพื่อประเมินความ

เหมาะสมของหลักสูตร กระบวนการจัดการเรียนการสอน เอกสารและสื่อประกอบการฝึกอบรม และระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกอบรม รวมถึงการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการใช้หลักสูตรฝึกอบรม

1.3.5 การประเมินผลการทดลองใช้หลักสูตรฝึกอบรม

กระบวนการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรฝึกอบรม ประกอบด้วยการบรรยาย การใช้กระบวนการกลุ่ม การศึกษากรณีตัวอย่าง การอภิปรายกลุ่มและการระดมสมอง รวมถึงการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ข้อคิดเห็นต่าง ๆ ระหว่างผู้เข้ารับการอบรมด้วยกัน

การประเมินผลการทดลองใช้หลักสูตรฝึกอบรม ผู้วิจัยทำการประเมินดังนี้

1.3.5.1 การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมการเรียนการสอน

1.3.5.1.1 การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมการบรรยาย ด้วยการประเมินข้อมูลจากความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อหลักสูตรฝึกอบรมในประเด็นของเนื้อหาวิชาการฝึกอบรม และการนำเสนอของวิทยากรในแต่ละหัวข้อวิชา

1.3.5.1.2 การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมกลุ่ม ประกอบด้วยการประเมิน

(1) การมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรม โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมระหว่างกระบวนการกลุ่มของแต่ละกิจกรรม ทำการประเมินโดยผู้ประเมินจากภายนอก

(2) ผลงานการประชุมกลุ่มและการอภิปรายใช้แบบประเมินผลงานการประชุมกลุ่ม ทำการประเมินโดยผู้ประเมินจากภายนอก

1.3.5.2 การประเมินผลสัมฤทธิ์ของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้และเจตคติ

1.3.5.2.1 การประเมินด้านความรู้ ประกอบด้วยการประเมิน

(1) การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ความเข้าใจ และการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

(2) การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม

1.3.5.2.2 การประเมินด้านเจตคติ ประกอบด้วยการประเมิน

(1) การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

(2) การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม

1.3.5.3 การประเมินความเหมาะสมของกระบวนการฝึกอบรม ด้วยการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อหลักสูตรฝึกอบรม ภายหลังสิ้นสุดการฝึกอบรม

1.3.6 การประเมินความเหมาะสมของเครื่องมือวัดและประเมินผลการฝึกอบรม เป็นการประเมินผลของการใช้เครื่องมือประเมินผลผู้เข้ารับการอบรมว่าสามารถวัดความรู้ ความเข้าใจและเจตคติของผู้เข้ารับการอบรมตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรหรือไม่

1.3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

1.3.7.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลที่ได้จากแบบสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมในการประชุมกลุ่ม แบบประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจและการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล และแบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับ

การอบรมต่อหลักสูตรฝึกอบรม นำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยการแปลความหมายค่าเฉลี่ยน้ำหนักคะแนนแบ่งออกเป็น 5 ระดับ

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง เหมาะสมมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง เหมาะสมมาก
ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง เหมาะสมปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง เหมาะสมน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง เหมาะสมน้อยที่สุด

1.3.7.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และแบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมต่อการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม นำมาตรวจสอบเพื่อค้นหาข้อความสำคัญ (Significant Statements) จากนั้นนำมาจัดกลุ่ม (Categories) เพื่อนำมาสรุปเป็นประเด็นข้อค้นพบ (Themes) การตีความหมายของข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการเขียนบรรยายของผู้เข้ารับการอบรมจะอยู่บนพื้นฐานโครงสร้างของเนื้อหาสาระของหลักสูตรฝึกอบรม

1.3.8 เกณฑ์การประเมินผลการทดลองหลักสูตรฝึกอบรม ใช้เกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้

1.3.8.1 ผู้เข้ารับการอบรมประเมินตนเองด้านความรู้ ความเข้าใจต่อการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมและการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานในระดับมากถึงมากที่สุด

1.3.8.2 ผู้เข้ารับการอบรมประเมินตนเองด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมที่สะท้อนความรู้ ความเข้าใจต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1.3.8.3 ผู้เข้ารับการอบรมประเมินตนเองด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่สะท้อนเจตคติทางบวกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เจตคติที่มีต่อการปฏิบัติการพยาบาล และเจตคติที่มีต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1.3.8.4 ผู้เข้ารับการอบรมประเมินองค์ประกอบของหลักสูตรฝึกอบรม ว่ามีความเหมาะสมในระดับมากถึงมากที่สุด

1.4 การปรับปรุงหลักสูตรฝึกอบรม นำข้อมูลที่ได้จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญและการทดลองใช้หลักสูตรฝึกอบรมมาพิจารณาร่วมกันเพื่อปรับปรุงหลักสูตรฝึกอบรมก่อนนำไปใช้ในการฝึกอบรมจริง

2. การดำเนินการฝึกอบรมพยาบาล

หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้นำมาใช้ในการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลลพบุรี รายละเอียดของการฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง มีดังนี้

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่เข้ารับการฝึกอบรมตามหลักสูตรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลลพบุรี กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกอย่างอิสระจากกลุ่มงานการพยาบาลของโรงพยาบาลลพบุรีเพื่อเข้ารับการฝึกอบรมจำนวน 26 คน ในจำนวนผู้เข้ารับการอบรม 26 คน มี 1 คนที่ออกจากการฝึกอบรมในช่วงฝึกปฏิบัติเนื่องจากลาคลอด ทำให้เหลือผู้เข้ารับการอบรมในช่วงฝึกปฏิบัติ 25 คน

2.2 วิธีดำเนินการฝึกอบรม

การดำเนินการฝึกอบรมดำเนินการระหว่างวันที่ 9 – 28 มกราคม 2545 วิธีดำเนินการฝึกอบรมแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การประชุมเชิงปฏิบัติการ ใช้เวลา 3 วัน ในระหว่างวันที่ 9 – 11 มกราคม 2545 และการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง ใช้เวลา 2 สัปดาห์ ในระหว่างวันที่ 14 – 25 มกราคม 2545

ก่อนเริ่มต้นกระบวนการฝึกอบรม วิทยากรจะนำเสนอวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม รูปแบบของการฝึกอบรม และขั้นตอนกระบวนการฝึกอบรมในภาพรวมให้กับผู้เข้ารับการอบรมทราบ

กระบวนการฝึกอบรมมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

2.2.1 การประชุมเชิงปฏิบัติการ

2.2.1.1 ก่อนเริ่มการประชุมเชิงปฏิบัติการ วิทยากรทำการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้วยการให้ผู้เข้ารับการอบรมประเมินตนเองด้านความรู้ ความเข้าใจต่อประเด็นความรู้ในหลักสูตร และประเมินผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.2.1.2 ดำเนินการตามแผนการฝึกอบรมในส่วนของการประชุมเชิงปฏิบัติการ

2.2.1.3 การฝึกอบรมในแต่ละหน่วยการเรียน ใช้กิจกรรมการบรรยายโดยวิทยากร และกิจกรรมกลุ่มที่ให้ผู้เข้ารับการอบรมได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ร่วมกับสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม โดยใช้กระบวนการกลุ่ม กรณีตัวอย่าง การระดมสมอง และการอภิปรายกลุ่ม รวมถึงการแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์และข้อคิดเห็นต่าง ๆ ระหว่างผู้เข้ารับการอบรมด้วยกัน ขั้นตอนในการทำกิจกรรมมีดังนี้

2.2.1.3.1 ขั้นนำเป็นขั้นนำเข้าสู่กิจกรรมที่ผู้เข้ารับการอบรมจะต้องทำร่วมกัน

2.2.1.3.2 ขั้นกิจกรรม เป็นขั้นที่ผู้เข้ารับการอบรมต้องลงมือกระทำสิ่งต่าง ๆ ตามที่ได้กำหนดไว้ในใบงาน

2.2.1.3.3 ขั้นอภิปราย เป็นขั้นที่ผู้เข้ารับการอบรมนำข้อค้นพบระหว่างการทำกิจกรรมมาปรึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในระหว่างชั้นเรียน

2.2.1.3.4 ขั้นสรุป เป็นการสรุปความคิดเห็นต่าง ๆ ที่ได้จากการทำกิจกรรมและการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้เข้ารับการอบรมและกับวิทยากร สำหรับนำไปใช้ในขั้นตอนการเรียนรู้ต่อไปหรือสำหรับนำไปใช้ประโยชน์ต่อวิชาชีพ

2.2.1.4 ในระหว่างกิจกรรมการประชุมกลุ่มย่อยแต่ละครั้ง จะทำการประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมในกิจกรรมการประชุมกลุ่มและผลงานการประชุมกลุ่มด้วยผู้ประเมินจากภายนอก

2.2.1.5 เมื่อสิ้นสุดการประชุมเชิงปฏิบัติการ ทำการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้วยการให้ผู้เข้ารับการอบรมประเมินตนเองด้านความรู้ ความเข้าใจและการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.2.2 การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง

2.2.2.1 ก่อนฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง วิทยากรดำเนินการปฐมนิเทศผู้เข้ารับการอบรมทุกคนเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง พร้อมแจกคู่มือการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง แบบบันทึกและแบบประเมินที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติสำหรับผู้เข้ารับการอบรม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการฝึกปฏิบัติและเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ศึกษา

2.2.2.2 ดำเนินการตามแผนการฝึกอบรม

2.2.2.3 กระบวนการปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง กิจกรรมที่ใช้ คือ การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงและการประชุมกลุ่มย่อยที่เน้นกระบวนการกลุ่มและการระดมสมอง เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้เข้ารับการอบรมคนอื่น

2.2.2.4 ระหว่างการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้เข้ารับการอบรม วิทยากรมีบทบาทในการติดตามนิเทศผู้เข้ารับการอบรมด้วยการพบผู้เข้ารับการอบรมในระหว่างการฝึกปฏิบัติเพื่อให้ข้อมูล และร่วมกับผู้เข้ารับการอบรมในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการฝึกปฏิบัติ

2.2.2.5 ผู้เข้ารับการอบรมจัดทำรายงานผู้ป่วยที่ศึกษาและอภิปรายผลการศึกษาเมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ

2.2.2.6 ภายหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ วิทยากรทำการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกปฏิบัติ

2.2.3 วิทยากรทำการประเมินผู้เข้ารับการอบรมภายหลังสิ้นสุดกระบวนการฝึกอบรมทั้งในส่วนของการประชุมเชิงปฏิบัติการและการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง ประกอบด้วย

2.2.3.1 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม

2.2.3.2 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

2.2.3.3 การประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อหลักสูตรฝึกอบรม

2.3 การวัดและประเมินผลการฝึกอบรม

กระบวนการวัดและประเมินผลการฝึกอบรมตามหลักสูตรนี้ ประกอบด้วยการประเมินผลสัมฤทธิ์ของผู้เข้ารับการอบรม และประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม

2.3.1 การประเมินผลสัมฤทธิ์ของผู้เข้ารับการอบรม เป็นการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในตัวผู้เข้ารับการอบรม โดยทำการประเมินใน 3 ด้านคือ ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านเจตคติ

2.3.1.1 การประเมินด้านความรู้ ประกอบด้วย

2.3.1.1.1 การประเมินผลงานการประชุมกลุ่มของผู้เข้ารับการอบรม

2.3.1.1.2 การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจต่อสาระสำคัญของพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ เปรียบเทียบก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยการใช้แบบประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจและการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

2.3.1.1.3 การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ภายหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ ด้วยการใช้แบบประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจและการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

2.3.1.1.4 การประเมินการอธิบายความหมายและความสำคัญของพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตามความรู้ ความเข้าใจของผู้เข้ารับการอบรม ก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ ด้วยการใช้แบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.3.1.1.5 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจภายหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ ด้วยการใช้แบบประเมินความคิดเห็นผู้เข้าต่อการฝึกปฏิบัติ

2.3.1.1.6 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม ด้วยการใช้แบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม

2.3.1.2 การประเมินด้านทักษะ ประกอบด้วย

2.3.1.2.1 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลภายหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติจากรายงานและการนำเสนอผลการปฏิบัติงานของผู้เข้ารับการอบรมเมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ

2.3.1.2.2 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่เป็นผลจากการฝึกปฏิบัติ ด้วยการใช้แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกปฏิบัติ

2.3.1.2.3 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านทักษะที่ได้รับจากฝึกอบรม ด้วยการใช้แบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม

2.3.1.3 การประเมินด้านเจตคติ ประกอบด้วย

2.3.1.3.1 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านเจตคติที่ได้รับจากการฝึกปฏิบัติ ประกอบด้วย การเห็นความสำคัญของพลังอำนาจในการจัดการกับความเจ็บป่วย การเห็นความสำคัญถึงบทบาทของพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถจัดการกับความเจ็บป่วย ด้วยการใช้แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกปฏิบัติ

2.3.1.3.2 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังภายหลังสิ้นสุดการฝึกอบรม ด้วยแบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

2.3.1.3.3 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านเจตคติที่ได้รับจากการฝึกอบรม ด้วยการใช้แบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม

2.3.2 การประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม ด้วยการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อกระบวนการฝึกปฏิบัติและกระบวนการฝึกอบรมภายหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติและการฝึกอบรม ด้วยแบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกปฏิบัติ และแบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อหลักสูตรฝึกอบรม

2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการฝึกอบรมตามหลักสูตร

2.4.1 คู่มือวิทยากร ประกอบด้วย สภาพปัญหาและความจำเป็นในการฝึกอบรม เป้าหมาย จุดมุ่งหมายในการฝึกอบรม เนื้อหาสาระ และกิจกรรม โดยจัดเป็นเล่มตามหัวข้อวิชาการฝึกอบรม

2.4.2 คู่มือผู้เข้ารับการอบรม มีลักษณะเป็นโครงสร้างที่สร้างขึ้นครอบคลุมเนื้อหาในหลักสูตร โดยจัดทำเป็นเล่มตามหัวข้อวิชาการฝึกอบรม

2.4.3 อุปกรณ์การฝึกอบรม สื่อ กิจกรรมต่าง ๆ

2.4.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวัดและประเมินผลการฝึกอบรม ประกอบด้วย

2.4.4.1 แบบประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจและการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

2.4.4.2 แบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.4.4.3 แบบสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมต่อกิจกรรมการประชุมกลุ่ม

2.4.4.4 แบบประเมินผลงานประชุมกลุ่ม

2.4.4.5 แบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

2.4.4.6 แบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม

2.4.4.7 แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกปฏิบัติ

2.4.4.8 แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อหลักสูตรฝึกอบรม

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

2.5.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลที่ได้จากแบบสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมในการประชุมกลุ่ม แบบประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจและการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงาน แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกปฏิบัติ และแบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อหลักสูตรฝึกอบรม นำมาวิเคราะห์ดังนี้

2.5.1.1 ข้อมูลจากแบบประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจต่อประเด็นการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม นำมาวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน และเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการฝึกอบรมโดยการหาค่าสถิติ Wilcoxon Match-pairs Signed-ranks Test (Marascuilo and McSweency. 1977 : 330 – 333.)

2.5.1.2 ข้อมูลจากแบบสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมในการประชุมกลุ่ม แบบประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกปฏิบัติ และแบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อหลักสูตรฝึกอบรมนำมาหาค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.5.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ แบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และแบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม นำมาตรวจสอบเพื่อค้นหาข้อความสำคัญ (Significant Statements) จากนั้นนำมาจัดกลุ่ม (Categories) เพื่อนำมาสรุปเป็นประเด็นข้อค้นพบ (Themes) การตีความหมายของข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการเขียนบรรยายของผู้เข้ารับการอบรมจะอยู่บนพื้นฐานวัตถุประสงค์และโครงสร้างของเนื้อหาสาระของหลักสูตรฝึกอบรม

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง มีรายละเอียดของการดำเนินงานดังนี้

1. การประเมินผลรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

การประเมินผลรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังประกอบด้วยการประเมิน (1) ผลสัมฤทธิ์ของหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่มีต่อสมรรถนะของผู้เข้ารับการอบรมในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ทั้งทางด้านความรู้ เจตคติและทักษะ (2) การประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม ประกอบด้วยความเหมาะสมของกระบวนการฝึกปฏิบัติ หลักสูตรฝึกอบรม และเครื่องมือ/สื่อประกอบการฝึกอบรม โดยมีรายละเอียดในการประเมินดังนี้

1.1 ผลสัมฤทธิ์ของหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่มีต่อสมรรถนะของผู้เข้ารับการอบรมในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

1.1.1 ด้านความรู้ ประเมินจาก

1.1.1.1 คะแนนการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจต่อการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการสูงกว่าก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.1.1.2 ผู้เข้ารับการอบรมประเมินตนเองด้านการนำความรู้ที่ได้รับจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในระดับมากถึงมากที่สุด

1.1.1.3 ผลการประเมินของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ที่สะท้อนความรู้ความเข้าใจต่อสาระสำคัญของหลักสูตรในเรื่องพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.1.1.4 ผู้เข้ารับการอบรมประเมินผลการฝึกปฏิบัติด้านความรู้ ความเข้าใจต่อสาระสำคัญของหลักสูตรในเรื่องพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในระดับมากถึงมากที่สุด

1.1.2 ด้านทักษะ ประเมินจาก

1.1.2.1 ผลการฝึกปฏิบัติของผู้เข้ารับการอบรมจากผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนการปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

1.1.2.2 ผลการประเมินของผู้เข้ารับการอบรมด้านทักษะ

1.1.2.3 ผู้เข้ารับการอบรมประเมินผลด้านความมั่นใจในการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ในระดับมากถึงมากที่สุด

1.1.3 ด้านเจตคติ ประเมินจาก

1.1.3.1 ผลการประเมินของผู้เข้ารับการอบรมด้านเจตคติที่สะท้อนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

1.1.3.2 ผลการประเมินของผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

1.1.3.3 ผู้เข้ารับการอบรมประเมินผลด้านเจตคติ ประกอบด้วย การเห็นความสำคัญของพลังอำนาจในการจัดการกับความเจ็บป่วย การเห็นความสำคัญถึงบทบาทของพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถจัดการกับความเจ็บป่วย ภายหลังการฝึกปฏิบัติ ในระดับมากถึงมากที่สุด

1.2 การประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม ประเมินจาก

1.2.1 ความเหมาะสมขององค์ประกอบของหลักสูตรฝึกอบรม จากการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรม ว่ามีความเหมาะสมในระดับมากถึงมากที่สุด

1.2.2 ความเหมาะสมของกระบวนการฝึกปฏิบัติ จากการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมว่ามีความเหมาะสมในระดับมากถึงมากที่สุด และผลการแสดงความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมจากการอภิปรายทั่วไปเมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ

1.2.3 ความเหมาะสมของเครื่องมือ/สื่อประกอบการฝึกอบรม จากข้อเสนอแนะของผู้เข้ารับการอบรมภายหลังสิ้นสุดการฝึกอบรม

2. การปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ข้อมูลที่ได้จากการประเมินรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง นำไปใช้ในการปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย การปรับปรุงกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง แบบประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการปรับปรุงหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง นำเสนอผลการดำเนินงานใน 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ผลการศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดพลังอำนาจและการกำหนดโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ขั้นตอนที่ 2 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และขั้นตอนที่ 3 ผลการประเมินและปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 1 ผลการศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดพลังอำนาจและการกำหนดโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

1. ผลการศึกษาทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า พลังอำนาจ (Power) คือ ศักยภาพหรือความสามารถของบุคคลที่จะมีอิทธิพลหรือควบคุมผลกระทบของเหตุการณ์หรือสถานการณ์ใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน สำหรับการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป้าหมายของการพยาบาล คือ การควบคุมโรคและการรักษาพยาบาลตามอาการเพื่อลดความรุนแรงของอาการและอาการแสดง ยับยั้งความก้าวหน้าของโรค ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค รวมถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เพิ่มขีดความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยที่เหมาะสมและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง การดำรงไว้และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย ความสำเร็จในการจัดการกับการเจ็บป่วยสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ ความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ ผลกระทบอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยและความยุ่งยากที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากภาระการจัดการกับการเจ็บป่วย หรืออีกนัยหนึ่ง คือ การรับรู้ของผู้ป่วยถึงพลังอำนาจของตนในการจัดการกับการเจ็บป่วย

การทำความเข้าใจเกี่ยวกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเพื่อนำไปสู่การพัฒนาโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังใช้แนวคิดรูปแบบแหล่งพลังอำนาจ (Power Resources Model) ของมิลเลอร์ (Miller. 1992) ที่ได้กล่าวถึงพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังว่าเกิดจากแหล่งของพลังอำนาจ 7 แหล่ง ประกอบด้วย (1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength and reserve) (2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and Social support) (3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive Self-Concept) (4) พลังงาน (Energy) (5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and Insight) (6) แรงจูงใจ (Motivation) และ (7) ระบบความเชื่อ (Belief system) ความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจส่งผลต่อความเข้มแข็งของพลังอำนาจของผู้ป่วย และความเข้มแข็งของพลังอำนาจนำไปสู่ความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วย

แต่ใช่ว่าผู้ป่วยจะมีแหล่งของพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพทุกราย นั่นคือในบางสภาวะการณ์ผู้ป่วยอาจมีความพร่องของแหล่งของพลังอำนาจหรือที่เรียกว่าการสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) เกิดขึ้น ความรู้สึกถึงการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังนอกจากจะส่งผลต่อทั้งสภาวะทางกายภาพและทางด้านจิตใจแล้ว ยังมีผลต่อการบรรลุถึงผลสำเร็จของการรักษาพยาบาล

อีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งความร่วมมือและมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพตนเอง อันเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วย เพราะการที่ผู้ป่วยรู้สึกถึงการสูญเสียพลังอำนาจมากขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดการนับถือตนเองที่ต่ำลง เชื่อว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการเจ็บป่วย เกิดความท้อแท้หมดหวัง เกิดความไม่เชื่อมั่นว่าตนเองจะสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ แต่จะต้องพึ่งพิงบุคคลอื่นตลอดเวลา เป็นภาระของบุคคลอื่น ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและสุดท้ายคือการมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังก็ต่ำลง ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย ได้แก่ (1) ปัจจัยอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย จากความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ความรู้สึกหมดหวังต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ การที่สภาพร่างกายแย่ลง การรักษาพยาบาลที่ได้รับ การปฏิบัติตามแผนการรักษาและผลข้างเคียงของการรักษา (2) ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย ได้แก่ ค่านิยม ความเชื่อ เป้าหมายในชีวิต ประสบการณ์ส่วนบุคคลและความเชื่ออำนาจในการควบคุม (3) ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อผู้อื่น และสัมพันธภาพกับผู้อื่น และ (4) ปัจจัยอันเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ที่สำคัญ คือ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วย

เป้าหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ด้านสุขภาพในผู้ป่วย คือ การเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเองด้วย การช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและพลังอำนาจในตน และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเอง การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองสามารถควบคุมตนหรือเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้น ๆ หรือเกิดความรู้สึกว่าตนมีความสามารถเพียงพอที่จะควบคุมสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของตน การที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมชะตาชีวิตของตนเองได้มีผลต่อการมีสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วย รวมถึงการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจและกระบวนการรักษาพยาบาล

การที่พยาบาลจะสามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังได้นั้น ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบแหล่งพลังอำนาจและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจ เป็นแนวทางในการกำหนดกรอบการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เมื่อเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้พยาบาลรับรู้ถึงบทบาทและสมรรถนะของตนในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง นอกจากนั้นโครงสร้าง การจัดการและกระบวนการศึกษาที่สนับสนุนและกระตุ้นการพัฒนาคุณลักษณะที่สำคัญของพยาบาลสำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง มีความสำคัญสำหรับการกำหนดกรอบการเรียนรู้ของพยาบาล

2. ผลการพัฒนาโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

จากการศึกษาทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้ทำการกำหนดโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ความหมายและคำจำกัดความของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ผลจากการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Rappaport. 1985; Zimmerman. 1995; Keiffer. 1984; Conger and Kanungo. 1988; Jones and Meleis. 1993; Miller. 1992; Dunst, Trivette and Deal. 1994; Katz. 1984; Gibson. 1995) ทำให้ได้ข้อสรุปของความหมายและคำจำกัดความของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังสำหรับใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ดังนี้

"การเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเองในฐานะหุ้นส่วนของระบบสุขภาพ ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในตน การได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมแบบเท่าเทียมกันในการค้นหาปัญหา พัฒนาการดูแลสุขภาพของตน รวมถึงการดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนภายใต้การสนับสนุนข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ การสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย รวมถึงการเพิ่มแหล่งทรัพยากรให้กับผู้ป่วยซึ่งจะเอื้ออำนวยและสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสร้างทางเลือกสำหรับดูแลสุขภาพของตนเองและมีความมุ่งมั่นทุ่มเทที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวทางที่ตนเองได้กำหนดขึ้น"

2.2 องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับการนำไปประยุกต์ใช้ในงานการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้จากการสังเคราะห์งานวิจัยและการศึกษาของฟันเนล และคณะ (Funnell, et al. 1991) ฮอว์คส์ (Hawkes. 1992) กิบสัน (Gibson. 1991,1995) แมคอินทอส (Mackintosh. 1995) ร็อดเวลล์ (Rodwell.1996) และ ซุค บลิง (Suk Bling. 1998) องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย

2.2.1 คุณลักษณะ (Attributes) ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.2.1.1 คุณลักษณะของเจ้าหน้าที่สุขภาพ (Attributes of empowerer) ประกอบด้วย ความรู้สึกถึงการเป็นเจ้าของในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการใช้ทักษะวิชาชีพที่สำคัญ ได้แก่ (1) ทักษะในการสื่อสาร (Communication skill) (2) ทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal skill) และ (3) ทักษะการใช้อำนาจในการรักษาพยาบาลในทางบวก (Using professional power in positive way)

2.2.1.2 คุณลักษณะของผู้ป่วย (Attributes of empowered) คือ ความตั้งใจที่จะยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ หน้าที่ความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจ ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้น ประกอบด้วยปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal factor) ได้แก่ ค่านิยม (Values) ความเชื่อ (Beliefs) เป้าหมายในชีวิต (Determination) ประสบการณ์ส่วนบุคคล (Experience) และปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factor) ที่สำคัญคือ การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

2.2.1.3 คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย

2.2.1.3.1 การให้คุณค่าต่อบุคคลในฐานะเป็นเจ้าของสุขภาพและมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพของตน

2.2.1.3.2 การเป็นหุ้นส่วนและการยอมรับในคุณค่าและความสามารถของผู้ป่วย

2.2.1.3.3 การให้การช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสร้างพลังอำนาจให้ตนเพื่อกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพและควบคุมสุขภาพด้วยตนเอง

2.2.1.3.4 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการกำหนดเป้าหมาย วิธีการและมีอิสระในการตัดสินใจ

2.2.1.3.5 การแสวงหาความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากรเพื่อการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

2.2.1.3.6 การปรับเปลี่ยนความคิด ทัศนคติของผู้ป่วย

2.2.2 สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน (Antecedent of Empowerment) ได้แก่ การให้ความเคารพ (Respect) ต่อความเชื่อ ค่านิยมและประสบการณ์ของบุคคล ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Mutual trust) การเชื่อในความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจ การยอมรับในหน้าที่ความรับผิดชอบและการกระทำของผู้ป่วย ความมุ่งมั่นทุ่มเทที่มีร่วมกัน (Mutual commitment) ระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วยในการกระทำที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

2.2.3 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย

2.2.3.1 การสร้างความร่วมมือ

2.2.3.2 การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย

2.2.3.3 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

2.2.3.4 การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร

2.2.3.5 การดำเนินการด้วยตนเอง

2.2.3.6 การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ

รายละเอียดขั้นตอน เป้าหมาย และตัวชี้วัดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ แสดงในตาราง 4

ตาราง 4 สรุปรายละเอียดขั้นตอน เป้าหมายและตัวชี้วัดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ขั้นตอน	เป้าหมาย	ตัวชี้วัด
1. การสร้างความร่วมมือ **วิธีการ** - การจัดระบบบริการพยาบาลที่เอื้ออำนวยต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ - การปรับเปลี่ยนทัศนคติของพยาบาลและผู้ป่วย - การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย - การสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการทางด้านสุขภาพของตนและกิจกรรมเพื่อให้บรรลุความต้องการของตน	1. สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย 2. ผู้ป่วยรับรู้บทบาทของตนเกี่ยวกับการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของตนเอง 3. ความต้องการของผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการทางด้านสุขภาพของตนและกิจกรรมเพื่อให้บรรลุความต้องการของตน	1. การยอมรับของผู้ป่วยต่อบทบาทของตนเกี่ยวกับการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของตนเอง 2. การยอมรับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย **วิธีการ**	1. การประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วย 2. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย	1. ข้อมูลการประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วย 2. ข้อมูลการจัดลำดับความ

ตาราง 4 (ต่อ)

ขั้นตอน	เป้าหมาย	ตัวชี้วัด
- การประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วย - การช่วยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมกับพยาบาล - การช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนตรงตามสภาพความเป็นจริง	ในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมกับพยาบาล 2. การรับรู้ต่อสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยตรงตามสภาพที่เป็นจริง	สำคัญของปัญหาที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย 2. การแสดงออกถึงความเข้าใจของผู้ป่วยต่อสภาพการเจ็บป่วยของตนตรงตามสภาพความเป็นจริง
3. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ **วิธีการ** - การช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา การแสวงหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหา - การช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเองที่จะตัดสินใจจัดการกับปัญหา	1. แผนการจัดการกับปัญหา 2. การกำหนดเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้	แผนการจัดการกับปัญหา
4. การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร **วิธีการ** - การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความต้องการข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากรสำหรับการดำเนินตามแผน - การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่ง ทรัพยากรที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย	การแสดงออกถึงความต้องการของผู้ป่วยในการได้รับการสนับสนุนข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากรที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของแผนที่ตั้งไว้	ข้อมูล ทักษะและทรัพยากรที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ

ตาราง 4 (ต่อ)

ขั้นตอน	เป้าหมาย	ตัวชี้วัด
5. การดำเนินการด้วยตนเอง **วิธีการ** การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนที่ตนเองได้ตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ	ผู้ป่วยสามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนที่ตนเองได้ตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ	ผลการดำเนินการและการประเมินผลตามแผนที่ผู้ป่วยได้ตัดสินใจ
6. การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ **วิธีการ** - การช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการจัดการกับการเจ็บป่วย - การช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการจัดการกับการเจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ	1. ความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง 2. ความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ	การแสดงออกถึงการรับรู้ถึงความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยหรือสภาพปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย

2.2.4 ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ (Outcomes)

ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง คือ การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความสามารถของตนในการจัดการและควบคุมการเจ็บป่วยของตน ซึ่งสามารถอธิบายถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยอันเป็นผลจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ การรับรู้ ความสามารถและการควบคุม

การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การรับรู้เป็นตัวบ่งชี้ที่ใช้กันมากที่จะอธิบายคุณลักษณะและความเชื่อที่สะท้อนความรู้สึกของการควบคุมของผู้ป่วยในการตอบสนองต่อผลลัพธ์ที่ตนเองปรารถนา การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ยังรวมถึงการนับถือตนเอง (Self-esteem) ซึ่งเป็นต้นกำเนิดของการเพิ่มความสามารถในบุคคล (Rodwell.1996 : 309) การเจ็บป่วยบางครั้งส่งผลกระทบต่อการนับถือตนเองที่ต่ำลงของผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการปรับเปลี่ยนบทบาทและการปรับเปลี่ยนอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ ความรู้สึกที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น การเสริมสร้างพลังอำนาจที่ส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงคุณค่าในตนเองจะส่งผลต่อความนับถือตนเองในทางบวก (Rodwell. 1996) ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาตนเอง เกิดความพึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ รวมถึงการปรับตัวและยอมรับต่อการเจ็บป่วย (Gibson. 1995 ; Suk Bling. 1998) อันจะส่งผลทางด้านบวกต่อการรักษาพยาบาล

ความสามารถในการควบคุม หมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลสามารถสร้างการตัดสินใจและดำเนินการให้เกิดผลตามที่ตนปรารถนาและหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา (Rodin. 1986) ถือเป็นผลลัพธ์ทางบวกที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ที่จะควบคุม (Perceived control) ความสามารถในการควบคุมสถานการณ์เพื่อการจัดการในภาวะเครียด ด้วยการสร้างตัวเลือกของกลวิธีในการจัดการและการมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการจัดการ (Coping)

ความสามารถในตน (Self – efficacy) ความสามารถในตนมีความเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของบุคคลด้วยความสามารถของตนที่นำไปสู่ระดับของการกระทำและ/หรือการปฏิบัติที่ให้ในแต่ละระดับของการควบคุมสถานการณ์เฉพาะ ความสามารถในตนในการดำเนินกิจกรรมส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล เช่น รูปแบบของกิจกรรมที่บุคคลเลือกใช้ (Suk Bling. 1998 : 30) ซึ่งจะส่งผลต่อความพยายามที่จะตั้งใจลงมือปฏิบัติและความอดทนต่อความยากลำบากที่เกิดขึ้น

2.2.5 ผลลัพธ์ต่อเนื่องของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย

ผลของการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความสามารถของตนในการจัดการและควบคุมการเจ็บป่วยของตนนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วย (Well-being) การมีสุขภาวะที่ดีเป็นสภาวะของบุคคลที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ผู้ป่วยจะมีสุขภาวะที่ดีได้แม้ว่าจะอยู่ในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ มีโรค หรือความพิการหรือสูญเสียโครงสร้างหน้าที่บางอย่างไป (Orem. 1995 : 184) การมีสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วย หมายถึงการที่ผู้ป่วยยอมรับต่อสภาพการเจ็บป่วยตรงตามสภาพจริง เชื่อว่าตนเองสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตของตนเองได้ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ และเชื่อว่าชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ยังมีความหมาย การมีสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วยถือเป็นเป้าหมายสูงสุดของการให้บริการทางด้านการรักษาพยาบาล การมีสุขภาวะที่ดีนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (Suk Bling.1998 : 280)

2.3 บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

2.3.1 บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

2.3.1.1 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้เอื้ออำนวยทรัพยากรสำหรับผู้ป่วยเพื่อการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ความรู้ ข้อมูล ทักษะและทรัพยากร ถือได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และเป็นแหล่งของพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วย ที่มีผลต่อการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ความรู้ ความเข้าใจที่ไม่เพียงพอต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย เกิดความรู้สึกที่ไม่สามารถจะคาดเดาได้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ท้อแท้ เครียด และรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น

นอกเหนือจากข้อมูล ความรู้ ทักษะในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยแล้ว ยังมีทักษะอื่น ๆ ที่มีความสำคัญและเป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วย ได้แก่

(1) ทักษะการสื่อสาร บทบาทของพยาบาลคือการช่วยผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการของผู้ป่วยและข้อสงสัย และในบางโอกาสจะต้องเป็นตัวกลางในการช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการซักถามข้อข้องใจกับทีมสุขภาพ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มั่นใจที่จะถาม พยาบาลจะต้องทำหน้าที่แสวงหาข้อมูลให้กับผู้ป่วย

(2) ทักษะในการแสวงหาข้อมูล บทบาทของพยาบาลนอกจากจะเตรียมแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยแล้ว พยาบาลยังมีส่วนช่วยในการให้ข้อเสนอแนะผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลที่

ผู้ป่วยได้รับมาว่าจะมีประโยชน์ต่อสุขภาพและการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยหรือไม่ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้ป่วยในการตัดสินใจ

(3) ทักษะในการตัดสินใจ ทักษะการตัดสินใจช่วยให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักเกี่ยวกับข้อจำกัด และทางเลือกที่จะนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมสอดคล้องกับค่านิยมของตน

(4) ทักษะในการจัดการกับปัญหา ผู้ป่วยเมื่อออกจากโรงพยาบาลต้องกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน อาจต้องเผชิญกับปัญหาอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยโดยตรงหรือผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อบทบาทหน้าที่และสัมพันธภาพที่มีต่อครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย บทบาทของพยาบาล คือ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยให้มีทักษะในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นอันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการเจ็บป่วย

(5) ทักษะการแสวงหาการสนับสนุนจากสังคม ในบางภาวะที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่อ่อนแอ ต้องการการช่วยเหลือ พยาบาลต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติถึงความจำเป็นที่ต้องแสวงหาความช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อนบ้านในบางโอกาส และทำความเข้าใจว่าการที่ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือนั้นมิใช่เป็นภาระ เพราะความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่นนำไปสู่ความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย

2.3.1.2 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่ อาการที่เกิดจากการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ การที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ การที่ต้องถูกจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยมี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง รวมถึงความรู้สึกที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในบางช่วงเวลาของการเจ็บป่วย พยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจถึงวิถีของการเจ็บป่วยที่บางระยะของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยก็สามารถที่จะมีอิสระในการดูแลตนเอง และเมื่อถึงเวลาที่เกิดภาวะวิกฤตขึ้นก็รู้จักที่จะขอการสนับสนุนและช่วยเหลือจากผู้อื่น หน้าที่ของพยาบาลคือ การช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความแตกต่างระหว่างการแสวงหาแหล่งทรัพยากรในการเอื้ออำนวยการจัดการกับการเจ็บป่วยของตนกับความรู้สึกที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือความรู้สึกเป็นภาระของผู้อื่น รวมถึงการทำความเข้าใจกับครอบครัวหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยที่คาดหวังว่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ การช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจว่าการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่อาจจำเป็นต้องปรับบทบาทบางอย่างทั้งบทบาททางสังคมและครอบครัว เพื่อการควบคุมการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ สำหรับพยาบาลก็มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามลำพัง ในขณะเดียวกันก็ต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ของตนได้อย่างอิสระ

2.3.1.3 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วยและต่อตนเอง การปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วยและต่อตนเองถือได้ว่าเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติ จากเดิมที่เห็นว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่มีอำนาจในการต่อรองหรือตัดสินใจในการรักษาพยาบาล ไปสู่ความเข้มแข็งและให้คุณค่าต่อตนเอง มีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการที่จะนำพาชีวิตตนไปสู่เป้าหมายที่ตนต้องการ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่และเชื่อว่าชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ยังมีความหมาย ซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาวะที่ดีในผู้ป่วย แม้จะมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย

2.3.1.4 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ ในระหว่างกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วยอาจต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหรือความยากลำบากในการปรับ

เปลี่ยนพฤติกรรมหรือสิ่งที่เคยทำอยู่ รวมถึงบางสิ่งบางอย่างที่ผู้ป่วยไม่เคยได้มีโอกาสเลือกโอกาสในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ซึ่งอาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัว วิตกกังวลท้อแท้และล้มเลิกที่จะปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยดำเนินการต่อไปจนบรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้

2.3.1.5 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ

พยาบาลในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งตกอยู่ในภาวะสูญเสียพลังอำนาจให้ได้รับและใช้อำนาจที่เกิดขึ้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่สุขภาพและสังคมโดยรวมหันมาให้ความสนใจเอาใจใส่กับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

การพิทักษ์สิทธิเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยเพื่อกำหนดการตัดสินใจที่มีผลต่อทั้งสุขภาพของตนเอง ความพึงพอใจและความต้องการของตน ผู้ป่วยจะมิใช่ผู้ถูกกระทำอีกต่อไป แต่จะกลายเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการกระทำในการกำหนดทั้งความต้องการทางด้านสุขภาพของตนเองและการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม ด้วยการใช้การดูแลแบบองค์รวม (Hummel. 1998 : 378 ; citing Salladay and McDonnell.1989. *Spiritual care, ethical, and patient advocacy.*)

2.3.2 สมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2.3.2.1 สมรรถนะของพยาบาลด้านความรู้ ในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยนั้น ข้อมูลและความรู้เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการควบคุมมากขึ้นและช่วยบรรเทาความวิตกกังวลจากความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย แผนการรักษาที่ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ลงมือปฏิบัติเองนั้นต้องอาศัยการเรียนรู้ทักษะไม่ว่าจะเป็นทักษะที่ต้องใช้ในการปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวัน หรือทักษะทางด้านการปฏิบัติ เช่น เทคนิคการฉีดยา หรือต้องเรียนรู้เกี่ยวกับผลของยารวมถึงการจัดการกับปฏิกิริยาที่เป็นผลอันเนื่องมาจากยา การที่พยาบาลจะสามารถเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้และทักษะเหล่านี้ได้อย่างถูกต้อง และตามความต้องการของผู้ป่วยนั้น จำเป็นที่พยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งไม่เพียงแต่เฉพาะทางด้านพยาธิสภาพ การรักษา การป้องกันและการฟื้นฟูสภาพเท่านั้น แต่ยังรวมถึงทางด้านจิตสังคมอีกด้วย

2.3.2.2 สมรรถนะของพยาบาลด้านทัศนคติ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยต้องการการปรับเปลี่ยนทัศนคติทั้งของพยาบาล เจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ และผู้ป่วย โดยคำนึงถึงหลักการของความเท่าเทียมกันหรือการเป็นหุ้นส่วนทางด้านสุขภาพร่วมกัน การยอมรับในคุณค่าของผู้ป่วยในด้านของประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และที่สำคัญคือ พยาบาลจะต้องเชื่อว่าความสามารถของผู้ป่วยพัฒนาได้ถ้าได้รับการเอื้ออำนวยและการสนับสนุนข้อมูล ความรู้และทักษะอย่างเหมาะสม การร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยจะต้องเกิดจากการที่ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการกระทำนั้น ๆ ว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยของตน บทบาทของพยาบาลจะเปลี่ยนไปจากการเป็นผู้ให้ไปสู่การเป็นผู้เอื้ออำนวยและสนับสนุนทรัพยากรตามความต้องการของผู้ป่วย เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่บทบาทจะเปลี่ยนแปลงไปจากผู้ที่ถูกกระทำไปสู่ผู้ที่ต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง แต่ทั้งนี้ต้องไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าเป็นการผลักภาระให้กับผู้ป่วย

2.3.2.3. สมรรถนะของพยาบาลด้านทักษะ ประกอบด้วย

2.3.2.3.1 ทักษะทางด้านการสื่อสาร

ในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลนั้น ความสามารถในการสื่อสารของพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล การสื่อสารที่ดี

ระหว่างกันส่งผลต่อความมั่นคงทางจิตใจ ความเชื่อมั่นในตนเอง แต่ในขณะเดียวกันการสื่อสารก็อาจเป็นการทำลายสัมพันธภาพไปด้วยเช่นกัน ถ้าพยาบาลใช้การสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นทักษะการสื่อสารที่ดีจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นในพยาบาล ทักษะการสื่อสารที่จำเป็นประกอบด้วย ทักษะการฟัง ทักษะในการสนทนา ทักษะการสะท้อนความคิด

(1) ทักษะการฟัง ฮาททริ๊กค์ (Hartrick) (Lindsey and Hartrick. 1996 : 110 – 111 ; citing Hartrick, Lindsey and Hills. 1994. *Family nursing assessment : meeting the challenge of health promotion.*) ได้กล่าวถึงทักษะเกี่ยวกับการฟังในการปฏิบัติงานการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยว่า การรับฟังผู้ป่วย (Listening to the client) สิ่งสำคัญประการแรกคือพยาบาลควรที่จะรับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ (Active listen) ซึ่งจะช่วยให้ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งต่อสุขภาพของผู้ป่วยและประสบการณ์การรักษาของผู้ป่วย ในกระบวนการมีส่วนร่วมพยาบาลจะได้รับรู้และเข้าใจถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยและที่สำคัญจะทำให้ผู้ป่วยเริ่มที่จะเข้าใจความหมายลึก ๆ ที่ซ่อนอยู่ในประสบการณ์ของตนเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษา โดยวิธีนี้ผู้ป่วยจะรับรู้ถึงความเชี่ยวชาญของตนและเริ่มที่จะรู้ถึงความต้องการของตนเอง

(2) ทักษะในการสนทนา ในการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนทนาจะต้องเกิดในลักษณะ 2 ทาง คือทั้งผู้ป่วยและพยาบาล และเป็นในรูปแบบของการสนทนาแบบมีส่วนร่วม (Participatory dialoque) ในการสนทนาอย่างมีส่วนร่วม คำถามจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเกี่ยวกับประสบการณ์การรักษาและสุขภาพของตน คำถามที่เกิดขึ้นนี้ คือ กระบวนการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล การตั้งคำถามของพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในบางประเด็น ด้วยวิธีการนี้ผู้ป่วยจะเกิดความตระหนักมากขึ้นถึงปัจจัยที่เอื้ออำนวยและผูกมัดตนเองทั้งภายในและภายนอก ซึ่งอาจมีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เช่นเดียวกับผู้ป่วยจะได้รับการกระตุ้นให้ตั้งคำถามกับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ (Lindsey and Hartrick. 1996 : 110 – 111 ; citing Hartrick, Lindsey and Hills. 1994. *Family nursing assessment : meeting the challenge of health promotion.*)

(3) ทักษะในการสะท้อนความคิด ในการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาที่มีผลกระทบต่อการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและมีส่วนร่วมในการแสวงหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น ต้องอาศัยการสะท้อนผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคิด แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไม่ต้องการให้พยาบาลเป็นผู้คิดและหาแนวทางการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยเหมือนอย่างที่เคยเป็นมา ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่พยาบาลจะต้องมีทักษะในการสะท้อนความคิด

2.3.2.3.2 ทักษะด้านการให้ข้อมูล ความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย แม้ผู้ป่วยจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน แต่ไม่ได้หมายความว่าการให้ข้อมูลแบบเดียวกันจะเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อผู้ป่วยเหมือนกัน ทั้งนี้เนื่องจากบุคลิกภาพที่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยบางรายชอบที่จะรับฟังข้อมูลในรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ การรักษา การพยากรณ์โรคและการดูแลตนเอง บางรายไม่สามารถรับฟังข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง บางรายมีความวิตกกังวลหมกมุ่นกับโรคที่เป็นอยู่จนไม่มีสมาธิที่จะรับฟังเรื่องอื่น ๆ ดังนั้นหลักการสำคัญในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยแต่ละรายคือ การประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วยในขณะนั้นว่ามีความพร้อมที่จะรับฟังและเรียนรู้ข้อมูลที่พยาบาลจะให้หรือไม่มากน้อยแค่ไหน ในผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียพลังอำนาจในระดับสูง การให้ข้อมูลหรือความรู้ควรทำแบบมีโครงสร้าง สอนการดูแลตนเองทีละน้อยจนผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถึงการควบคุมโดยไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ นอกจากนั้นควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม โดยให้ผู้ป่วยประเมินว่าการดูแลด้านใดที่ผู้ป่วยพร้อมที่จะเรียนรู้และต้องการที่จะ

เรียนรู้ สิ่งสำคัญของการเรียนรู้ข้อมูลที่จะใช้ในการควบคุมสุขภาพของตน คือ การที่ผู้ป่วยจะต้องเกิดความรู้สึกถึงการควบคุมสถานการณ์บางอย่างได้ก่อนหรือก็คือรับรู้ว่าสถานการณ์บางอย่างควบคุมได้ แล้วจึงจะกระตุ้นผู้ป่วยให้รู้ว่าถ้าผู้ป่วยรู้สิ่งนี้แล้วจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (Miller. 1992 : 55)

2.3.2.3.3 ทักษะการสร้างแรงจูงใจ แรงจูงใจถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย โดยพบว่าการรับรู้ถึงความรับผิดชอบและการมีเป้าหมายในชีวิตและความเชื่อถือในศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยให้มีพลังอำนาจ ในขณะที่ความรู้สึกหมดหวังต่อโรคที่เป็นอยู่และความรู้สึกไม่แน่นอนของโรค/การเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ การที่พยาบาลมีความสามารถในการจูงใจผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะเผชิญกับความยากลำบากที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยและอดทนต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล นอกจากนั้นการสร้างแรงจูงใจเมื่อผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ เช่นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตนในการทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพอื่น ๆ ต่อไป

2.3.2.3.4 ทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่น การรักษาพยาบาลเป็นการทำงานในลักษณะของทีมสุขภาพที่แต่ละวิชาชีพได้นำความเชี่ยวชาญของตนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโดยมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือเพื่อสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วย ในการเสริมสร้างพลังอำนาจก็เช่นเดียวกันก็ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม แม้พยาบาลจะมีบทบาทเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ ผู้ช่วยเหลือการเปลี่ยนแปลง ผู้เอื้ออำนวยความรู้และทักษะและทรัพยากรสำหรับการรักษาและดูแลผู้ป่วย แต่พยาบาลก็อาจมีข้อจำกัดในบางประการอันเนื่องมาจากการรับรองสถานะในระบบสุขภาพ ดังนั้นในบางประเด็นที่อยู่นอกเหนือขอบเขตความรับผิดชอบของพยาบาล แต่พยาบาลเห็นว่าเป็นความต้องการของผู้ป่วยและจะก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย พยาบาลก็จะต้องประสานงานกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ดังนั้นทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่นจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นอกจากการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นแล้ว พยาบาลยังจะต้องทำงานร่วมกับครอบครัวและชุมชนในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปบ้าน

3. ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญต่อโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

โครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่พัฒนาขึ้นได้นำไปขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญโดยใช้วิธีการประชุมอภิปรายกลุ่ม (Group discussion) ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญต่อโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังแบ่งออกได้เป็น 4 ประเด็น ดังนี้

3.1 ประเด็นเกี่ยวกับแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.1.1 การวิจัยครั้งนี้แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในบริบทของประเทศไทยยังไม่ชัดเจน การใช้คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจของต่างประเทศจะตรงกับคนไทยหรือไม่อย่างไร

3.1.2 การเชื่อว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูญเสียพลังอำนาจนั้นยอมรับได้แค่ไหน เนื่องจากอาจมีผู้ป่วยบางคนไม่สูญเสียพลังอำนาจ ควรพิสูจน์ความเชื่อนี้ว่ามีความตรงหรือไม่ ถ้าจับในเรื่องของพลังอำนาจจะต้องประเมินว่าผู้ป่วยและพยาบาลมีความเข้าใจและให้ความหมายเกี่ยวกับอำนาจอย่างไร การเกิดการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยฐานมาจากอะไร เช่น ความรู้ ความเชื่อ หรือบรรทัดฐานของผู้ป่วย

3.1.3 แนวคิดของพลังอำนาจ (Power) และ การสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) เป็นสิ่งที่อยู่บนเส้นตรงเดียวกันหรือไม่ ถ้าอยู่บนเส้นตรงเดียวกันเป็นเส้นตรงที่ต่อเนื่องกันหรือไม่ พลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจมีคุณลักษณะเป็นอย่างไร

3.1.4 การระบุคำจำกัดความของการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับงานวิจัยนี้ค่อนข้างกว้าง เนื่องจากระบุถึงการควบคุมตนเองที่ไปเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ แต่งานวิจัยนี้ทำในระดับผู้ป่วย จึงควรมุ่งเน้นไปที่ระบบบริการสุขภาพ สำหรับในส่วนของการเพิ่มทรัพยากร การจัดการระดับนี้คงไม่เป็นการเพิ่ม แต่น่าจะเป็นการให้ข้อมูลหรือส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน นอกจากว่าจะมีการสร้างเครือข่าย ชมรมของผู้ป่วยเป็นเป้าหมาย

3.2 ประเด็นเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมศักยภาพของพยาบาล

3.2.1 ในการเตรียมความพร้อมศักยภาพของพยาบาล จะต้องค้นหาว่าทักษะการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับพยาบาลคืออะไร เพื่อนำไปตรวจสอบพฤติกรรมพยาบาลว่าเป็นลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยหรือไม่ การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยมิใช่การไปทำให้ผู้ป่วยตั้งคำถาม แต่ต้องการการกำจัดความคิดเกี่ยวกับอำนาจในฐานะผู้เชี่ยวชาญ (Authority power) ที่พยาบาลยังมองตนเองในฐานะผู้เชี่ยวชาญ คิดว่าตนเองสำคัญกว่าผู้ป่วย

3.2.2 ในประเด็นของการให้ข้อมูลและการแสวงหาแหล่งประโยชน์ให้กับผู้ป่วย พยาบาลยังมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้น้อยมาก ทำอย่างไรจึงจะพัฒนาให้พยาบาลสามารถสนับสนุนการมีส่วนร่วมในผู้ป่วยได้

3.2.3 การพัฒนาพยาบาลเพื่อให้เสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยได้ นอกจากทักษะทางการสื่อสาร การให้ข้อมูล การให้คำปรึกษาแล้ว พยาบาลจะต้องมีองค์ความรู้ในโรคนั้น ๆ เป็นอย่างดี ต้องแจกแจงให้ได้ว่าคืออะไรบ้าง

3.2.4 พยาบาลที่จะไปเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วย จะต้องมีทักษะใดบ้าง ต้องผ่านกระบวนการฝึกฝนอะไร เพราะเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยที่ผ่านพยาบาล

3.2.5 สมรรถนะพยาบาลที่กำหนดขึ้นยังขาดจุดเริ่มต้นของการบอกถึงความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ สำหรับข้อมูลพื้นฐานด้านความสามารถยังมีความจำเป็นเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลในปัจจุบัน บทบาทของพยาบาลที่กำหนดในการเสริมสร้างพลังอำนาจ เช่น การต่อรอง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เดิมพยาบาลมีอยู่หรือไม่ ความเข้าใจของพยาบาลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นอย่างไร

3.2.6 ความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.2.6.1 สมรรถนะของพยาบาลด้านทัศนคติ ควรเพิ่มเรื่องการยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย

3.2.6.2 สมรรถนะของพยาบาลด้านการปฏิบัติ ในบางประเด็นความสามารถในการสื่อสาร เสนอให้มีการแจกแจงเป็นการสร้างสัมพันธภาพทางบวก การประยุกต์ใช้เทคนิคการสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเอง

3.2.6.3 ความสามารถในการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ ควรจะเน้นความสามารถในการช่วยพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในกรณีที่มีการใช้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจเกิดขึ้น

3.2.7 ควรมีการวิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วยเพื่อเป็นปัจจัยนำเข้าของหลักสูตร เพื่อพัฒนาความสามารถของพยาบาลให้ทำงานกับผู้ป่วยได้

3.2.8 หลักสูตรจะเป็นมวลประสบการณ์เพื่อให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.3 ประเด็นเกี่ยวกับตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินการ

3.3.1 ผลลัพธ์ที่วัดผลการดำเนินการจะต้องมีความไวกับการดำเนินการ นั่นคือศักยภาพหรือความสามารถของพยาบาลว่าเมื่อผ่านการฝึกอบรมแล้วพยาบาลมีความสามารถจริง

3.3.2 การวัดผลที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยว่าเกิดพลังอำนาจภายหลังที่พยาบาลไปเสริมสร้างพลังอำนาจ ต้องเป็นตัวที่บ่งชี้ถึงความสามารถในการปฏิบัติของพยาบาล

3.4 ประเด็นเกี่ยวกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.4.1 ความต่อเนื่องของขั้นตอนเขียนได้ชัดเจนเป็นลำดับ แต่ในทางปฏิบัติขั้นตอนเหล่านี้มีความเป็นพลวัตรและอาจสะท้อนกลับไปมา ควรแสดงให้เห็นถึงกระบวนการที่มีความเป็นพลวัตรด้วย

3.4.2 ข้อเสนอเกี่ยวกับขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.4.2.1 ขั้นตอนที่ 1 ควรเน้นเรื่องการสร้างสัมพันธภาพให้ความเคารพต่อผู้ป่วยในฐานะบุคคลไม่ใช่วัตถุ และขจัดปัญหาในเรื่องความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วยออกไป

3.4.2.2 ขั้นตอนที่ 2 ควรมีการชี้ประเด็นในเรื่องการสูญเสียพลังอำนาจที่เชื่อมโยงกับคุณลักษณะในแนวคิด เพราะเป็นวรรณกรรมที่ได้พูดไว้แต่ไม่ได้นำมากล่าวในขั้นตอนนี้ ซึ่งเป็นกระบวนการที่สำคัญ โดยเฉพาะตัวพยาบาลที่จะต้องชัดเจนและมีทักษะในการให้คำปรึกษา การประเมินจุดแข็งของผู้ป่วยควรเน้นถึงสิ่งซึ่งเป็นฐานสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วย เช่น ความสัมพันธ์ของครอบครัว ความเชื่อในศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เป็นต้น

3.4.2.3 ขั้นตอนที่ 6 เรื่องการให้ผู้ป่วยปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพเสมือนเป็นการกำหนดว่าผู้ป่วยต้องดูแลตนเอง แต่ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้ แต่มีระบบสนับสนุนอื่น ๆ ที่ช่วยให้เขามีพลังอำนาจจะถือได้หรือไม่ว่าผู้ป่วยบรรลุวัตถุประสงค์ในขั้นตอนนี้ ซึ่งต้องอธิบายให้ชัดเจน เพราะระหว่างการดูแลตนเอง (Self-care) กับ การดูแลแบบที่ต้องพึ่งพา (Dependence care) มีการเชื่อมกันอยู่ การดูแลตนเองอาจเป็นการดูแลแบบที่ต้องพึ่งพาได้ถ้ามีการสนับสนุนด้านอื่นช่วย อาจต้องใช้แนวคิดการดูแลแบบพึ่งพา (Concept Dependence Care) เสริมเข้าไปด้วย เพราะบางครั้งคนต้องยอมรับการพึ่งพาจากคนอื่น เช่น จากครอบครัว ระบบบริการสุขภาพและอื่น ๆ

ผลการพิจารณาโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของผู้เชี่ยวชาญนำไปสู่การศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานร่วมกับข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญในการปรับปรุงโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

4. ผลการศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย

การศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์พระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี และโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 12 คน ประกอบด้วยเพศชาย 5 คน และเพศหญิง 7 คน อายุอยู่ในระหว่าง 30 – 80 ปี โดยผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 61 – 70 ปี (5 คน) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่แต่งงาน (คู่) มีสองคนที่

เป็นโสด และอีกสองคนเป็นม่าย ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่ของผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน นอกนั้นมีอาชีพรับราชการ ค้าขาย ทำสวน และรับจ้าง ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ส่วนอีก 4 คน จบชั้นมัธยมศึกษา การเจ็บป่วยของผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (4 คน) โรคเบาหวานที่มีโรคแทรกซ้อน (DM with HT, DM with CRF, CHF, CVA)นอกนั้นป่วยเป็นโรคถุงลมโป่งพอง (COPD) โรคเกี่ยวกับระบบหัวใจ (AF,SVT) เลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนและตับแข็ง (UGI Bleeding with Cirrosis) ความดันโลหิตสูงและข้อเสื่อม (HT with Spondylosis) และโรคหลอดเลือดในสมองแตก (CVA)

ผลการศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทยสรุปได้ดังนี้

4.1 ทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วยและการจัดการกับการเจ็บป่วย

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สรุปทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วยและการจัดการกับการเจ็บป่วยออกเป็น 3 ประเด็นได้แก่ การให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วย การจัดการกับการเจ็บป่วย และความรู้สึกมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล โดยมีรายละเอียดในแต่ละประเด็นของข้อค้นพบดังนี้

4.1.1 การให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วย

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่าการให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยขึ้นกับ

4.1.1.1 การรับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกาย จากการศึกษาพบว่าการให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกาย รวมถึงการที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงผลของการเจ็บป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้นถ้าได้รับการรักษาหรือควบคุมได้ไม่ดีพอ

4.1.1.2 การรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

4.1.2 การจัดการกับการเจ็บป่วย

ผลจากการศึกษาแสดงให้เห็นถึงวิธีของการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบ่งได้เป็น

4.1.2.1 การจัดการกับการเจ็บป่วยตามแผนการรักษาและคำแนะนำที่ได้รับ ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการรับประทานยาเป็นอันดับแรก ซึ่งเกิดจากความเชื่อที่ว่ายาสามารถที่จะควบคุมหรือทำให้อาการของโรคทุเลาลงได้ ในขณะที่การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคจะมีความสำคัญรองลงมา นอกจากนั้นยังมีปัจจัยมีผลต่อการจัดการกับการเจ็บป่วยตามแผนการรักษาและคำแนะนำที่ได้รับ ได้แก่ (1) การรับรู้ถึงสภาพของร่างกายในขณะนั้น (2) การเรียนรู้ถึงผลของการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ และ (3) ความใส่ใจและความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วย

4.1.2.2 การจัดการกับการเจ็บป่วยด้วยการแสวงหาความรู้ ทักษะ และการรักษาทางเลือกอื่น สำหรับการแสวงหาความรู้และทักษะพบว่า โดยธรรมชาติแล้วผู้ป่วยมีการแสวงหาข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน ข้อมูลที่ค้นพบแสดงให้เห็นถึงรูปแบบของผู้ป่วยในการแสวงหาความรู้ เช่น จากเพื่อนบ้าน หนังสือ วิทยุ โทรทัศน์ การแสวงหาการรักษาทางเลือกอื่น ผู้ป่วยที่ให้สัมภาษณ์หลายรายมีการแสวงหาการรักษาทางอื่นนอกเหนือจากที่ได้รับจากโรงพยาบาล ซึ่งให้ผลในการรักษาที่ดีบ้างไม่เกิดผลต่อการเจ็บป่วยบ้าง แต่ก็เป็นสิ่งหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงความใส่ใจต่อการเจ็บป่วยของตน

4.1.2.3 การดูแลสุขภาพของตนเอง ถึงแม้ผู้ป่วยจะเชื่อในเจ้าหน้าที่สุขภาพ บางครั้งก็พบว่าผู้ป่วยบางรายก็มิได้ปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างเคร่งครัดแม้จะรู้ว่าจะส่งผลดีต่อสุขภาพ เนื่องจากการที่ผู้ป่วยยังไม่เกิดความรู้สึกที่จะควบคุมหรือปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างแท้จริง การควบคุมที่ผู้ป่วยตั้ง

ใจทำอย่างเต็มที่มักพบในผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบของการเจ็บป่วยที่รุนแรงอย่างชัดเจน ข้อค้นพบแสดงให้เห็นว่าถึงแม้ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรค รู้ว่าจะทำอย่างไรจึงจะควบคุมโรคได้ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ แต่ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนคือ ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยน นอกจากนั้นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อสุขภาพที่พบจากการศึกษา คือ การเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่คอยย้ำเตือนด้วยความห่วงใย และการที่ผู้ป่วยคำนึงถึงบุคคลสำคัญที่มีความหมายหรืออิทธิพลต่อตัวผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาก็คือครอบครัว

4.1.3 ความรู้สึกมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็นว่าเรื่องการรักษาพยาบาลและการเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ของแพทย์ ผู้ป่วยมีหน้าที่เพียงการปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ก็พอ

4.2. พลังอำนาจในผู้ป่วย

ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของตน ได้แก่

4.2.1 แรงจูงใจ สิ่งที่เป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่และต่อสู้กับความยากลำบากและความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ได้แก่ (1) การรับรู้ถึงความรับผิดชอบที่มีต่อตนเองหรือบุคคลสำคัญและการมีเป้าหมายในชีวิต เป็นแรงจูงใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยอดทน มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับการเจ็บป่วย รวมถึงความพยายามที่จะปรับปรุงตัวเอง ผู้ป่วยที่มีครอบครัวแล้ว สิ่งจูงใจเพื่อมีชีวิตอยู่ คือ ลูกหลาน (2) ความเชื่อในศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความเข้มแข็งที่จะต่อสู้กับการเจ็บป่วยที่มีอยู่ ความเชื่อทางศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นคุณลักษณะพิเศษในสังคมไทย การใช้ความเชื่อทางศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นที่พึ่งทางด้านจิตใจช่วยลดความเครียดและความทุกข์ทางด้านจิตใจ และส่งผลถึงความสงบทางด้านจิตวิญญาณอันมีผลดีต่อสุขภาวะของผู้ป่วย

4.2.2 ความหวัง สำหรับข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษา สิ่งที่ช่วยสร้างความหวังให้กับผู้ป่วย ได้แก่ โอกาสในการรักษาหรือหายจากโรคที่เป็นอยู่ และการได้พบเห็นตัวอย่างของผู้ป่วยรายอื่นที่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมโรค

4.2.3 การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ครอบครัวเป็นแหล่งพลังอำนาจที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย จุดเด่นของสังคมไทยคือ ความเอื้ออาทร กตัญญูต่อผู้มีพระคุณ ปัญหาของการที่ผู้ป่วยถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังขาดผู้ดูแลจึงไม่พบในการศึกษาครั้งนี้ นอกจากนั้นคนในครอบครัวของผู้ป่วยถือได้ว่าเป็นบุคคลที่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา จึงมีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยผู้ป่วยในการควบคุมโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สำหรับการสนับสนุนจากสังคม สังคมในที่นี้หมายถึงเพื่อนบ้านที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเวลาที่เกิดปัญหาการเจ็บป่วยขึ้นมา ซึ่งการได้รับการสนับสนุนส่วนใหญ่จะเป็นในเรื่องของการให้กำลังใจและการดูแล

4.2.4 การมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีการสร้างแบบแผนในการจัดการกับการเจ็บป่วยของตนเอง ประสิทธิภาพของการจัดการขึ้นกับข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ การนำไปปรับใช้ ความใส่ใจและการให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมถึงการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ เพิ่มเติมเพื่อสร้างแบบแผนการจัดการกับการเจ็บป่วยให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตน ข้อค้นพบนี้ช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยประการหนึ่งว่าข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วยไปนั้นเจ้าหน้าที่สุขภาพจะต้องประเมินว่าผู้ป่วยสามารถนำไปปรับใช้กับชีวิตประจำวันของตนได้ดีเพียงใด การรับรู้ของผู้ป่วยเป็นอย่างไรต่อข้อมูลที่ได้รับ และมีข้อมูล ความรู้และทักษะอื่นใดอีกที่

ผู้ป่วยยังขาดอยู่ สิ่งหนึ่งที่พบในการศึกษาก็คือ โดยธรรมชาติผู้ป่วยทุกคนพยายามที่จะแสวงหาวิธีการที่ทำให้การเจ็บป่วยของตนดีขึ้น เพียงแต่ว่าเขาจะมีโอกาสที่จะได้รับรู้หรือสอบถามหรือแสวงหาข้อมูลที่ต้องการหรือไม่ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยทราบถึงสภาพของตนและกระทำกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อตนเอง ข้อมูลไม่เพียงแต่ช่วยทำนายการควบคุมตนเองสำหรับผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังช่วยสร้างทางเลือกเพื่อตัดสินใจที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

4.2.5 พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ

พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย ได้แก่ (1) ความสามารถของเจ้าหน้าที่สุขภาพ มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยด้านกำลังใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ที่มีความสามารถ ในทัศนะของผู้ป่วยเจ้าหน้าที่สุขภาพที่มีคุณภาพ คือ เจ้าหน้าที่สุขภาพที่สามารถให้การตรวจรักษาและวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องแม่นยำ รวมถึงให้การรักษาที่มีประสิทธิภาพ ที่จะช่วยบรรเทาการเจ็บป่วยได้ การให้การดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยสามารถฝากชีวิตไว้กับเจ้าหน้าที่สุขภาพได้และไว้วางใจในเจ้าหน้าที่สุขภาพได้ (2) การแสดงออกถึงพฤติกรรมที่เสริมสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วย ได้แก่ คำพูดและท่าทางการแสดงออก ผู้ป่วยจะชื่นชมกับคำพูดและท่าทีของเจ้าหน้าที่ที่ให้กำลังใจกับตน ในผู้ป่วยบางรายที่เกิดความท้อแท้ วิตกกังวลกับโรคที่เป็นอยู่คำพูดของพยาบาลก็ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับการเจ็บป่วย

ข้อค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโดยพื้นฐานแล้วผู้ป่วยให้ความไว้วางใจเจ้าหน้าที่สุขภาพอย่างมากในเรื่องเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและสุขภาพของตน การให้คำแนะนำจะปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้นได้ถ้าได้รับความเอาใจใส่ สอบถามอย่างสม่ำเสมอ ประกอบกับพฤติกรรมที่แสดงออกของเจ้าหน้าที่สุขภาพซึ่งมีผลอย่างมากต่อผู้ป่วยในอันที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย

4.2.6 การมีทัศนคติทางบวกต่อโรคที่เป็นอยู่ ความเชื่อที่ว่าโรคที่เจ็บป่วยมีโอกาสในการรักษาหรือหาย เป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความหวังต่อโรคที่เป็นอยู่ และมีความคิดในทางบวกต่อชีวิตของตน การสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับร่างกายเพื่อให้เกิดอัตมโนทัศน์เกี่ยวกับตนเองในทางบวกจึงเป็นหน้าที่สำคัญของพยาบาล นอกจากนั้นบุคลิกภาพถือได้ว่ามีอิทธิพลโดยตรงกับการสร้างอัตมโนทัศน์ในตนโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เชื่ออำนาจภายในตน (Internal Locus of Control) ผู้ป่วยเหล่านี้จะรับรู้ว่าเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นตนสามารถควบคุมได้ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านบวกและลบเป็นผลมาจากการกระทำของตน อยู่ภายใต้การควบคุมของตน

4.2.7 การยอมรับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ผู้ป่วยบางรายได้สร้างกำลังใจให้กับตนเองด้วยการพยายามที่จะยอมรับสภาพของตนเอง ผู้ป่วยจะยอมรับว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่สิ่งที่ผู้ป่วยจะทำได้ คือ พยายามที่จะควบคุมและยอมรับ พร้อมกับที่จะต่อสู้ต่อไป

4.3 การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย

ปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยเกิดจากผลกระทบของการเจ็บป่วย การขาดความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและทักษะในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ

4.3.1 ผลกระทบของการเจ็บป่วย

4.3.1.1 ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกาย ผู้ป่วยรับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกายโดยให้ความสำคัญกับสมรรถภาพของร่างกาย

4.3.1.2 ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อด้านจิตใจ แบ่งได้เป็น (1) ความกลัวต่อผลของการเจ็บป่วย พบว่าเกิดจากประสบการณ์ที่ผู้ป่วยมีต่อการเจ็บป่วย การพบเห็นผู้ป่วยรายอื่นที่ป่วย

เป็นโรคเดียวกับตนเองแล้วมีภาวะของโรคที่รุนแรงขึ้นหรือสภาพร่างกายที่แย่ลง และการที่ผู้ป่วยไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตน (2) ความรู้สึกท้อแท้ พบว่าเกิดจากความรู้สึกหมดหวัง ความรู้สึกไม่แน่นอนของโรค/การเจ็บป่วย และความรู้สึกทรมาน (3) ความเครียด ที่เป็นผลอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยหรือต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างในชีวิต (4) ความรู้สึกถึงความสูญเสีย ทั้งความรู้สึกสูญเสียความสามารถในการควบคุม และความสามารถทางร่างกายที่จะทำกิจวัตรต่าง ๆ ได้ตามปกติ โดยที่ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงการไม่ได้เตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยที่มีการสูญเสียอวัยวะเพื่อเผชิญกับบทบาทใหม่ และ (5) ความรู้สึกว่าเป็นภาระผู้อื่น และความรู้สึกผิดที่มีต่อครอบครัว

4.3.2. การขาดความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและทักษะในการดูแลตนเอง ส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกที่ไม่สามารถจะคาดเดาได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตน การได้รับข้อมูลของผู้ป่วยมักจะได้รับในลักษณะแบบชุดของข้อมูล ข้อสังเกตประการหนึ่งที่พบจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยคือการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่พูดตรงกัน คือ อาหารต้องอด เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาหารที่ผู้ป่วยให้ความหมายและตีความเพื่อการปฏิบัติสำหรับตนเอง ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับเจ้าหน้าที่สุขภาพที่จะให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยควรจะต้องให้ความสนใจและต้องคำนึงถึง

4.3.3 พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียพลังอำนาจที่สำคัญคือ การแสดงออกทางด้านคำพูดและการแสดงออกถึงท่าทีของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่มีต่อผู้ป่วย

4.4 การรับรู้ถึงบทบาทของพยาบาล

บทบาทของพยาบาลตามทัศนะของผู้ป่วย ตามประสบการณ์ที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับจากการปฏิบัติงานของพยาบาล สรุปได้ดังนี้

4.4.1 บทบาทของพยาบาล คือการปฏิบัติงานตามคำสั่งของแพทย์ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยก็มีความรู้สึกที่ดีต่อพยาบาลที่ให้การดูแลรักษา

4.4.2 บทบาทของพยาบาล คือ การปฏิบัติงานตามหน้าที่ ได้แก่ วัดปรอท ความดัน ให้ยาและสอบถามอาการผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป

4.4.3 บทบาทของพยาบาลในการช่วยสนับสนุนทางด้านจิตใจ

4.4.4 บทบาทของพยาบาลในการช่วยกระตุ้น รวมถึงการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยในการทำกิจกรรมเพื่อสุขภาพของผู้ป่วย

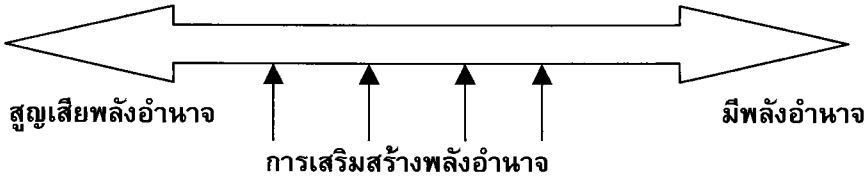
4.5 การอภิปรายผล

ผู้วิจัยได้นำข้อค้นพบที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร่วมกับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อนำมาใช้ในการอธิบายเกี่ยวกับพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจ การนำไปประยุกต์ใช้ในงานการพยาบาล โดยได้รวบรวมประเด็นสำคัญในการนำเสนอไว้ดังนี้

4.5.1 พลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจ

จากผลการศึกษาพบสภาวะหรือปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจและมีพลังอำนาจที่แสดงให้เห็นถึงการเคลื่อนที่ไปมาระหว่างพลังอำนาจกับการสูญเสียพลังอำนาจภายในตัวผู้ป่วยที่อยู่บนฐานของแหล่งพลังอำนาจเดียวกัน เมื่อใดก็ตามที่แหล่งของพลังอำนาจแหล่งใดแหล่งหนึ่งหรือหลาย ๆ แหล่งลดลงหรือเกิดความพร่อง ผู้ป่วยก็จะเกิดภาวะที่เรียกว่า สูญเสียพลังอำนาจ และในทางกลับกันถ้าแหล่งของ

พลังอำนาจนั้นได้รับการช่วยเหลือ เอื้ออำนวยหรือสนับสนุนให้มีความเข้มแข็งขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดภาวะที่เรียกว่า มีพลังอำนาจ แสดงให้เห็นว่าการสูญเสียพลังอำนาจและการมีพลังอำนาจเป็นสภาวะที่อยู่คนละขั้วบนเส้นตรงที่มีความต่อเนื่องกัน



ภาพประกอบ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างการสูญเสียพลังอำนาจ การมีพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ซึ่งการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเปลี่ยนจากการสูญเสียพลังอำนาจไปสู่การมีพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของตน คือสิ่งที่เรียกว่า **การเสริมสร้างพลังอำนาจ**

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาวะทั้งสองจากผลการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ (1) การเจ็บป่วย (2) พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ (3) สัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม อันได้แก่ ครอบครัว สังคม และ (4) ความรู้ และทักษะในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับที่สเตปลีตัน (Stapleton. 1992 : 321)ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถึงการสูญเสียพลังอำนาจ ได้แก่ การเจ็บป่วย ระบบบริการสุขภาพ สัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม อันได้แก่ ครอบครัว สังคม ความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรมของผู้ป่วย และความรู้เกี่ยวกับโรคและทักษะในการจัดการกับการเจ็บป่วย และ ซุค บลิง (Suk Bling. 1998) ที่พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งชาวจีนเกิดการสูญเสียพลังอำนาจ คือ การเจ็บป่วย สัมพันธภาพกับผู้อื่นและการไม่สามารถปฏิบัติตามหน้าที่ที่เคยกระทำได้และปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ

พลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจ เมื่อนำมาเขียนในรูปแบบของคุณลักษณะพบว่า

ปัจจัย	คุณลักษณะ	
	การสูญเสียพลังอำนาจ	**การมีพลังอำนาจ**
1. ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกาย	สมรรถภาพของร่างกายลดลง	สมรรถภาพของร่างกายปกติ
2. ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อจิตใจ	หมดหวังในการรักษาหรือหายจากโรคที่เป็นอยู่	มีโอกาสในการรักษาหรือหายจากโรคที่เป็นอยู่
	ได้พบเห็นตัวอย่างผู้ป่วยรายอื่นในทางลบ	ได้พบเห็นตัวอย่างผู้ป่วยรายอื่นในทางบวก
	ไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตน	คาดเดาเหตุการณ์ของการเจ็บป่วยได้
	การที่ต้องถูกจำกัด	สามารถที่จะเลือก

ปัจจัย	คุณลักษณะ	
	การสูญเสียพลังอำนาจ	การมีพลังอำนาจ
2. ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อจิตใจ (ต่อ)	รู้สึกสูญเสีย ⟷	ยอมรับสภาพที่เปลี่ยนแปลงได้
	เป็นภาระผู้อื่น ⟷	รับรู้ถึงความรับผิดชอบที่มี
	ทัศนคติทางลบต่อโรค ⟷	ทัศนคติทางบวกต่อโรค
3. ความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง	ขาดข้อมูล ความรู้และทักษะ ⟷	มีความรู้และทักษะเพียงพอ
4. พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ	เฉยเมย ⟷	ห่วงใย
	บั่นทอนกำลังใจ ⟷	ให้กำลังใจ
	ไม่มีความสามารถ ⟷	มีความสามารถ
5. การได้รับการสนับสนุน ครอบครัว	ทอดทิ้ง ⟷	ดูแล
	บั่นทอนกำลังใจ ⟷	ให้กำลังใจ
สังคม	ไม่ให้ความช่วยเหลือ ⟷	ให้ความช่วยเหลือ
	บั่นทอนกำลังใจ ⟷	ให้กำลังใจ

คุณลักษณะดังกล่าวมีประโยชน์ในอันที่จะช่วยให้พยาบาลใช้ในการประเมินผู้ป่วยถึงสภาวะของพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจและแหล่ง/ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียพลังอำนาจ เพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย

4.5.2 การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยและการจัดการกับการเจ็บป่วยกับการนำมาใช้ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยและการจัดการกับการเจ็บป่วยสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจดังนี้

4.5.2.1 การให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อการเจ็บป่วยนั้นส่งผลกระทบอย่างมากหรือชัดเจนต่อสมรรถภาพของร่างกาย ดังนั้นการให้ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยตามสภาพความเป็นจริงแก่ผู้ป่วยรวมถึงผลดีของการปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและผลเสียของการไม่ใส่ใจต่อสุขภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความรับผิดชอบของตนที่มีต่อสุขภาพ

4.5.2.2 การรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ความรู้นี้สามารถนำมาใช้ในการช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับในสภาพของสังขาร เป็นการช่วยสนับสนุนทางด้านจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับและมีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วย และถึงแม้เป็นเรื่องของธรรมชาติที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ก็สามารถควบคุมและมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขได้แม้มีข้อจำกัด

4.5.2.3 การจัดการกับการเจ็บป่วยตามแผนการรักษา

4.5.2.3.1 เรื่องการรับประทานยาเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากอยู่แล้ว แต่การให้ความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา อาการผิดปกติและแนวทางแก้ไขยังดูเหมือนเป็นสิ่งที่ยังขาดอยู่

4.5.2.3.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติตาม ปัจจัยในเรื่องการรับรู้ถึงผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อสภาพร่างกาย ผลของการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก นอกจากนั้นจะต้องประเมินถึงบุคลิกภาพของผู้ป่วยร่วมด้วยว่าเป็นประเภทที่ใส่ใจต่อสุขภาพของตนหรือไม่

4.5.2.3.3 การดูแลสุขภาพของตนเอง การศึกษาชี้ให้เห็นว่าการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่คอยย้ำเตือนด้วยความห่วงใย การให้ผู้ป่วยคำนึงถึงครอบครัว และการสนับสนุนของคนในครอบครัวหรือบุคคลสำคัญเป็นปัจจัยสำคัญในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงบทบาทของพยาบาลในการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย

4.6 บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

จากข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาช่วยยืนยันถึงบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผลจากการศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย สนับสนุนสิ่งที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจในบริบทของต่างประเทศได้ระดับหนึ่ง ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาจะเป็นข้อมูลสำหรับการปรับปรุงโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังและใช้ในกระบวนการพัฒนาพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในขั้นตอนต่อไป (รายละเอียดของผลการศึกษาแสดงในภาคผนวก ก)

5. ผลการปรับปรุงโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ผลจากการประชุมแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และผลการศึกษาพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย ได้นำมาใช้ในการปรับปรุงโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง มีรายละเอียดดังนี้

5.1 ความหมายและคำจำกัดความของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง มีการปรับเปลี่ยนคำที่ใช้จาก "ระบบสุขภาพ" เป็น "ระบบบริการสุขภาพ" "การเพิ่มแหล่งทรัพยากรให้กับผู้ป่วย" เป็น "การให้ข้อมูลและ/หรือส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนให้กับผู้ป่วย"

5.2 ในขั้นตอนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ขั้นตอนที่ 6 ปรับเปลี่ยนจาก "การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ" เป็น "การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วย"

5.3 สมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง มีการปรับดังนี้

5.3.1 สมรรถนะของพยาบาลด้านความรู้ เน้นไปที่ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ สำหรับความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค การรักษาพยาบาล การป้องกันและฟื้นฟูสภาพถือเป็นองค์ประกอบของสมรรถนะของพยาบาลด้านความรู้ซึ่งพยาบาลที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องมีความรู้เหล่านี้เป็นพื้นฐานอยู่แล้ว

5.3.2. สมรรถนะของพยาบาลด้านทัศนคติ เพิ่มเติมการยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย

5.3.3 สมรรถนะของพยาบาลด้านทักษะ เพิ่มเติมทักษะการสื่อสารที่เน้นไปที่การสร้างสัมพันธภาพทางบวก การประยุกต์ใช้เทคนิคการสะท้อนความคิดที่ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของตน

ขั้นตอนที่ 2 ผลการศึกษากระบวนการพัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

1. ผลการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ผลการสร้างหลักสูตรฝึกอบรม

ข้อมูลที่ได้จากการพัฒนาโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในขั้นตอนที่ 1 ถูกนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

หลักสูตรฝึกอบรม ประกอบด้วยสภาพปัญหาและความจำเป็นในการฝึกอบรม กลุ่มเป้าหมาย ระยะเวลาในการฝึกอบรม เป้าหมายของหลักสูตร จุดมุ่งหมายของหลักสูตร โครงสร้างหลักสูตรและเนื้อหาการฝึกอบรม หน่วยการเรียน วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เนื้อหาและกิจกรรมและการประเมินผล มีรายละเอียดดังนี้

1. สภาพปัญหาและความจำเป็นในการฝึกอบรม

ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพของประชาชนในประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงรูปแบบไปตามสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดในด้านสุขภาพอนามัย คือ การเสียชีวิตอันเนื่องมาจากโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มสูงขึ้น เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน เป็นต้น จากรายงานจำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2539 – 2543 พบว่า โรคมะเร็ง โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับต้น ๆ ของประชาชนไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเมื่อพิจารณาอัตราการป่วยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2542 กลุ่มโรคหัวใจมีอัตราการป่วยสูงสุดของการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีอัตราการป่วย 230.81 รองลงมาคือโรคเบาหวาน 218.88 และโรคความดันโลหิตสูง 216.60 (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2544) ความสำคัญของการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่เพียงแต่เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่จำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต รวมถึงการควบคุมโรคและการรักษาพยาบาลตามอาการเพื่อลดความรุนแรงของอาการและอาการแสดง ยับยั้งความก้าวหน้าของโรค ลดภาวะแทรกซ้อนของโรคและอัตราการตายในผู้ป่วย นอกจากนั้นโรคเรื้อรังยังมีผลต่อภาระการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงและยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านกาย จิต อารมณ์และสังคม รวมถึงผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยอีกด้วย การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มุ่งเฉพาะโรคและการรักษาแต่เพียงอย่างเดียวคงไม่เพียงพอ แต่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะต้องได้รับการช่วยเหลือให้เพิ่มขีดความสามารถในการ

ปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสมและรับผิดชอบในการดูแลตนเอง (Self – care) (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537 : 19 ; อ้างอิงจาก Cluff. 1981. *Chronic disease, function and the quality of care.*)

ในทางการพยาบาล ได้มีความพยายามที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสามารถที่จะดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อให้บรรลุความมีสุขภาพดีถึงแม้จะมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ด้วยการพัฒนายุทธวิธีที่หลากหลาย ซึ่งแต่ละวิธีมีวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ ข้อจำกัดที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่ การให้ข้อมูล การให้คำปรึกษา การส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง การส่งเสริมกลุ่มสนับสนุนกันเอง การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าประสิทธิผลของการให้ความรู้และข้อมูลในรูปแบบต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวสูงขึ้น การวิจัยส่วนใหญ่จะวัดเรื่องความรู้เป็นหลัก แสดงให้เห็นว่าความรู้เป็นสิ่งที่จำเป็น แต่ไม่เพียงพอในการส่งเสริมการดูแลตนเองได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ และส่วนหนึ่งน่าจะเป็นจากศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละรายที่มีไม่เท่าเทียมกันในการที่จะนำความรู้ที่ได้ไปคิดพิจารณาและตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง (รัตนชฎาวรรณ มั่นกันนาน. 2542 : 38) การให้ความรู้ด้วยการสอนโดยถือว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพไม่ว่าจะเป็นพยาบาลหรือแพทย์เป็นผู้มีอำนาจเปรียบประดุจบิดามารดา หรือครูของผู้ป่วยเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง เพราะเป็นการสร้างสัมพันธภาพในรูปแบบที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาเจ้าหน้าที่สุขภาพ ผู้ป่วยอาจรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของตนเอง นอกจากนั้นการที่ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นเพียงผู้รับคำแนะนำและปฏิบัติตามอยู่ ไม่ได้มีส่วนในการควบคุมตนเอง ทำให้บางครั้งปัญหาจะเกิดขึ้นถ้าทัศนคติและความเชื่อของผู้ป่วยต่างจากเจ้าหน้าที่สุขภาพที่อาจไม่มีความเข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับวิถีชีวิต บริบททางสังคมวัฒนธรรมและความเป็นอยู่ของผู้ป่วย เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจในการรักษา รู้สึกว่าเป็นความทุกข์ทรมาน อันเกิดจากความไม่สอดคล้องกับชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ใช้เวลาของเขาในแต่ละวันอย่างมาก ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ทำให้เขาอ่อนเพลียหมดแรง เสียเงินจำนวนมากหรือต้องยุ่งยากในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ จึงเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะกระทำตามความคาดหวังดังกล่าว (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537 : 52 ; อ้างอิงจาก Strauss. 1975. *Chronic illness and the quality of life.*) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสมีส่วนร่วมในการกำหนดและตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษานั้นอย่างไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ทำให้ผลการรักษาไม่ดี

การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือโดยเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยร่วมกับการใช้แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศ มีเป้าหมายที่ต้องการให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการควบคุมโรคและสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยต้องเป็นผู้นำแผนการรักษาไปปฏิบัติและปรับใช้ด้วยวิธีการที่เหมาะสมตามสถานการณ์และสภาพชีวิตประจำวันด้วยตนเอง (Anderson.1995 : 412; Feste. 1992 : 922 – 923) ผลการวิจัยในรูปแบบการช่วยเหลือดังกล่าวพบว่าช่วยพัฒนาความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมทั้งช่วยควบคุมโรคได้ดีขึ้น (Anderson, et al. 1995 : 943)

การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยคำจำกัดความจะหมายถึง “กระบวนการเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้บุคคลมีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเองในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพ ด้วยการช่วยให้บุคคลตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในตน การได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมแบบเท่าเทียมกันในการค้นหาปัญหา พัฒนาการดูแลสุขภาพของตน รวมถึงการดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนภายใต้การสนับสนุนข้อมูลและทักษะ

อย่างเพียงพอจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ การสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือบุคคล รวมถึงการให้ข้อมูลและ/หรือส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนให้กับผู้ป่วยซึ่งจะเอื้ออำนวยและสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อให้บุคคลสามารถสร้างทางเลือกสำหรับดูแลสุขภาพของตนเองและมีความมุ่งมั่นทุ่มเทที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวทางที่ตนเองได้กำหนดขึ้น" (Rappaport. 1985; Zimmerman. 1990, 1995; Keiffer. 1984; Conger and Kanungo. 1988; Jones and Meleis. 1993; Miller. 1992; Dunst, Trivette and Deal. 1994; Katz. 1984; Gibson. 1995) ปรัชญาของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยอยู่บนหลักการ 2 ประการ **ประการแรก** แนวคิดนี้เชื่อว่าผู้ป่วยมีหน้าที่สำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและสุขภาพของตนเอง **ประการที่สอง** ปรัชญาการเสริมสร้างพลังอำนาจ เชื่อว่าผู้ป่วยเป็นผู้มีประสบการณ์อย่างต่อเนื่องยาวนานทั้งการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและการรักษาการเจ็บป่วยของตน ดังนั้นจึงมีสิทธิอันชอบธรรมที่จะเป็นบุคคลแรกที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลของตน ถึงแม้ว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพจะเข้ามามีบทบาทในกระบวนการตัดสินใจนี้ด้วยก็ตาม แต่การประเมินว่าอะไรคือสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยก็เป็นสิทธิอันชอบธรรมและหน้าที่ของบุคคลนั้นเอง (Feste. 1992 : 922 – 925; Gibson. 1991 : 354 – 361)

การปฏิบัติที่คำนึงถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นฐาน (Empowerment – base practice) เน้นการรับรู้ถึงความสำเร็จที่มีต่อสิ่งแวดล้อม การพิจารณาตนเองและการตระหนักถึงแรงขับดันทางสังคมที่ส่งผลทางด้านลบต่อชีวิตของบุคคล (Suk Bling. 1998 : 53 ; citing Parsons. 1991. *Empowerment: Purpose and practice principle in social work.*) โดยมีเป้าหมาย คือ การช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตนสามารถควบคุมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตนเองได้และยอมรับต่ออุปสรรคจากภายนอกไม่ว่าจะเป็นการแบ่งแยก (Discrimination) ความลำเอียง อคติ (Prejudice) และการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัว (Exploitation) ที่สร้างปัญหาต่อชีวิตของตน ด้วยสัมพันธภาพแห่งการช่วยเหลือ การเสริมสร้างพลังอำนาจจะลดอำนาจและการควบคุมของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่มีต่อผู้ป่วย ด้วยการเน้นที่จุดแข็งของผู้ป่วยมากกว่าโรคและการเจ็บป่วย (Suk Bling. 1998 : 53 – 54 ; citing Gutierrez and Ortega. 1990. *Developing methods to empower Latinos: the importance of groups.*) เมื่อแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ประยุกต์ใช้กับการเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้มีการวิจัยที่ยืนยันว่า ความรู้สึกถึงการควบคุมตนสามารถพัฒนาการปรับตัวให้เข้ากับการเจ็บป่วยทางกาย (Suk Bling. 1998 : 55) การที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมชะตาชีวิตของตนเองไม่เพียงส่งผลต่อสภาวะสุขภาพดี แต่ยังส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจและกระบวนการรักษาพยาบาล (Brighton. 1994 : 12 ; citing Neufeld, Degner and Dick. 1993. *A nursing intervention strategy to foster patient involvement in treatment decision.*) การศึกษาของ นาช (Nash) แสดงให้เห็นถึงผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการดูแลตนเอง รู้ว่าเมื่อไหร่และบริการทางการแพทย์อะไรที่จะต้องแสวงหา รวมถึงการมีความคิดทางด้านบวกและเอกลักษณ์ของตนเอง (Suk Bling. 1998 : 55 ; citing Nash 1990. *Self-help groups: An empowerment vehicle for sickle cell disease patients and their families.*)

การบริการพยาบาลที่ใช้แนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ อยู่บนหลักการของการยึดบุคคลหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การให้ความเคารพต่อความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และช่วยในการตัดสินใจในวิถีทางที่มีความหมายต่อตัวผู้ป่วยเอง นั่นคือการที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการกระตุ้นให้แสดงออกถึงความเป็นตัว

ของตัวเองด้วยการเสนอข้อมูลและความร่วมมือในการกระทำตามที่ตนตัดสินใจ (Berger, Anderson – Harper and Kavookjian. 2000 : 10 – 11)

หัวใจของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย คือ การปรับเปลี่ยนทัศนะของพยาบาลจากการเป็นผู้กระทำ (Doers) และผู้ควบคุมความรู้และข้อมูลไปสู่การเป็นผู้เอื้ออำนวย (Facilitators) และรับฟังผู้ป่วยอย่างแท้จริงว่าผู้ป่วยต้องการอะไร ไม่ใช่เกิดจากพยาบาลคิดเอาเองว่าผู้ป่วยต้องการอะไร (Kiser, Boario and Hilton. 1995 : 362) การยอมรับในคุณค่าของผู้ป่วยในฐานะปัจเจกบุคคลที่มีความแตกต่างกันในเรื่องของความเชื่อและประสบการณ์ที่มีต่อโรคและการเจ็บป่วย รวมถึงการยอมรับสิทธิของผู้ป่วยที่จะควบคุมชะตาชีวิตของตนเอง ดังนั้นการพัฒนาทักษะของวิชาชีพที่สำคัญให้กับพยาบาล จึงเป็นสิ่งที่สำคัญในการดำเนินงานตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป้าหมายของการฝึกอบรมพยาบาลในครั้งนี้ก็คือ การเอื้ออำนวยและส่งเสริมให้พยาบาลมีสมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่ประกอบด้วยความรู้ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลที่คำนึงถึงการให้คุณค่าแก่ผู้ป่วยในฐานะบุคคล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การส่งเสริมและเอื้ออำนวยพลังอำนาจในผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมภายใต้บรรยากาศแห่งการเรียนรู้ที่จะส่งเสริมให้พยาบาลได้มีประสบการณ์ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย โดยเชื่อว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพตนเอง ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในตน และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเอง อันจะนำไปสู่การพัฒนาความมีสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วยที่ยั่งยืนถึงแม้ว่าจะมีข้อจำกัดในเรื่องของการเจ็บป่วย

2. กลุ่มเป้าหมาย พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 20 คน

3. ระยะเวลาในการฝึกอบรม 3 สัปดาห์

4. เป้าหมายของหลักสูตร เพื่อให้พยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรมีสมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

5. จุดมุ่งหมายของหลักสูตร เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม

5.1 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

5.2 เข้าใจถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพกับการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

5.3 เข้าใจถึงองค์ประกอบสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

5.4 เข้าใจถึงบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

5.5 มีความรู้ที่จำในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

5.6 มีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

5.7 มีเจตคติทางบวกต่อการปฏิบัติงานการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

6. โครงสร้างหลักสูตร แบ่งเป็น 3 หน่วย คือ

หน่วยที่ 1 การเจ็บป่วยเรื้อรังกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

หน่วยที่ 2 สมรรถนะพยาบาลสำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

หน่วยที่ 3 การปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ใช้เทคนิคการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยผู้เข้ารับการอบรมจะมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เน้นไปที่การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์และการใช้กระบวนการกลุ่ม ด้วยการใช้กรณีตัวอย่าง การอภิปรายกลุ่ม การระดมสมองเพื่อการเรียนรู้ร่วมกับสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม และการฝึกปฏิบัติ

7. เนื้อหาหลักสูตร

หน่วยที่ 1 การเจ็บป่วยเรื้อรังกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

หัวข้อวิชาที่ 1 การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม : เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

1. อธิบายการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้
2. สามารถกำหนดแนวทางการวินิจฉัยภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรังได้

เนื้อหาการฝึกอบรม :

1. การเจ็บป่วยเรื้อรังกับการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย
3. การวินิจฉัยภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

กิจกรรมและวิธีดำเนินกิจกรรม :

1. วิทยากรบรรยาย : การเจ็บป่วยเรื้อรังกับการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. ผู้เข้ารับการอบรมประชุมทำกิจกรรมที่ 1 วิเคราะห์ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และอภิปรายผลการศึกษา
3. วิทยากรนำเสนอรายงานการศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย ผู้เข้ารับการอบรมประชุมกลุ่มทำกิจกรรมที่ 2 การระดมสมองเพื่อหาข้อสรุปความรู้เกี่ยวกับการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
4. ผู้เข้ารับการอบรมประชุมกลุ่มทำกิจกรรมที่ 3 การระดมสมองเพื่อหาแนวทางในการกำหนดการวินิจฉัยภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

สื่อประกอบกิจกรรม :

1. เอกสารประกอบการบรรยาย : การเจ็บป่วยเรื้อรังกับการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 1 : บทสัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 4 ราย

3. เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 2 : รายงานการศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย
4. เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 3 : การวินิจฉัยภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
5. ใบงานประกอบกิจกรรมการประชุมกลุ่ม

การประเมินผล :

1. การสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมในการประชุมกลุ่ม
2. การประเมินผลงานการประชุมกลุ่มของผู้เข้ารับการอบรม
   2.1 รายงานการวิเคราะห์ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
   2.2 ข้อสรุปความรู้เกี่ยวกับการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
   2.3 รายงานแนวทางในการกำหนดการวินิจฉัยภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

หัวข้อวิชาที่ 2 การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ : ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจกับการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม : เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

1. อธิบายถึงแนวคิดและหลักการสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. อธิบายถึงองค์ประกอบสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ
3. วิเคราะห์ขั้นตอนและกิจกรรมในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ

เนื้อหาการฝึกอบรม :

1. แนวคิดและหลักการสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. องค์ประกอบสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ

กิจกรรมและวิธีดำเนินกิจกรรม :

1. วิทยากรบรรยาย : การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. ผู้เข้ารับการอบรมประชุมกลุ่มทำกิจกรรมที่ 4 ศึกษากรณีตัวอย่าง : การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยและอภิปรายผลการศึกษา
3. ผู้เข้ารับการอบรมและวิทยากรสรุปผลการเรียนรู้

สื่อประกอบกิจกรรม :

1. เอกสารประกอบการบรรยาย : การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 4 : การศึกษากรณีตัวอย่าง : การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย
3. ใบงานประกอบกิจกรรมการประชุมกลุ่ม

การประเมินผล :

1. การสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมในการประชุมกลุ่ม
2. ผลการวิเคราะห์ขั้นตอนและกิจกรรมในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ

หน่วยที่ 2 สมรรถนะพยาบาลสำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ : ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพกับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม : เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

1. วิเคราะห์บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. สรุปสาระความรู้ที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

เนื้อหาการฝึกอบรม :

1. บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. การพยาบาลเพื่อลดภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. การสื่อสารในการปฏิบัติการพยาบาล
4. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยในการเผชิญความเครียด
5. การเอื้ออำนวยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กิจกรรมและวิธีดำเนินกิจกรรม :

1. ผู้เข้ารับการอบรมประชุมกลุ่มทำกิจกรรมที่ 5 ศึกษาบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังและอภิปรายผลการศึกษา
2. วิทยากรบรรยาย
   : การพยาบาลเพื่อลดภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
   : การสื่อสารในการปฏิบัติการพยาบาล
   : การพยาบาลเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยในการเผชิญความเครียด
   : การเอื้ออำนวยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. ระดมสมองและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อร่วมกันหาข้อสรุปความรู้สำหรับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

สื่อประกอบกิจกรรม :

1. เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 5 : การศึกษาบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. เอกสารประกอบการบรรยาย
   : การพยาบาลเพื่อลดภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
   : การสื่อสารกับการปฏิบัติการพยาบาล

: การพยาบาลเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยในการเผชิญความเครียด

: การเอื้ออำนวยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การประเมินผล :

1. การสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมในการประชุมกลุ่ม
2. ผลการวิเคราะห์บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

หน่วยที่ 3 การปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ : เพื่อ

1. ให้ผู้เข้ารับการอบรมมีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. เสริมสร้างเจตคติทางบวกต่อการปฏิบัติงานการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม : เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

1. ประเมินและวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อค้นหาภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. จัดลำดับความสำคัญของปัญหาการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย
3. วางแผนการพยาบาลเพื่อลดภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ
4. ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย
5. ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย
6. ตัดสินใจแก้ไขปัญหาในระหว่างกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยได้
7. เห็นคุณค่าของการเสริมสร้างพลังพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

เนื้อหาการฝึกอบรม :

การฝึกภาคปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

กิจกรรมและวิธีดำเนินกิจกรรม :

1. ผู้เข้ารับการอบรมแต่ละคนคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังคนละ 1 ราย
2. ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือก
3. ประชุมกลุ่มระดมสมองเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย
4. อภิปรายผลการศึกษากรณีตัวอย่าง
5. การประเมินผู้เข้ารับการอบรมต่อคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการพยาบาล
6. ผู้เข้ารับการอบรมและวิทยากรสรุปผลการเรียนรู้ และประเมินผลการฝึกปฏิบัติ

สื่อประกอบกิจกรรม :

1. คู่มือการปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
3. แบบบันทึกทางการพยาบาล
4. แบบรายงานการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

การประเมินผล :

1. รายงานผลการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยของผู้เข้ารับการอบรมแต่ละราย
2. ผลการประเมินความคิดเห็นผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกปฏิบัติ

8. วิธีดำเนินการฝึกอบรม มีวิธีการดำเนินงานเป็นขั้นตอนดังนี้

8.1 ก่อนเริ่มต้นกระบวนการฝึกอบรม วิทยากรจะนำเสนอวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม รูปแบบของการฝึกอบรม รวมถึงขั้นตอนกระบวนการฝึกอบรมในภาพรวม

8.2 ขั้นตอนการฝึกอบรม ดำเนินการตามแผนการฝึกอบรมซึ่งประกอบด้วย 3 หน่วยการเรียน 4 หัวข้อวิชา

8.3 การฝึกอบรมในแต่ละหน่วยการเรียน ใช้กิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรม คือ ให้ผู้เข้ารับการอบรมได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อการเรียนรู้ร่วมกับสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม รวมถึงการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์และข้อคิดเห็นต่าง ๆ ระหว่างผู้เข้ารับการอบรมด้วยกัน ด้วยการใช้กรณีตัวอย่าง การอภิปรายกลุ่ม การระดมสมองและการฝึกภาคปฏิบัติ อันจะทำให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ค้นพบและเรียนรู้ด้วยตนเอง ขั้นตอนในการทำกิจกรรมมีดังนี้

8.3.1 ขั้นนำ เป็นขั้นนำเข้าสู่กิจกรรมที่จะต้องทำร่วมกัน

8.3.2 ขั้นกิจกรรม เป็นขั้นที่ผู้เข้ารับการอบรมต้องลงมือกระทำสิ่งต่าง ๆ ตามที่ได้กำหนด

8.3.3 ขั้นอภิปราย เป็นขั้นที่ผู้เข้ารับการอบรมนำสิ่งที่ได้พบระหว่างการทำกิจกรรมมาปรึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

8.3.4 ขั้นสรุป เป็นการสรุปความคิดเห็นต่าง ๆ ที่ได้จากการร่วมทำกิจกรรมและการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สำหรับนำไปใช้ในขั้นตอนการเรียนรู้ต่อไปหรือสำหรับนำไปใช้ประโยชน์ต่อวิชาชีพ

8.4 ขณะดำเนินการฝึกอบรมจะใช้การสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประชุมกลุ่ม การอภิปราย การแสดงความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรม ผลงานการทำกิจกรรมกลุ่ม และผลการฝึกภาคปฏิบัติของผู้เข้ารับอบรมที่แสดงถึงพัฒนาการทางด้านความรู้ ความเข้าใจต่อการเรียนรู้

8.5 การประเมินภายหลังการฝึกอบรมจะใช้การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจเนื้อหาการเรียนรู้ และการนำความรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม

9. การวัดและประเมินผลการฝึกอบรม

กระบวนการวัดและประเมินผลการฝึกอบรมตามหลักสูตรนี้ ประกอบด้วย

9.1 การประเมินผลสัมฤทธิ์ของผู้เข้ารับการอบรม ประกอบด้วยการประเมิน 4 ด้าน คือ ด้านความรู้ ด้านเจตคติ ด้านทักษะ และด้านการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรม

9.1.1 ด้านความรู้ ใช้การประเมินจากผลงานการประชุมกลุ่ม การอภิปรายระดมสมอง รายงานการฝึกภาคปฏิบัติ และการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจและการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม

9.1.2 ด้านเจตคติ ใช้การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังภายหลังการฝึกอบรม

9.1.3 ด้านทักษะ ใช้การประเมินผลรายงานการฝึกภาคปฏิบัติของผู้เข้ารับการอบรมแต่ละคน

9.1.4 การประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรม ใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมต่อกิจกรรมการประชุมกลุ่ม

9.2 การประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม ใช้การประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อกระบวนการฝึกปฏิบัติและกระบวนการฝึกอบรม

10. เครื่องมือสำหรับการวัดและประเมินผลการฝึกอบรม

10.1 แบบสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมในแต่ละกิจกรรมกลุ่ม เป็นการประเมินระดับการแสดงพฤติกรรมที่กำหนด โดยผู้ประเมินจากภายนอก

10.2 แบบประเมินผลงานการประชุมกลุ่ม เป็นการประเมินผลงานการประชุมกลุ่มโดยผู้ประเมินจากภายนอก

10.3 แบบประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจและการนำความรู้ ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

10.4 แบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้เข้ารับการอบรมเขียนบรรยายสิ่งที่ได้เรียนรู้ตามการรับรู้ของผู้เข้ารับการอบรม โดยทำการประเมินภายหลังสิ้นสุดการฝึกอบรม

10.5 แบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เป็นแบบประเมินที่ให้ผู้เข้ารับการอบรมเขียนบรรยายอย่างอิสระ โดยทำการประเมินภายหลังสิ้นสุดการฝึกอบรม

10.6 แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกปฏิบัติ ประเมินผู้เข้ารับการอบรมภายหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ

10.7 ประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อหลักสูตรฝึกอบรม ประเมินผู้เข้ารับการอบรมภายหลังสิ้นสุดการอบรม เพื่อประเมินระดับความเหมาะสมของการจัดการเรียนการสอน เอกสารสื่อประกอบการเรียนการสอนและระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกอบรม

11. คู่มือและแบบบันทึกที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติ

11.1 คู่มือการปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการฝึกปฏิบัติของผู้เข้ารับการอบรม โดยแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับ การเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติ ขั้นตอนการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล บันทึกที่ใช้ในการปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

11.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

11.3 แบบบันทึกทางการพยาบาล

11.4 แบบรายงานการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ผลการตรวจสอบเอกสารหลักสูตร

เมื่อนำหลักสูตรฝึกอบรมไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 8 คน ประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของหลักสูตร มีผู้เชี่ยวชาญ 2 คน ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะการปรับปรุงหลักสูตร แต่ไม่ได้ประเมินในแบบประเมินหลักสูตร ผลการประเมินหลักสูตรได้ผลดังนี้.-

1. การประเมินความเหมาะสมของหลักสูตร ผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ประเด็นการประเมินความเหมาะสมของหลักสูตร มีความเหมาะสมในระดับมากถึงมากที่สุดในทุกประเด็น โดยประเด็นสภาพปัญหาและความจำเป็นในการฝึกอบรมและเป้าหมายของหลักสูตรได้รับการประเมินความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ในบางประเด็นการประเมินแม้จะได้รับการประเมินว่ามีความเหมาะสมในระดับมาก แต่ก็มีความเบี่ยงเบนมาตรฐานสูง ได้แก่ จุดมุ่งหมายของหลักสูตร สื่อการเรียนการสอนและการวัดและประเมินผลในหน่วยที่ 1 และเนื้อหาการฝึกอบรมในหน่วยที่ 3 (S.D. = .75, .86, .86 และ 1.47 ตามลำดับ) ซึ่งแสดงว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมีความแตกต่างกันมากกว่าประเด็นอื่น ๆ ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม

ข้อ	ประเด็นการประเมิน	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความเหมาะสม
1.	สภาพปัญหาและความจำเป็นในการฝึกอบรม	4.50	.63	มากที่สุด
2.	เป้าหมายของหลักสูตร	4.56	.45	มากที่สุด
3.	จุดมุ่งหมายของหลักสูตร	4.37	.75	มาก
4.	โครงสร้างของหลักสูตร	4.33	.46	มาก
5.	หน่วยที่ 1			
	5.1 จุดประสงค์ของหน่วยการเรียน	4.00	.63	มาก
	5.2 จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	3.95	.69	มาก
	5.3 เนื้อหาการฝึกอบรม	4.20	.37	มาก
	5.4 กิจกรรมและวิธีดำเนินกิจกรรม	3.72	.40	มาก
	5.5 สื่อการเรียนการสอน	3.83	.86	มาก
	5.6 การวัดและประเมินผล	3.83	.86	มาก
6.	หน่วยที่ 2			
	6.1 จุดประสงค์ของหน่วยการเรียน	4.22	.58	มาก
	6.2 จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	4.04	.57	มาก
	6.3 เนื้อหาการฝึกอบรม	3.95	.60	มาก
	6.4 กิจกรรมและวิธีดำเนินกิจกรรม	4.22	.49	มาก
	6.5 สื่อการเรียนการสอน	4.00	.63	มาก
	6.6 การวัดและประเมินผล	4.05	.53	มาก

ตาราง 5 (ต่อ)

ข้อ	ประเด็นการประเมิน	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความเหมาะสม
7.	หน่วยที่ 3			
	7.1 จุดประสงค์ของหน่วยการเรียน	4.44	.50	มาก
	7.2 จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	4.16	.70	มาก
	7.3 เนื้อหาการฝึกอบรม	3.83	1.47	มาก
	7.4 กิจกรรมและวิธีดำเนินกิจกรรม	4.28	.45	มาก
	7.5 สื่อการเรียนการสอน	3.94	.57	มาก
	7.6 การวัดและประเมินผล	3.83	.46	มาก

2. การประเมินความสอดคล้องของหลักสูตร ผลการประเมินความสอดคล้องของหลักสูตร พบว่าการประเมินหลักสูตรมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.67 - 1.00 แสดงว่าหลักสูตรมีความสอดคล้องกันทุกประเด็น ประเด็นที่ค่าดัชนีมีความสอดคล้องกันน้อย ได้แก่ จุดมุ่งหมายของหลักสูตรกับจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมในหน่วยที่ 3 ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญที่ประเมินความสอดคล้องประเด็นนี้ว่าไม่แน่ใจ พบว่าเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับข้อความในจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมที่บางข้อไม่สะท้อนวัตถุประสงค์หลัก และไม่สามารถวัดและประเมินผลได้จริง ซึ่งอาจจะมีผลต่อการบรรลุจุดมุ่งหมายของหลักสูตรได้ ผลการประเมินความสอดคล้องของหลักสูตร ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 ความสอดคล้องของหลักสูตร

ข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดัชนีความสอดคล้อง	ความหมาย
1.	สภาพปัญหาและความจำเป็นกับเป้าหมายของหลักสูตร	1.00	สอดคล้อง
2.	เป้าหมายของหลักสูตรกับจุดมุ่งหมายของหลักสูตร	.83	สอดคล้อง
3.	จุดมุ่งหมายของหลักสูตรกับหน่วยการเรียน	1.00	สอดคล้อง
4.	จุดมุ่งหมายของหลักสูตรกับจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมในหน่วยที่ 1	.83	สอดคล้อง
5.	จุดมุ่งหมายของหลักสูตรกับจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมในหน่วยที่ 2	.83	สอดคล้อง
6.	จุดมุ่งหมายของหลักสูตรกับจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมในหน่วยที่ 3	.67	สอดคล้อง
7.	ความสอดคล้องภายในของหน่วยที่ 1		
	7.1 จุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับขอบเขตเนื้อหาวิชา	.83	สอดคล้อง
	7.2 ขอบเขตเนื้อหาวิชากับกิจกรรมการเรียนการสอน	.83	สอดคล้อง
	7.3 กิจกรรมการเรียนการสอนกับสื่อการเรียนการสอน	.83	สอดคล้อง
	7.4 จุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับการวัดและประเมินผล	.83	สอดคล้อง
8.	ความสอดคล้องภายในของหน่วยที่ 2		
	8.1 จุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับขอบเขตเนื้อหาวิชา	1.00	สอดคล้อง
	8.2 ขอบเขตเนื้อหาวิชากับกิจกรรมการเรียนการสอน	.83	สอดคล้อง

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อ	ประเด็นการประเมิน	ดัชนีความสอดคล้อง	ความหมาย
	8.2 กิจกรรมการเรียนการสอนกับสื่อการเรียนการสอน	.83	สอดคล้อง
	8.4 จุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับการวัดและประเมินผล	.83	สอดคล้อง
9.	ความสอดคล้องภายในของหน่วยที่ 3		
	9.1 จุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับขอบเขตเนื้อหาวิชา	1.00	สอดคล้อง
	9.2 ขอบเขตเนื้อหาวิชากับกิจกรรมการเรียนการสอน	.83	สอดคล้อง
	9.3 กิจกรรมการเรียนการสอนกับสื่อการเรียนการสอน	1.00	สอดคล้อง
	9.4 จุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับการวัดและประเมินผล	.83	สอดคล้อง

ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญต่อหลักสูตรฝึกอบรม

นอกเหนือจากการประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรและความสอดคล้องของหลักสูตรของผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต่อหลักสูตรฝึกอบรม สรุปได้ดังนี้

1. ด้านจุดมุ่งหมายของหลักสูตร ควรมีการปรับแก้ความชัดเจนของการเขียน และการใช้ภาษาให้ครอบคลุมสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้เข้ารับการอบรมตามเป้าหมายของหลักสูตร โดยที่จุดมุ่งหมายของหลักสูตรจะต้องกว้างกว่าจุดมุ่งหมายในแต่ละหน่วยการเรียน

2. ด้านจุดประสงค์เชิงพฤติกรรม ยังไม่สะท้อนวัตถุประสงค์หลัก ควรปรับแก้ความชัดเจนของการเขียนและการใช้ภาษา

3. ด้านเนื้อหาการฝึกอบรม

3.1 ในหน่วยที่ 1 แบ่งเป็น 2 หัวข้อวิชา มีความซ้ำซ้อนกัน ควรปรับรวมกันและเรียงลำดับเนื้อหาใหม่

3.2 เนื้อหาการฝึกอบรมในหน่วยที่ 1 และ 2 มากเกินไปที่จะทำให้ผู้เข้ารับการอบรมอ่านทำความเข้าใจและทบทวนได้ในระยะเวลาอันสั้น ควรปรับเนื้อหาให้มีความกระชับ และมีความเฉพาะเจาะจงกับสิ่งที่ต้องการให้ผู้เข้ารับการอบรมเรียนรู้

3.3 เนื้อหาการฝึกอบรมในหน่วยที่ 3 ควรเพิ่มรายละเอียดให้มากขึ้น

4. ด้านการวัดและประเมินผล

4.1 การนำเสนอผลงานการประชุมกลุ่มของผู้เข้ารับการอบรม จะต้องสะท้อน

4.1.1 การมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมในการทำผลงานกลุ่ม

4.1.2 การแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจของผู้เข้ารับการอบรมในแต่ละกลุ่มต่อประเด็นการประชุมกลุ่มที่กำหนด

4.2 การประเมินผลรายงานการฝึกปฏิบัติ จะต้องกำหนดว่าจะดูอะไรในรายงานการฝึกปฏิบัติ คุณภาพของรายงานคืออะไร

ผลการทดลองใช้หลักสูตรฝึกอบรม

การดำเนินการทดลองฝึกอบรมในสภาพการณ์จริง ทำให้ได้ข้อค้นพบที่มีประโยชน์ต่อการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ดังนี้

1. ความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกอบรม

ตามที่กำหนดในหลักสูตรฝึกอบรม การจัดการเรียนการสอนสำหรับหน่วยการเรียนที่ 1 และ 2 จะใช้เวลาประมาณ 17 ชั่วโมง หรือประมาณ 3 วันทำการ เมื่อผู้วิจัยได้ทดลองดำเนินการจัดการเรียนการสอนตามสภาพการณ์จริง พบว่ามีบางกิจกรรมใช้เวลาต่างจากที่ได้กำหนดไว้ในตารางการฝึกอบรม โดยภาพรวมแล้วระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการฝึกอบรมจริง ใช้เวลาไปทั้งสิ้น 14.25 ชั่วโมง ซึ่งน้อยกว่าที่กำหนดไว้ 2.35 ชั่วโมง รายละเอียดแสดงการเปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกอบรมจำแนกตามกิจกรรมการฝึกอบรมระหว่างเวลาที่กำหนดไว้ในตารางการฝึกอบรมกับที่ดำเนินการตามสภาพการณ์จริง ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 แสดงการเปรียบเทียบระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกอบรม จำแนกตามกิจกรรมการฝึกอบรมระหว่างเวลาที่กำหนดไว้ในตารางการฝึกอบรมกับที่ดำเนินการตามสภาพการณ์จริง

กิจกรรมการฝึกอบรม	เวลาตามที่กำหนดไว้ในตารางการฝึกอบรม (ชั่วโมง)	เวลาตามที่ใช้ดำเนินการฝึกอบรมจริง (ชั่วโมง)
1. บรรยาย : การเจ็บป่วยเรื้อรังกับการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	1.00	1.30
2.ประชุมกลุ่มวิเคราะห์ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	1.00	1.00
3. อภิปรายผลการศึกษากรณีตัวอย่าง	45 นาที	50 นาที
4. บรรยาย : การศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทยและอภิปรายทั่วไปเพื่อสรุปความรู้เกี่ยวกับการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย	1.30	1.00
5. ประชุมกลุ่มระดมสมองเพื่อกำหนดแนวทางในการวินิจฉัยภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	1.00	1.00
6. บรรยาย : การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	1.15	1.25
7. ประชุมกลุ่มศึกษากรณีตัวอย่าง : การเสริมสร้างพลังอำนาจ	2.00	1.00
8. อภิปรายผลการศึกษากรณีตัวอย่าง	1.00	1.00
9. ศึกษาบทบาทและสมรรถนะพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	1.00	55 นาที

ตาราง 7 (ต่อ)

กิจกรรมการฝึกอบรม	เวลาตามที่กำหนดไว้ในตารางการฝึกอบรม (ชั่วโมง)	เวลาตามที่ใช้ดำเนินการฝึกอบรมจริง (ชั่วโมง)
10. อภิปรายผลการศึกษา	1.00	45 นาที
11. บรรยาย : การพยาบาลเพื่อลดภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	1.15	45 นาที
12. บรรยาย : การสื่อสารในการปฏิบัติการพยาบาล	1.00	45 นาที
13. บรรยาย : การพยาบาลเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยในการเผชิญความเครียด	1.00	1.00
14. บรรยาย : การเอื้ออำนวยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	1.15	30 นาที
15. สรุปองค์ความรู้	1.00	1.00
รวม	**17.00**	**14.25**

ผลจากการทดลองฝึกอบรมแสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาที่ใช้สำหรับการจัดการเรียนการสอนสำหรับหน่วยที่ 1 และ 2 ที่เหมาะสมคือประมาณ 3 วัน ซึ่งจะช่วยให้การเรียนการสอนเนื้อหาและการจัดกิจกรรมในแต่ละวันไม่มากเกินไปสำหรับผู้เข้ารับการอบรม นอกจากนั้นยังช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมได้มีโอกาสทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ในแต่ละวัน และเตรียมความพร้อมเพื่อการเรียนรู้ในวันต่อไป

2. ความเหมาะสมของการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรฝึกอบรม

ผลการประเมินความเหมาะสมของการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรฝึกอบรม มีดังนี้

2.1 ความเหมาะสมของกิจกรรมการบรรยาย จากข้อมูลการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อหลักสูตรฝึกอบรม พบว่า เนื้อหาวิชาของการฝึกอบรมและการนำเสนอของวิทยากรในแต่ละหัวข้อวิชามีความเหมาะสมในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.18, 4.06 ตามลำดับ) และจากข้อวิจารณ์ของผู้เข้ารับการอบรมที่ว่าแม้เนื้อหาในการฝึกอบรมจะมีมาก แต่วิทยากรสามารถสรุปได้ดี มีความชัดเจน

2.2 ความเหมาะสมของกิจกรรมการประชุมกลุ่ม

กิจกรรมการประชุมกลุ่มตามแผนการฝึกอบรมมีทั้งสิ้น 5 กิจกรรม แต่ในการทดลองฝึกอบรมใช้ 4 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 การประชุมกลุ่มวิเคราะห์ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

กิจกรรมที่ 2 การประชุมระดมสมองเพื่อหาแนวทางในการกำหนดการวินิจฉัยภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กิจกรรมที่ 3 การประชุมกลุ่มศึกษากรณีตัวอย่าง : การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กิจกรรมที่ 4 การประชุมกลุ่มศึกษาบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

สำหรับการประชุมระดมสมองเพื่อหาข้อสรุปความรู้เกี่ยวกับการสูญเสียพลังอำนาจ ไม่ได้มีการจัดกิจกรรมนี้ตามที่กำหนดไว้ในตารางการฝึกอบรม เนื่องจากในระหว่างการทดลองนั้น ผู้วิจัยพบว่ากิจกรรมนี้มีความต่อเนื่องกับกิจกรรมที่ 1 คือ กิจกรรมการวิเคราะห์ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการเรียนรู้จึงได้ปรับรวมทั้ง 2 กิจกรรมนี้เข้าด้วยกัน โดยภายหลังจากผู้เข้ารับการอบรมได้ทำกิจกรรมที่ 1 และอภิปรายผลการประชุมกลุ่มเสร็จสิ้นลง วิทยากรได้บรรยายการศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย จากนั้นได้จัดให้เป็นการอภิปรายทั่วไปเพื่อหาข้อสรุปความรู้เกี่ยวกับการสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่ได้สะท้อนความคิดเห็นพอสมควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับสิ่งที่ผู้เข้ารับการอบรมได้อ่านจากบทสัมภาษณ์ผู้ป่วยในกิจกรรมที่ 1 และจากการบรรยายการศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย "เป็นความจริงที่เรามักมองข้ามเรื่องนี้ไป" "เราไม่ค่อยมีเวลาพูดคุยกับผู้ป่วย ถ้าได้พูดคุยคงได้อะไรมากกว่านี้" "เพียงแต่การเจ็บป่วยทางกายอย่างเดียวคงไม่พอ เพราะสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจเกิดได้จากสิ่งที่แวดล้อมผู้ป่วย ที่สำคัญคือพวกเรานั่นเอง"

ผลการประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมกลุ่มที่ใช้ในการฝึกอบรม สรุปได้ดังนี้

2.2.1 การมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรม จากผลการประเมินพบว่าพฤติกรรมการเข้าร่วมในกิจกรรมการประชุมกลุ่มและความกระตือรือร้นของผู้เข้ารับการอบรมในระหว่างกิจกรรมการประชุมกลุ่มในทุกกิจกรรมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.5 - 4.5) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในระหว่างกิจกรรมการประชุมกลุ่มพบว่า ในกิจกรรมที่ 1 การวิเคราะห์ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พฤติกรรมการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.2) ในขณะที่กิจกรรมที่ 2 , 3 และ 4 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในระหว่างกิจกรรมการประชุมกลุ่มอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.25 , 4.25 และ 3.75 ตามลำดับ) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในระหว่างการอภิปรายผลการประชุมกลุ่มกิจกรรมที่ 1 และกิจกรรมที่ 3 ได้รับการประเมินการมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.0) ในขณะที่กิจกรรมที่ 2 และ 4 นั้น พฤติกรรมการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.5 และ 4.0 ตามลำดับ) รายละเอียดดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 ผลการประเมินพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมในการประชุมกลุ่มจำแนกตามรายกิจกรรม

พฤติกรรม	ค่าเฉลี่ยระดับการแสดงพฤติกรรม ($\bar{X}$)			
	กิจกรรมที่ 1	กิจกรรมที่ 2	กิจกรรมที่ 3	กิจกรรมที่ 4
1. การเข้าร่วมในกิจกรรมการประชุมกลุ่ม	4.0	4.0	4.5	3.75
2. ความกระตือรือร้นของผู้เข้ารับการอบรมในระหว่างกิจกรรมการประชุมกลุ่ม	3.5	3.5	4.0	3.5
3. การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในระหว่างกิจกรรมการประชุมกลุ่ม	3.2	4.25	4.25	3.75
4. การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในระหว่างการอภิปรายผลการประชุมกลุ่ม	3.0	3.5	3.0	4.0

ข้อสังเกตที่ผู้ทำการประเมินบันทึกไว้ พบว่า

1. ในกิจกรรมที่ 1 การวิเคราะห์ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง บทสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีจำนวน 4 เรื่อง ซึ่งทุกกลุ่มต้องทำการศึกษาทั้ง 4 เรื่อง เพื่อหาข้อสรุปตามที่กำหนดในใบงาน ในช่วงแรกของการประชุมกลุ่ม สมาชิกแต่ละคนใช้เวลาไปกับการอ่านบทสัมภาษณ์ ทำให้ช่วงแรกประมาณครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงพบว่าแต่ละกลุ่มจะไม่มีปฏิสัมพันธ์กัน หลังจากที่ทุกคนอ่านบทสัมภาษณ์เสร็จจึงเริ่มมีการแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่ม แต่ถึงกระนั้นการแสดงความคิดเห็นในระหว่างการประชุมยังมีน้อย สำหรับการแสดงความคิดเห็นระหว่างการอภิปรายผลมีบ้างแต่ไม่มากนัก

ผู้ทำการประเมินได้ให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้วิจัยว่า บทสัมภาษณ์ควรให้แต่ละกลุ่มทำการศึกษาเพียงกลุ่มละเรื่องก็พอ เนื่องจากผู้เข้ารับการอบรมจะได้ไม่ใช้เวลามากนักกับการอ่านบทสัมภาษณ์ และเมื่อมีการอภิปรายผลก็ให้แต่ละกลุ่มสรุปกรณีที่ได้ทำการศึกษาให้ฟังคร่าว ๆ ก่อนนำเสนอผลงานกลุ่ม จะช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมที่ไม่ได้อ่านบทสัมภาษณ์นั้น ๆ เกิดความสนใจที่จะรับฟังการอภิปรายของกลุ่มอื่นมากขึ้น และจะช่วยกระตุ้นการแสดงความคิดเห็นและการอภิปรายในระหว่างการนำเสนอผลงานของแต่ละกลุ่มมากกว่านี้

2. ในกิจกรรมที่ 2 ภายหลังจากกิจกรรมการประชุมกลุ่มและการเรียนการสอนในภาคเช้า ภายในกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม ร่วมแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่มมากขึ้น มีการร่วมกันอภิปรายประเด็นที่เป็นปัญหาและข้อสงสัย การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในระหว่างการอภิปรายผลมีมากขึ้น

3. ในกิจกรรมที่ 3 สมาชิกทั้ง 4 กลุ่มมีการแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นและรับฟังความคิดเห็นภายในกลุ่มเป็นอย่างดี บรรยากาศผ่อนคลาย แต่การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นระหว่างการอภิปรายผลการประชุมกลุ่มยังมีน้อย

4. ในกิจกรรมที่ 4 สมาชิกในแต่ละกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล การส่วนร่วมในการประชุมกลุ่ม และการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นระหว่างการอภิปรายผลมาก

2.2.2 การประเมินผลงานการประชุมกลุ่มและการอภิปราย

การประเมินผลงานการประชุมกลุ่มและการอภิปรายผล พบว่า

2.2.2.1 การนำเสนอผลงานการประชุมกลุ่มของทุกกลุ่ม สามารถนำเสนอได้ตรงตามประเด็นที่กำหนดในใบงาน แม้บางครั้งผู้เข้าอบรมไม่เข้าใจในประเด็นที่กำหนด ก็จะซักถามวิทยากรและได้รับการอธิบายจากวิทยากรจนเข้าใจ

2.2.2.2 การให้เหตุผลหรืออธิบายในประเด็นที่อภิปราย ในกิจกรรมที่ 1 , 3 และ 4 แต่ละกลุ่มอภิปรายให้เหตุผลและอธิบายสิ่งที่ประชุมกลุ่มได้ดี ยกเว้นในกิจกรรมที่ 2 การประชุมระดมสมองเพื่อหาแนวทางในการกำหนดการวินิจฉัยภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังไม่มีความชัดเจนในการอภิปราย

3. ผลสัมฤทธิ์ของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้และเจตคติ

3.1 ผลสัมฤทธิ์ของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้

3.1.1 การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจและการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

จากการวิเคราะห์ผลการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมที่ส่งแบบประเมินกลับมาจำนวน 18 ฉบับ จากผู้เข้ารับการอบรมทั้งสิ้น 39 คน คิดเป็นร้อยละ 46.1 พบการประเมินตนเองของ

ผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจที่ได้รับจากการเรียนรู้อยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และการเจ็บป่วยเรื้อรังกับการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ($\bar{X}$ = 4.07, 4.06 ตามลำดับ)

ตาราง 9 แสดงผลการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้และความเข้าใจที่ได้รับจากการเรียนรู้

เนื้อหา	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
หน่วยที่ 1 การเจ็บป่วยเรื้อรังกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ			
1. การเจ็บป่วยเรื้อรังกับการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	4.06	.44	มาก
2. พลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย	3.94	.25	มาก
3. การวินิจฉัยภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	3.63	.72	มาก
4. แนวคิดและหลักการสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	3.63	.72	มาก
5. องค์ประกอบสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ	3.81	.66	มาก
หน่วยที่ 2 สมรรถนะพยาบาลสำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง			
1. บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	4.07	.46	มาก
2. การพยาบาลเพื่อลดภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	3.87	.52	มาก
3. การสื่อสารในการปฏิบัติการพยาบาล	3.63	.50	มาก
4. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยในการเผชิญความเครียด	3.69	.60	มาก
5. การเอื้ออำนวยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	3.60	.51	มาก

ผลการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมแสดงให้เห็นว่ากระบวนการจัดการเรียนการสอนของหลักสูตรฝึกอบรมสามารถทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในผู้เข้ารับการอบรมได้ในระดับมาก แต่ในเรื่องการวินิจฉัยภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังและแนวคิดและหลักการสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมีค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานสูง (S.D. = .72) แสดงว่าผู้เข้ารับการอบรมมีการประเมินที่แตกต่างกันมาก

ตาราง 10 แสดงผลการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมต่อการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

เนื้อหา	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
หน่วยที่ 1 การเจ็บป่วยเรื้อรังกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ			
1. การเจ็บป่วยเรื้อรังกับการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	3.75	.68	มาก
2. พลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย	3.56	.63	มาก
3. การวินิจฉัยภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	3.69	.70	มาก
3. แนวคิดและหลักการสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	3.75	.68	มาก
5. องค์ประกอบสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ	3.81	.54	มาก
หน่วยที่ 2 สมรรถนะพยาบาลสำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง			
1. บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	3.75	.68	มาก
2. การพยาบาลเพื่อลดภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	3.81	.66	มาก
3. การสื่อสารในการปฏิบัติการพยาบาล	3.94	.44	มาก
4. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยในการเผชิญความเครียด	3.73	.70	มาก
5. การเอื้ออำนวยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	3.67	.72	มาก

ผลการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านการนำความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ในระดับมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้เรื่องการสื่อสารในการปฏิบัติการพยาบาล ($\bar{X}$ = 3.94) รองลงมาคือการพยาบาลเพื่อลดภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ($\bar{X}$ = 3.81) แต่ในเรื่องการเอื้ออำนวยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเรื้อรัง การวินิจฉัยภาวะสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง การพยาบาลเพื่อส่งเสริม ผู้ป่วยในการเผชิญความเครียด มีค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานสูง(S.D. = .72, .70 และ .70 ตามลำดับ) แสดงว่าผู้เข้ารับการอบรมมีการประเมินที่แตกต่างกันมาก

3.1.2 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม

จากการรวบรวมคำตอบของผู้เข้ารับการอบรมที่ตอบกลับมาจำนวนทั้งสิ้น 18 ฉบับ จากผู้เข้ารับการอบรมทั้งสิ้น 39 คน คิดเป็นร้อยละ 46.1 ของผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมด พบว่าผู้เข้ารับการอบรมประเมินตนเองด้านการเรียนรู้ที่สะท้อนความรู้ ความเข้าใจต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้เข้ารับการอบรมได้รับจากกระบวนการฝึกอบรม สรุปได้ดังนี้

3.1.2.1 ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจ ผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่สามารถสรุปความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจได้อย่างชัดเจน ตัวอย่าง เช่น “ ผู้ป่วยมีการสูญเสียพลังอำนาจเนื่องจากผลจากการเจ็บป่วยเอง ด้านร่างกายอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ไม่

สามารถทำงานหรือกิจวัตรประจำวันได้ สมรรถภาพทางกายลดลงและจากผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น รู้สึกกลัว ท้อแท้ หมดหวัง ทรมานต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่และมีความเครียด ไม่สามารถควมคุมโรคได้และรู้สึกเป็นภาระต่อผู้อื่น ต้องมีคนคอยดูแล และสูญเสียพลังอำนาจจากพฤติกรรมของทีมสุขภาพ ท่าทีที่แสดงออกกับผู้ป่วยทำให้รู้สึกกลัว ไม่กล้าถาม เกรงใจ ไม่กล้ารบกวน กลัวการถูกต่อว่าหรือดุ กลัวไม่รักษา"

3.1.2.2 แนวคิดและปรัชญาของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้เข้ารับการอบรมบางคนได้เขียนบรรยายสิ่งที่เรียนรู้ในเชิงของแนวคิดและปรัชญาของการเสริมสร้างพลังอำนาจตัวอย่าง เช่น "การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจะเน้นไปที่การเพิ่มความสามารถให้กับผู้ป่วย เตรียมผู้ป่วยให้รับรู้ถึงข้อจำกัดและพฤติกรรมที่ต้องปรับเปลี่ยนด้วยการให้ข้อมูล ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตนที่เหมาะสม โดยให้ความเคารพต่อความเชื่อ ค่านิยมและประสบการณ์ของผู้ป่วย ช่วยให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อให้รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้"

3.1.2.3 แนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังแสดงในการเขียนบรรยายของผู้เข้ารับการอบรม "เมื่อเราวินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยมีการสูญเสียพลังอำนาจ ต้องมีการช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยโดยการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้ทราบปัญหาโดยใช้ทักษะการสื่อสารที่ดีและเคารพในความเป็นบุคคล ถือว่าผู้ป่วยเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพ เพราะเขาต้องดูแลตนเอง เคารพในความเชื่อ ทัศนคติ ค่านิยมและประสบการณ์ของผู้ป่วย และช่วยให้เขาเกิดการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ และช่วยให้เขาเลือกตัดสินใจหากลวิธีในการดูแลตนเองได้ เป็นผู้สนับสนุนเอื้ออำนวยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการดูแลตนเอง"

3.1.2.4 บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจ นอกจากการสรุปความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้วยังมีผู้เข้าการอบรมบางรายได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ตัวอย่างเช่น "บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ คือ เป็นผู้เอื้ออำนวยทรัพยากร ผู้ช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับต่อสภาพการเจ็บป่วยตรงตามสภาพจริง เชื่อว่าตนเองสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตของตนเองได้ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่และเชื่อว่าในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ยังมีความหมาย"

นอกจากนี้ยังได้แสดงทัศนะอื่นๆ ถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการฝึกอบรมครั้งนี้ได้แก่ "กระบวนการที่ได้เรียนรู้จากการอบรมชี้ให้เห็นว่าเราจะสามารถช่วยบุคคลเหล่านี้ได้อย่างไร" "ได้เรียนรู้ถึงแนวคิดและกระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย โดยมีวิธีการและขั้นตอนต่าง ๆ มากมายที่สามารถดึงความรู้ที่ได้รับไปใช้ตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละรายตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยพยาบาลมุ่งให้ความสำคัญที่ผู้ป่วยเป็นหลัก เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและสามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ รวมทั้งสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข"

3.2 ผลสัมฤทธิ์ของผู้เข้ารับการอบรมด้านเจตคติ

3.2.1 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

จากการรวบรวมคำตอบของผู้เข้ารับการอบรมที่ตอบกลับมาจำนวนทั้งสิ้น 18 ฉบับ จากผู้เข้ารับการอบรมทั้งสิ้น 39 คน คิดเป็นร้อยละ 46.1 พบว่าผู้เข้ารับการอบรมทุกคนที่ส่งแบบสอบถามกลับมาแสดงความคิดว่าจะนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยได้แสดงทัศนะถึงเหตุผลของการที่จะนำแนวคิดนี้ไปใช้ที่สะท้อนถึงทัศนคติและความเข้าใจของผู้เข้ารับการอบรมที่มี

ต่อผู้ป่วย การพยาบาลและการเสริมสร้างพลังอำนาจภายหลังผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรไป 2 หน่วยการเรียน สรุปได้ดังนี้

3.2.1.1 ทัศนคติทางบวกที่มีต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่แสดงออกถึงการให้ความเคารพต่อความเป็นบุคคลของผู้ป่วย "ผู้ป่วยส่วนมากจะมีความคิดในการดูแลตนเอง มีความคิดเห็นของตนเองอยู่แล้ว แต่เมื่อมาเผชิญปัญหาหรือเผชิญกับโรคที่เป็น พลังอำนาจในตัวเองก็ลดลงความเชื่อมั่นในตนเองน้อยลง"

นอกจากนั้นในผู้เข้ารับการอบรมบางคนยังแสดงออกถึงความเข้าใจต่อปัญหาของผู้ป่วยเรื้อรังที่นอกเหนือจากปัญหาทางกาย "คนเราเมื่อเกิดการเจ็บป่วย บางคนท้อแท้หมดหวังในชีวิต บางคนก็ไม่สนใจตนเอง บางคนก็ไม่กล้าถามแพทย์ พยาบาลว่าป่วยเป็นอะไร ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมามากมาย เช่น การฆ่าตัวตาย มีการป่วยซ้ำแล้วซ้ำอีก เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคมากมายหรือเกิดการฟ้องร้อง ร้องเรียนต่างๆ" "ปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมักมาจากการขาดความรู้และการละเลยต่อการดูแลสุขภาพของตนเองและพฤติกรรมความเคยชินที่ไม่เหมาะสม จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดอาการแบบเป็น ๆ หาย ๆ อาการทุเลาแต่แล้วกลับมาเป็นอีก"

3.2.1.2 ทัศนคติที่สะท้อนการปฏิบัติการพยาบาลของผู้เข้ารับการอบรม โดยได้กล่าวถึงการปฏิบัติงานของตนว่า "การดูแลผู้ป่วยมักไม่ค่อยคิดถึงเรื่องนี้กัน มักจะทำงานตาม routine ไม่ค่อยนึกถึงจิตใจของผู้ป่วยและญาติ มักจะตัดสินใจให้ผู้ป่วยเอง ไม่ค่อยมองผลภายภาคหน้า เนื่องจากบางครั้งนึกไม่ถึง" กระบวนการฝึกอบรมได้กระตุ้นให้ผู้เข้ารับการอบรมตระหนักถึงสิ่งที่ต้องกระทำให้กับผู้ป่วย "คิดว่าเมื่อได้รับการอบรมครั้งนี้ทำให้คิดว่า ได้มีแรงกระตุ้นเตือนให้ต้องทำ เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย"

3.2.1.3 ทัศนคติที่มีต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้เข้ารับการอบรมที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ให้เหตุผลของการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการปฏิบัติว่าเพื่อช่วยเพิ่มความสามารถให้กับผู้ป่วยที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง "แนวคิดในการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยเพิ่มความสามารถในตัวบุคคล มีการยอมรับในตัวบุคคล เข้าใจการเปลี่ยนแปลงสุขภาพทำให้บุคคลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง" "หากได้ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ สอดแทรกไปในระหว่างการให้การพยาบาลที่ได้ปฏิบัติในงานประจำที่ทำอยู่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคที่เป็นอยู่และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ต่อไปอย่างมีความหวังและมีความหมาย" นอกจากนั้นยังมองว่าแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้พยาบาลมีศักยภาพเพิ่มขึ้น มีความสามารถที่จะทำงานในวิชาชีพได้อย่างมีคุณค่า

3.2.1.4 ทัศนคติต่อบทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย ผลของการฝึกอบรมช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจถึงบทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย ผู้เข้ารับการอบรมได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลว่า "ในฐานะเป็นบุคลากรทีมสุขภาพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยที่สุด สามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยได้ ช่วยให้เขารู้ในสิ่งที่เขาอยากรู้ ให้ความรู้ในเรื่องที่เขาขาด และให้ทักษะที่จำเป็นที่เขาต้องการ ให้การดูแลตนเองและให้จิตใต้สำนึกในการมองปัญหาตัดสินใจในการแก้ปัญหา เลือกสิ่งที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง" "ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกและตัดสินใจเอง โดยพยาบาลมีหน้าที่ให้ข้อมูล สร้างทางเลือกในการตัดสินใจ และเสนอกลยุทธ์ที่ดีที่สุดสำหรับทางเลือกนั้นๆ

3.2.1.5 ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในทางปฏิบัติ

นอกจากผู้เข้ารับการอบรมจะแสดงออกถึงความคิดทางบวกที่มีต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในผู้เข้ารับการอบรมบางรายได้แสดงความคิดเห็นถึงปัญหาและอุปสรรค์ในการปฏิบัติดังนี้ "เห็นด้วยอย่างมากต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติคาดว่ามีค่อนข้างมากต่อภาระงานที่ค่อนข้างมากในการดูแลผู้ป่วยด้านจิตใจ เนื่องจากบางครั้งบางปัญหา ต้องการเวลาในการค้นหาปัญหา" ทัศนะนี้ได้มีการพูดถึงในระหว่างการฝึกอบรมถึงภาระงานของพยาบาลที่มีมากความกังวลของผู้เข้ารับการอบรมคือว่า ถึงแนวคิดนี้จะมีประโยชน์แต่กลัวว่าจะไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำได้

3.2.2 การประเมินผู้เข้ารับอบรมด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม

นอกเหนือจากข้อมูลที่บรรยายถึงผลทางด้านความรู้ดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น ยังพบการแสดงออกทางด้านเจตคติซึ่งหมายถึง การแสดงออกถึงทัศนคติและการให้คุณค่าของผู้เข้ารับการอบรมที่มีต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ "ได้เรียนรู้ว่า.....เรื่องที่อบรมนี้ก็เป็นส่วนหนึ่งของงานสร้างเสริมสุขภาพ.....ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้น ซึ่งแต่ก่อนอาจไม่เห็นความสำคัญเท่านี้....ในฐานะที่ตัวเองเป็นพยาบาล บทบาทของตัวเองต้องเปลี่ยนไป" "มองเห็นความสำคัญเรื่องพลังอำนาจในผู้ป่วยจากเดิมที่มองเป็นเรื่องธรรมดา.....มองโลกในแง่ดีมากขึ้น.....มีความรู้สึกอยากช่วยอยากเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ที่สูญเสีย"

4. ความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม

แบบประเมินได้รับการส่งกลับมา จำนวน 18 ฉบับ จากจำนวนผู้เข้ารับการอบรมทั้งสิ้น 39 คน คิดเป็นร้อยละ 46.1 ของผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมด ผู้เข้ารับการอบรมประเมินว่าหลักสูตรฝึกอบรมมีความเหมาะสมในระดับมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเอกสารประกอบการฝึกอบรม เนื้อหาวิชาของการฝึกอบรมและการนำเสนอของวิทยากรในแต่ละหัวข้อวิชา ($\bar{X}$ = 4.24, 4.18 และ 4.06 ตามลำดับ) แต่ในด้านของระยะเวลาในการฝึกอบรมและเนื้อหาวิชาของการฝึกอบรมมีค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานสูงกว่าประเด็นอื่น (S.D. = .80 และ .73 ตามลำดับ) ซึ่งแสดงว่ามีความคิดเห็นที่แตกต่างกันอย่างมากของผู้เข้ารับการอบรมที่ตอบแบบสอบถาม เมื่อพิจารณาจากข้อวิจารณ์การฝึกอบรมของผู้เข้ารับการอบรมที่ได้กล่าวถึงเนื้อหาการฝึกอบรมว่ามีจำนวนมาก แต่เนื่องจากเรื่องที่ฝึกอบรมนี้เป็นเรื่องใหม่ หาเอกสารอ่านได้ยาก จึงคิดว่ามีความเหมาะสมในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมที่ผู้วิจัยได้ทำการพูดคุยด้วยบางรายได้กล่าวถึงเนื้อหาการฝึกอบรมและเอกสารประกอบการฝึกอบรมว่ามีจำนวนมากอ่านไม่ทัน แต่วิทยากรสามารถสรุปเนื้อหาได้ดี แม้เอกสารมีเนื้อหามาก แต่คิดว่ามีประโยชน์สำหรับผู้เรียน เนื่องจากเป็นองค์ความรู้ใหม่ คงหาเองไม่ได้

สำหรับระยะเวลาในการฝึกอบรม ผู้เข้ารับการอบรมที่ประเมินว่ามีความเหมาะสมในระดับปานกลางและน้อย ให้เหตุผลว่าระยะเวลาฝึกอบรมน้อยเกินไปเมื่อเปรียบเทียบกับเนื้อหาที่มาก ซึ่งเป็นการสะท้อนว่าจะต้องมีการปรับเนื้อหาและเอกสารประกอบการฝึกอบรมให้มีความกระชับมากขึ้น รายละเอียดผลการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อหลักสูตรฝึกอบรมดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 แสดงผลการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อหลักสูตรฝึกอบรม

เนื้อหา	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
1. เนื้อหาวิชาของการฝึกอบรม	4.18	.73	มาก
2. การนำเสนอของวิทยากรในแต่ละหัวข้อวิชา	4.06	.24	มาก
3. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้เข้ารับการอบรม	3.88	.33	มาก
4. การทำกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ในแต่ละหน่วยการเรียน	3.76	.44	มาก
5. การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรม	3.71	.59	มาก
6. เอกสารประกอบการฝึกอบรม	4.24	.56	มาก
7. สื่อประกอบการฝึกอบรม	3.94	.56	มาก
8. ระยะเวลาในการฝึกอบรม	3.53	.80	มาก

5. ความเหมาะสมของเครื่องมือวัดและประเมินผลการฝึกอบรม

ผลการใช้แบบประเมินพบว่าสามารถนำไปใช้ประเมินผู้เข้ารับการอบรมตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรได้ แต่ข้อมูลที่ผู้วิจัยพบในระหว่างการทดลองหลักสูตรฝึกอบรม คือ คำว่า "การเสริมสร้างพลังอำนาจ" มีผู้เข้ารับการอบรมบางคนเคยได้ยินคำนี้มาก่อน แต่เมื่อให้อธิบายความหมายตามความเข้าใจพบว่าคำตอบยังมีความเป็นนามธรรมสูง เช่น "คือการเพิ่มพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย" "คือการสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วย" ผู้วิจัยพิจารณาว่าการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจในสาระที่ได้เรียนรู้นั้น ควรมีการประเมินเปรียบเทียบก่อนและหลังการฝึกอบรม นอกจากนั้นควรมีการให้ผู้เข้ารับการอบรมแสดงการให้ความหมายเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจที่เป็นหัวใจของหลักสูตรด้วยการบรรยายเปรียบเทียบก่อนและหลังการฝึกอบรมด้วย จะช่วยยืนยันผลสัมฤทธิ์ของหลักสูตรได้

6. ผลการทดลองหลักสูตรฝึกอบรมเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด พบว่า

6.1 ผู้เข้ารับการอบรมประเมินตนเองด้านความรู้ ความเข้าใจต่อการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมและการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานในระดับมาก

6.2 ผู้เข้ารับการอบรมประเมินตนเองด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมที่สะท้อนความรู้ ความเข้าใจต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงด้านเจตคติที่มีต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ

6.3 ผู้เข้ารับการอบรมประเมินตนเองด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สะท้อนทัศนคติทางบวกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทัศนคติที่มีต่อการปฏิบัติการพยาบาล ทัศนคติที่มีต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และบทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย

6.4 ผู้เข้ารับการอบรมประเมินองค์ประกอบของหลักสูตรฝึกอบรม ว่ามีความเหมาะสมในระดับมาก

สรุปได้ว่ากระบวนการจัดการเรียนการสอนในการทดลองหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมีผลสัมฤทธิ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ผลการปรับปรุงแก้ไขหลักสูตรฝึกอบรม

ความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรมตามการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้เข้ารับการอบรมในการทดลองหลักสูตรอยู่ในระดับมาก รวมทั้งผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นกับผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้และเจตคติออกมาเป็นที่น่าพึงพอใจ สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ด้านความรู้และเจตคติตามจุดมุ่งหมายของหลักสูตรได้ แต่อย่างไรก็ตามโครงสร้างและเนื้อหาหลักสูตรยังกว้างไปที่จะทำให้ผู้เรียนเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังเพียงพอที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ ซึ่งความคิดดังกล่าวอยู่บนฐานข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและผู้เข้ารับการอบรมที่ประเมินว่า เนื้อหาสาระในหลักสูตรมีมากเกินไป ควรจะกระชับและมุ่งเน้นเฉพาะเจาะจงลงไปที่หลักสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจมากกว่านี้ ผู้วิจัยจึงได้มีการกำหนดจุดหลักของหลักสูตรการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังไปที่พลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจในบริบทของผู้ป่วยและการพยาบาล นอกจากนั้นยังได้ปรับปรุงหลักสูตรฝึกอบรมในประเด็นอื่น ๆ ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและข้อค้นพบที่ได้จากการทดลองฝึกอบรมในสถานการณ์จริง ดังนี้

1. จุดมุ่งหมายของหลักสูตร ปรับแก้ความชัดเจนของการเขียนและการใช้ภาษา ให้มีความครอบคลุมและมีจุดเน้นไปที่พลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. โครงสร้างหลักสูตรมีการปรับชื่อในแต่ละหน่วยการเรียนให้มีความสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของหลักสูตรดังนี้

หน่วยที่ 1 การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

หน่วยที่ 2 การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

หน่วยที่ 3 การปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

3. เนื้อหาการฝึกอบรม ปรับให้มีความกระชับขึ้นเน้นสาระสำคัญไปที่พลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

หน่วยที่ 1 เน้นเนื้อหาสาระไปที่ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรังในบริบทของผู้ป่วย

หน่วยที่ 2 เน้นเนื้อหาสาระไปที่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทของการพยาบาล สำหรับเนื้อหาเดิมในหน่วยที่ 2 เกี่ยวกับการสื่อสารในการปฏิบัติการพยาบาล การพยาบาลเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยในการเผชิญความเครียด และการเอื้ออำนวยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่นำมาใช้เป็นเนื้อหาหลักในหลักสูตรฝึกอบรม แต่จะใช้เป็นเนื้อหาเสริมหรือเอกสารเพื่อการค้นคว้าสำหรับผู้เข้ารับการอบรมในระหว่างการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง

หน่วยที่ 3 การปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้กำหนดรายละเอียดเพิ่มเติมในส่วนของเนื้อหาการฝึกอบรม และกิจกรรมให้มีความชัดเจนมากขึ้น

4. กิจกรรมการฝึกอบรม กิจกรรมกลุ่มปรับลดลงเหลือ 2 กิจกรรม คือ การประชุมกลุ่มศึกษาขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการศึกษากรณีตัวอย่างเพื่อวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งได้มีการกำหนดกรอบการประชุมและแนวทางในการประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจที่ชัดเจนขึ้นเพื่อให้กิจกรรมกลุ่มเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้เข้ารับการอบรมก่อนเข้าสู่การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง

5. เครื่องมือประกอบการฝึกอบรม เพิ่ม

5.1 แบบประเมินพลังอำนาจ เป็นแบบประเมินที่มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและบันทึกข้อมูล พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดแหล่งพลังอำนาจ (Power Resources) ของมิลเลอร์ (Miller. 1992) ประกอบกับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย ประกอบด้วยการประเมิน 6 ด้าน ได้แก่ (1) ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (2) การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย (3) ความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง (4) การรับรู้ที่มีต่อตนเอง อัตมโนทัศน์ในตนและแรงจูงใจ (5) ระบบความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และ (6) บทบาทและสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม นอกจากการประเมินผู้ป่วยตามข้อรายการทั้ง 6 ด้านแล้ว ยังให้ระบุสิ่งบ่งชี้และปัจจัยสาเหตุประกอบข้อมูลที่ได้จากการประเมินในบางข้อรายการเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกับสิ่งที่ได้ประเมิน

5.2 แบบบันทึกการวินิจฉัยพลังอำนาจ เป็นแบบบันทึกที่ใช้เป็นแนวทางในการกำหนดข้อวินิจฉัยพลังอำนาจ ประกอบด้วย ปัญหา ปัจจัยสาเหตุ สิ่งบ่งชี้ ข้อวินิจฉัย และการจัดลำดับความสำคัญ

6. การประเมินผล

6.1 แบบสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมต่อกิจกรรมการประชุมกลุ่ม มีการปรับแก้ให้ครอบคลุมสิ่งที่ต้องการสังเกต การใช้ภาษาและกรอบการให้คะแนนที่ชัดเจนขึ้น

6.2 แบบประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจ สาระสำคัญของสิ่งที่เรียนรู้ จัดให้มีการประเมินเปรียบเทียบก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ

6.3 เพิ่มแบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยให้ผู้เข้ารับการอบรมเขียนบรรยายตามความรู้ ความเข้าใจก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ

หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ในส่วนที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขหลักสูตร มีรายละเอียดดังนี้

จุดมุ่งหมายของหลักสูตร เพื่อให้พยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตร

1. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง
2. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
3. สามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วย
4. มีเจตคติทางบวกต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

โครงสร้างหลักสูตรและเนื้อหาการฝึกอบรม

โครงสร้างของหลักสูตรฝึกอบรม แบ่งเป็น 3 หน่วย คือ

หน่วยที่ 1 การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

หน่วยที่ 2 การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

หน่วยที่ 3 การปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

หน่วยที่ 1 การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม : เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

1. อธิบายผลกระทบของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. อธิบายพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง
3. อธิบายการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เนื้อหาการฝึกอบรม :

1. การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง
2. กรณีศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย

กิจกรรมและวิธีดำเนินกิจกรรม :

1. วิทยากรบรรยาย : การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง
2. วิทยากรนำเสนอกรณีศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย
3. วิทยากรและผู้เข้ารับการอบรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

สื่อประกอบกิจกรรม :

1. เอกสารประกอบการฝึกอบรม : การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง
2. กรณีศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย

การประเมินผล :

1. การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เปรียบเทียบก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ
2. การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านการนำความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ภายหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ
3. การประเมินการอธิบายความหมายและความสำคัญของพลังอำนาจตามความรู้ความเข้าใจของผู้เข้ารับการอบรม ก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ

หน่วยที่ 2 การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม

1. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและหลักการของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. มีความรู้ ความเข้าใจถึงบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม : เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

1. อธิบายถึงความหมายและความสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้
2. อธิบายขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังได้
3. อธิบายบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้
4. วินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้

เนื้อหาการฝึกอบรม :

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
3. การศึกษาขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
4. แนวทางการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
5. การศึกษากรณีตัวอย่างเพื่อวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กิจกรรมและวิธีดำเนินกิจกรรม :

1. วิทยากรบรรยาย : การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. วิทยากรบรรยาย : การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
3. ผู้เข้ารับการอบรมประชุมกลุ่มทำกิจกรรมที่ 1 การศึกษาขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และอภิปรายผลการศึกษา
4. วิทยากรบรรยาย : แนวทางการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
5. ผู้เข้ารับการอบรมประชุมกลุ่มทำกิจกรรมที่ 2 การศึกษากรณีตัวอย่างเพื่อวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และอภิปรายผลการศึกษา

สื่อประกอบกิจกรรม :

1. เอกสารประกอบการบรรยายและการประชุมกลุ่ม
   : การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
   : การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
   : แนวทางการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
   : บทสัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 4 ราย
   : แบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
   : แบบบันทึกการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. ใบงานประกอบกิจกรรมที่ 1 การศึกษาขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
3. ใบงานประกอบกิจกรรมที่ 2 การศึกษากรณีตัวอย่างเพื่อวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

4. แบบสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมในกิจกรรมการประชุมกลุ่ม

การประเมินผล :

1. การประเมินผลงานการประชุมกลุ่มของผู้เข้ารับการอบรม ประกอบด้วย

- ผลการศึกษาขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

- ผลการศึกษากรณีตัวอย่างเพื่อวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. การสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมในการประชุมกลุ่ม

3. การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง การพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังเปรียบเทียบก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ

4. การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมการด้านการนำความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง การพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ภายหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ

5. การประเมินการอธิบายความหมายและความสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจตามความรู้ ความเข้าใจของผู้เข้ารับการอบรม ก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ

หน่วยที่ 3 การปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในการผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม : เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม

1. สามารถนำขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังได้

2. สามารถประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังได้

3. สามารถวางแผนการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยได้

4. สามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยได้

5. สามารถประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังได้

6. มีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย

เนื้อหาการฝึกอบรม

การปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง มีรายละเอียดเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติดังนี้

1. การศึกษาเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

2. การปฐมนิเทศการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

3. การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

4. การรายงานผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในระหว่างการฝึกปฏิบัติ

5. การจัดทำรายงานและการรายงานผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังภายหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ

กิจกรรมและวิธีดำเนินกิจกรรม :

1. ผู้เข้ารับการอบรมแต่ละคนศึกษาเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยวิทยากรทำหน้าที่อธิบายเกณฑ์การประเมินในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. วิทยากรปฐมนิเทศผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง พร้อมแจกคู่มือการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง สำหรับให้ผู้เข้ารับการอบรมใช้เป็นแนวทางในการฝึกปฏิบัติ แบบบันทึกและแบบประเมินที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติสำหรับผู้เข้ารับการอบรมใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ศึกษา

3. ผู้เข้ารับการอบรมแต่ละคนปฏิบัติการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในสถานการณ์จริง โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติงานดังนี้

3.1 ผู้เข้ารับการอบรมแต่ละคนคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังคนละ 4 ราย เพื่อทำการศึกษา

3.2 ผู้เข้ารับการอบรมปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพกับผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือก

3.3 ผู้เข้ารับการอบรมเข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อยพบวิทยากรเพื่อรายงานผลการปฏิบัติงานและระดมสมองเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้เข้ารับการอบรมคนอื่น โดยกำหนดให้ทุกคนต้องเข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อยและพบวิทยากรอย่างน้อย 2 ครั้งระหว่างการฝึกปฏิบัติ

4. ผู้เข้ารับการอบรมจัดทำรายงานและอภิปรายผลการศึกษา เมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ

5. ผู้เข้ารับการอบรมและวิทยากรสรุปการเรียนรู้ และประเมินผลการฝึกปฏิบัติ

สื่อประกอบกิจกรรม :

1. คู่มือการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

2. เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

4. แบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

5. แบบบันทึกการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

6. แบบบันทึกแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

7. แบบรายงานการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

8. แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกปฏิบัติ

การประเมินผล :

1. การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของผู้เข้ารับการอบรมแต่ละคน

2. การประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกปฏิบัติ

วิธีดำเนินการฝึกอบรม

เทคนิควิธีการฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ใช้เทคนิคการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยผู้เข้ารับการอบรมจะมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เน้นไปที่การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์และการใช้กระบวนการกลุ่ม ด้วยการใช้การอภิปรายกลุ่ม กรณีตัวอย่างและการระดมสมองเพื่อการเรียนรู้ร่วมกับสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม พัฒนาความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และความเชื่อมั่นในตัวผู้เข้ารับการอบรมในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กระบวนการฝึกอบรมแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การประชุมเชิงปฏิบัติการ ใช้เวลา 3 วัน และการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง ใช้เวลา 2 สัปดาห์

ก่อนเริ่มต้นกระบวนการฝึกอบรม วิทยากรจะนำเสนอวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม รูปแบบของการฝึกอบรม และขั้นตอนกระบวนการฝึกอบรมในภาพรวมให้กับผู้เข้ารับการอบรมทราบ

กระบวนการฝึกอบรมมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. การประชุมเชิงปฏิบัติการ

1.1 ก่อนเริ่มการประชุมเชิงปฏิบัติการ วิทยากรทำการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้วยการให้ผู้เข้ารับการอบรมประเมินตนเองด้านความรู้ ความเข้าใจต่อประเด็นความรู้ในหลักสูตร และประเมินผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.2 ดำเนินการตามแผนการฝึกอบรมในส่วนของการประชุมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 2 หน่วยการเรียน ได้แก่ หน่วยที่ 1 การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วย และหน่วยที่ 2 การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

1.3 การฝึกอบรมในแต่ละหน่วยการเรียน ใช้กิจกรรมการบรรยายโดยวิทยากรและกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรม ด้วยการให้ผู้เข้ารับการอบรมได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อการเรียนรู้ร่วมกับสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม โดยเน้นกระบวนการกลุ่ม กรณีตัวอย่าง การระดมสมอง และการอภิปรายกลุ่ม รวมถึงการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์และข้อคิดเห็นต่าง ๆ ระหว่างผู้เข้ารับการอบรมด้วยกันและวิทยากร อันจะทำให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ค้นพบและเรียนรู้ด้วยตนเอง ขั้นตอนในการทำกิจกรรมมีดังนี้

1.3.1 ขั้นนำ เป็นขั้นที่นำเข้าสู่กิจกรรมที่ผู้เข้ารับการอบรมจะต้องทำร่วมกัน

1.3.2 ขั้นกิจกรรม เป็นขั้นที่ผู้เข้ารับการอบรมต้องลงมือกระทำสิ่งต่าง ๆ ตามที่ได้กำหนดไว้ในใบงาน

1.3.3 ขั้นอภิปราย เป็นขั้นที่ผู้เข้ารับการอบรมนำข้อค้นพบระหว่างการทำกิจกรรมมาปรึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในระหว่างชั้นเรียน

1.3.4 ขั้นสรุป เป็นการสรุปความคิดเห็นต่าง ๆ ที่ได้จากการทำกิจกรรมและการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้เข้ารับการอบรมและกับวิทยากร สำหรับนำไปใช้ในขั้นตอนการเรียนรู้ต่อไปหรือสำหรับนำไปใช้ประโยชน์ต่อวิชาชีพ

1.4 ในระหว่างกิจกรรมการประชุมกลุ่มย่อยแต่ละครั้ง จะทำการประเมินพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมในกิจกรรมการประชุมกลุ่มและการประเมินผลงานการประชุมกลุ่มโดยผู้ประเมินจากภายนอก

1.5 เมื่อสิ้นสุดการประชุมเชิงปฏิบัติการ ทำการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้วยการให้ผู้เข้ารับการอบรมประเมินตนเองด้านความรู้ ความเข้าใจและการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง

2.1 ก่อนฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง วิทยากรดำเนินการปฐมนิเทศผู้เข้ารับการอบรมทุกคนเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง พร้อมแจกคู่มือการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง แบบบันทึกและแบบประเมินที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติสำหรับผู้เข้ารับการอบรม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการฝึกปฏิบัติ และเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ศึกษา

2.2 ดำเนินการตามแผนการฝึกอบรมในหน่วยการเรียนที่ 3 การปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

2.3 กระบวนการปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง กิจกรรมที่ใช้ คือ การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงและการประชุมกลุ่มย่อยที่เน้นกระบวนการกลุ่มและการระดมสมอง เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้เข้ารับการอบรมคนอื่น โดยกำหนดให้ทุกคนต้องเข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อยและพบวิทยากรอย่างน้อย 2 ครั้ง

2.4 ระหว่างการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้เข้ารับการอบรม วิทยากรมีบทบาทในการติดตามนิเทศผู้เข้ารับการอบรมด้วยการพบผู้เข้ารับการอบรมในระหว่างการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ข้อมูลและร่วมกับผู้เข้ารับการอบรมในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการฝึกปฏิบัติ

2.5 ผู้เข้ารับการอบรมจัดทำรายงานผู้ป่วยที่ศึกษาและอภิปรายผลการศึกษาเมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ

2.6 ภายหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ วิทยากรทำการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้วยการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกปฏิบัติ

3. วิทยากรทำการประเมินผู้เข้ารับการอบรมภายหลังสิ้นสุดการประชุมเชิงปฏิบัติการและฝึกปฏิบัติ ประกอบด้วย

3.1 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม

3.2 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

3.3 การประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อหลักสูตรฝึกอบรม

การวัดและประเมินผลการฝึกอบรม

กระบวนการวัดและประเมินผลการฝึกอบรมตามหลักสูตรนี้ ประกอบด้วยการประเมินผลสัมฤทธิ์ของผู้เข้ารับการอบรม และประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม

1. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของผู้เข้ารับการอบรม ทำการประเมินใน 3 ด้านคือ ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านเจตคติ

1.1 การประเมินด้านความรู้ ประกอบด้วย

1.1.1 การประเมินผลงานการประชุมกลุ่มของผู้เข้ารับการอบรม

1.1.2 การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจต่อสาระสำคัญของการเรียนรู้ตามหลักสูตร เปรียบเทียบก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ

1.1.3 การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ภายหลังหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ

1.1.4 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ เปรียบเทียบก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ

1.1.5 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจภายหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ

1.1.6 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม

1.2 การประเมินด้านทักษะ ประกอบด้วย

1.2.1 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของผู้เข้ารับการอบรมแต่ละคน

1.2.2 การประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมด้านความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ภายหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ

1.2.3 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านทักษะที่ได้รับจากการฝึกอบรม

1.3 การประเมินด้านเจตคติ ประกอบด้วย

1.3.1 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านเจตคติ ประกอบด้วย การเห็นความสำคัญของพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วย การเห็นความสำคัญถึงบทบาทของพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถจัดการกับการเจ็บป่วย ภายหลังการฝึกปฏิบัติ

1.3.2 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ภายหลังสิ้นสุดการฝึกอบรม

1.3.3 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านเจตคติที่ได้รับจากการฝึกอบรม

2. การประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม ด้วยการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกปฏิบัติและกระบวนการฝึกอบรม

เครื่องมือการวัดและประเมินผลการฝึกอบรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดและประเมินผลการฝึกอบรม ประกอบด้วย

1. แบบประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจและการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล
2. แบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ
3. แบบสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมต่อกิจกรรมการประชุมกลุ่ม
4. แบบประเมินผลงานการประชุมกลุ่ม

5. แบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

6. แบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม

7. แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกปฏิบัติ

8. แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกอบรม

2. ผลการดำเนินการฝึกอบรมพยาบาล

การฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังดำเนินการ ณ โรงพยาบาลลพบุรี ระหว่างวันที่ 9 – 28 มกราคม 2545 ผู้เข้ารับการอบรมเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลพบุรีจำนวน 26 คน รายละเอียดของผู้เข้ารับการอบรม ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประสบการณ์การประชุม/ฝึกอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลหรือการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เหตุผลของการเข้ารับการอบรมและความคาดหวังต่อการฝึกอบรม ดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้ารับการอบรม

1. อายุ	21 – 25 ปี	2
	26 – 30 ปี	6
	31 – 35 ปี	4
	36 – 40 ปี	10
	41 – 45 ปี	2
	46 – 50 ปี	2
2. สถานที่ปฏิบัติงาน	แผนกเด็ก	1
	หน่วยไตเทียม	1
	แผนกอายุรกรรม	6
	แผนกผู้ป่วยนอก (PCU)	9
	แผนกสูติ-นรีเวช	2
	แผนกศัลยกรรมกระดูก	2
	แผนกศัลยกรรม	3
	แผนกเวชกรรมสังคม	1
3. วุฒิทางการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์	6
	ปริญญาตรี	20
4. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	ไม่มีประสบการณ์	2
	1 – 5 ปี	7
	6 – 10 ปี	9
	10 - 15 ปี	4
	16 - 20 ปี	3
	21 - 25 ปี	1

ตาราง 12 (ต่อ)

5. ประสบการณ์การประชุม/ฝึกอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลหรือการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	ไม่เคยได้รับการประชุม/ฝึกอบรม	15
	เคยได้รับการประชุม/ฝึกอบรม	11
6. เหตุผลของการเข้ารับการอบรม	ได้รับการกำหนดให้เข้ารับการอบรม	16
	สนใจสมัครเข้ารับการอบรมด้วยตนเอง	10
7. ความคาดหวังต่อการฝึกอบรม	- นำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	21
	- ได้รับความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย	5

จากตาราง 12 ผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 36 – 40 ปี ปฏิบัติงาน ณ แผนกผู้ป่วยนอกมากที่สุดโดยเป็นผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่ใน Primary Care Unit (PCU) รองลงมาคือแผนกอายุรกรรม วุฒิทางการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 6 –10 ปี มี 2 คน ที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประสบการณ์การประชุม/ฝึกอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลหรือการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังพบว่าไม่เคยได้รับการประชุม/ฝึกอบรมทางด้านนี้เลย 15 คน และ 11 คน เคยได้รับการฝึกอบรม/ประชุมทางด้านนี้มาก่อน โดยเป็นการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังเฉพาะโรค 6 คน และการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเฉพาะทาง 5 คน เหตุผลของการเข้ารับการอบรมส่วนใหญ่ได้รับการกำหนดให้เข้ารับการอบรมโดยการคัดเลือกของหน่วยงาน มี 10 คน ที่สนใจสมัครเข้ารับการอบรมเนื่องจากสนใจหัวข้อการอบรม ความคาดหวังต่อการฝึกอบรม ผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่คาดหวังว่าจะได้ความรู้ที่นำไปใช้ในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กระบวนการฝึกอบรมแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การประชุมเชิงปฏิบัติการใช้เวลา 3 วัน คือระหว่างวันที่ 9 – 11 มกราคม 2545 และการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง ใช้เวลา 2 สัปดาห์ คือระหว่างวันที่ 14 – 25 มกราคม 2545 รายละเอียดของการดำเนินการฝึกอบรมแสดงในภาคผนวก ข ข้อมูลการฝึกอบรมโรงพยาบาลลพบุรี

วิทยากรในการฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ทำหน้าที่เป็นวิทยากรดำเนินการตลอดระยะเวลาการฝึกอบรม

ผลการฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

1. ผลสัมฤทธิ์ของผู้เข้ารับการอบรม

1.1 ผลสัมฤทธิ์ของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้

1.1.1 ผลงานการประชุมกลุ่ม ได้จากการประเมินใน 2 ส่วน คือ การประเมินพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรม และการประเมินผลงานการประชุมกลุ่มและการอภิปราย

1.1.1.1 การมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรม ผู้วิจัยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรม ซึ่งกิจกรรมกลุ่มในการฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลัง

อำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง มี 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมการศึกษากรณีตัวอย่างเพื่อวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และกิจกรรมการศึกษาขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ผู้ทำการประเมิน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลลพบุรี ที่ไม่ใช่ผู้เข้ารับการอบรม ที่ผู้วิจัยได้ทำการประสานงานกับกลุ่มงานการพยาบาลให้เข้ามาช่วยในการสังเกตพฤติกรรมผู้เข้ารับการอบรมจำนวน 3 คน ผลการประเมินพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรม พบว่า

ในกิจกรรมแรก คือ กิจกรรมการศึกษากรณีตัวอย่างเพื่อวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พฤติกรรมการเข้าร่วมในกิจกรรมการประชุมกลุ่มตรงตามเวลาที่กำหนดและพฤติกรรมการเข้าร่วมในกิจกรรมการประชุมกลุ่มตลอดการประชุม ได้รับการประเมินในระดับมากที่สุด พฤติกรรมการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นที่กำหนดในกิจกรรมการประชุมกลุ่มและพฤติกรรมการจัดทำผลงานกลุ่มที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของสมาชิกทุกคนในกลุ่มได้รับการประเมินในระดับมาก สำหรับพฤติกรรมการซักถามวิทยากรเกี่ยวกับข้อสงสัย การแสดงความคิดเห็นในระหว่างการอภิปรายผลการประชุมกลุ่ม และการซักถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างการอภิปรายผลการประชุมกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง

ในกิจกรรมที่สอง คือ กิจกรรมการศึกษาขั้นตอนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมผู้เข้ารับการอบรมในทางที่ดีขึ้น กล่าวคือ พฤติกรรมการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นที่กำหนดในกิจกรรมการประชุมกลุ่ม ได้รับการประเมินจากเดิมในกิจกรรมแรกอยู่ในระดับมากเป็นมากที่สุดในกิจกรรมที่สอง และสำหรับพฤติกรรมการแสดงความคิดเห็นในระหว่างการอภิปรายผลการประชุมกลุ่ม และซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างการอภิปรายผลการประชุมกลุ่ม จากในกิจกรรมแรกประเมินอยู่ในระดับปานกลางเป็นระดับมากในกิจกรรมที่สอง ถึงแม้การเข้าร่วมในกิจกรรมการประชุมกลุ่มตรงตามเวลาที่กำหนดในกิจกรรมที่สอง จะอยู่ในระดับมากซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่ระดับมากที่สุดในกิจกรรมแรก แต่ก็พบว่าผู้เข้ารับการอบรมทุกคนเข้าร่วมในกิจกรรมการประชุมกลุ่มตลอดการประชุม

ผลการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมทั้งสองกิจกรรมดังแสดงในตาราง 13

ตาราง 13 ผลการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมในกิจกรรมการประชุมกลุ่ม

พฤติกรรม	กิจกรรมที่ 1 *			กิจกรรมที่ 2 **		
	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
1. การเข้าร่วมในกิจกรรมการประชุมกลุ่มตรงตามเวลาที่กำหนด	4.67	.58	มากที่สุด	4.33	.58	มาก
2. การเข้าร่วมในกิจกรรมการประชุมกลุ่มตลอดการประชุม	5.00	.00	มากที่สุด	5.00	.00	มากที่สุด
3. การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นที่กำหนดในกิจกรรมการประชุมกลุ่ม	4.33	1.15	มาก	4.67	.58	มากที่สุด

ตาราง 13 (ต่อ)

พฤติกรรม	กิจกรรมที่ 1 *			กิจกรรมที่ 2 **		
	$\overline{X}$	S.D.	ความหมาย	$\overline{X}$	S.D.	ความหมาย
4. การซักถามวิทยากรเกี่ยวกับข้อสงสัย	3.00	1.00	ปานกลาง	3.33	1.15	ปานกลาง
5. การจัดทำผลงานกลุ่มที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของสมาชิกทุกคนในกลุ่ม	4.00	1.00	มาก	4.00	1.00	มาก
6. การแสดงความคิดเห็นในระหว่างการอภิปรายผลการประชุมกลุ่ม	3.00	1.73	ปานกลาง	4.33	.58	มาก
7. การซักถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างการอภิปรายผลการประชุมกลุ่ม	3.00	1.73	ปานกลาง	4.33	.58	มาก

* กิจกรรมการศึกษากรณีตัวอย่างเพื่อวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

** กิจกรรมการศึกษาขั้นตอนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ผลจากตาราง 13 พฤติกรรมการซักถามวิทยากรเกี่ยวกับข้อสงสัย ได้รับการประเมินพฤติกรรมในระดับปานกลางทั้งสองกิจกรรมนั้น ผู้วิจัยพบว่าในระหว่างการดำเนินการประชุมกลุ่มของทั้งสองกิจกรรม ข้อซักถามของกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมจะเป็นในเรื่องของประเด็นที่กำหนดในใบงาน เพื่อยืนยันความเข้าใจที่ถูกต้องของกลุ่มเป็นส่วนใหญ่ หลังจากนั้นแล้ว แต่ละกลุ่มก็จะมีการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มต่อไป ผลการประเมินพฤติกรรมในข้อนี้สะท้อนความชัดเจนของประเด็นการทำงานกลุ่มที่กำหนดในใบงานของทั้งสองกิจกรรม

1.1.1.2 ผลงานการประชุมกลุ่มและการอภิปรายผล

การประเมินผลงานการประชุมกลุ่ม และการอภิปรายผลเป็นการประเมินจากผู้ประเมินภายนอกต่อผลงานการประชุมกลุ่มและการอภิปรายผลของแต่ละกลุ่มตามข้อรายการที่กำหนดว่าได้เกิดขึ้นหรือไม่ โดยทำการประเมินใน 3 ประเด็น คือ การรายงานผลการประชุมกลุ่มตรงตามประเด็นที่กำหนดในใบงาน การให้เหตุผลหรือข้อมูลสนับสนุนต่อสิ่งที่นำเสนอ และผู้อภิปรายและ/หรือสมาชิกในกลุ่มสามารถนำเสนอความคิดเห็นต่อข้อซักถามได้ การประเมินผลงานการประชุมกลุ่ม และการอภิปรายผลของแต่ละกลุ่มในภาพรวม พบว่า

1.1.1.2.1 การรายงานผลการประชุมกลุ่ม สามารถรายงานผลได้ตรงตามประเด็นที่กำหนดในใบงานทุกกลุ่มทั้ง 2 กิจกรรมการประชุมกลุ่ม

1.1.1.2.2 การให้เหตุผลหรือข้อมูลสนับสนุนต่อสิ่งที่นำเสนอ พบว่าทั้งสองกิจกรรมทุกกลุ่มสามารถให้เหตุผลและข้อมูลสนับสนุนต่อสิ่งที่นำเสนอ

1.1.1.2.3 การนำเสนอความคิดเห็นต่อข้อซักถามของผู้อภิปรายและสมาชิกในกลุ่มระหว่างการอภิปรายผล พบว่าทุกกลุ่มสามารถแสดงความคิดเห็นต่อข้อซักถาม

รายละเอียดรายงานการประชุมกลุ่มทั้ง 2 กิจกรรม แสดงในภาคผนวก ข รายงานผลการประชุมกลุ่มกิจกรรมที่ 1 และ 2

1.1.2 ผลการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจต่อประเด็นการเรียนรู้ เปรียบเทียบก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ

จากการวิเคราะห์ผลการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจต่อประเด็นการเรียนรู้เปรียบเทียบก่อนและหลังการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ จากแบบสอบถามที่ส่งกลับมาจำนวนทั้งสิ้น 26 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ของผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมด พบว่าผู้เข้ารับการอบรมประเมินตนเองว่ามีความรู้ ความเข้าใจในทุกประเด็นการเรียนรู้ สูงกว่าก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการ ดังแสดงในตาราง 14 และ 15

ตาราง 14 ค่าสถิติพื้นฐานของค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจต่อประเด็นการเรียนรู้ ก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ประเด็นความรู้	n	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม	
		$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
1. ผลกระทบของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	26	3.23	.65	4.00	.40
2. พลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง	26	2.50	.71	3.81	.40
3. การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	26	2.69	.93	3.88	.43
4. การวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	26	2.16	.65	3.65	.49
5. การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	26	2.31	.79	3.85	.37
6. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	26	2.19	.80	3.77	.43
7. บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	26	2.35	.85	3.96	.45

ผลจากตาราง 14 แสดงให้เห็นค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการที่สูงกว่าก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการในทุกประเด็นการเรียนรู้

ตาราง15 เปรียบเทียบความแตกต่างด้านความรู้ ความเข้าใจต่อประเด็นการเรียนรู้ก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ประเด็นความรู้	ผลต่าง			z	p
	-	+	o		
1. ผลกระทบของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	0	19	7	-4.264	.000*
2. พลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง	0	27	2	-4.434	.000*
3. การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	1	22	3	-4.112	.000*
4. การวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	0	25	1	-4.476	.000*
5. การพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	0	24	2	-4.373	.000*
6. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	0	24	2	-4.364	.000*
7.บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	0	25	1	-4.465	.000*

* $p \leq .05$

ผลจากตาราง 15 จำนวนผลต่างที่มีค่าเป็นลบ หมายถึง จำนวนผู้เข้ารับการอบรมที่ประเมินตนเองต่อประเด็นการเรียนรู้หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการน้อยกว่าก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวนผลต่างที่มีค่าเป็นบวก หมายถึง จำนวนผู้เข้ารับการอบรมที่ประเมินตนเองต่อประเด็นการเรียนรู้หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการมากกว่าก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการ และจำนวนผลต่างที่มีค่าเป็นศูนย์ หมายถึง จำนวนผู้เข้ารับการอบรมที่ประเมินตนเองต่อประเด็นการเรียนรู้หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการเท่ากับก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ผลจากการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจต่อประเด็นความรู้ ด้วยการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่าสูงขึ้นภายหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการทุกประเด็นความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1.1.3 ผลการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลภายหลังสิ้นสุดการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์จากแบบประเมินที่ตอบกลับมาจำนวน 26 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ของผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมด พบว่าอยู่ในระดับมากทุกประเด็นการเรียนรู้ ดังแสดงในตาราง 16

ตาราง 16 ผลการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านการนำความรู้ ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

ประเด็นความรู้	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
1. ผลกระทบของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	3.85	.61	มาก
2. พลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง	3.79	.51	มาก
3. การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	3.77	.51	มาก
4. การวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	3.62	.64	มาก
5.การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	3.77	.65	มาก
6. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	3.69	.62	มาก
7. บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	3.81	.57	มาก

1.1.4 ผลการอธิบายความหมายและความสำคัญของ 'พลังอำนาจ' และ 'การเสริมสร้างพลังอำนาจ' ตามความรู้ความเข้าใจของผู้เข้ารับการอบรม ก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ

การประเมินผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งถือว่าเป็นสาระสำคัญของพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจและเป็นจุดประสงค์ของหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง การประเมินนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการให้ผู้เข้ารับการอบรมเขียนบรรยายตามความรู้ ความเข้าใจของตนก่อนและหลังการฝึกอบรม ซึ่งผลที่ได้นี้จะเป็นข้อมูลประกอบผลการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ความเข้าใจด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ จากการวิเคราะห์แบบประเมินที่ผู้เข้ารับการอบรมตอบกลับมาจำนวน 20 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 80 ของผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมด พบว่า

1.1.4.1 การให้ความหมายของ "พลังอำนาจ" ตามความรู้ ความเข้าใจของผู้เข้ารับการอบรม

1.1.4.1.1 การให้ความหมายของ "พลังอำนาจ" ของผู้เข้ารับการอบรมก่อนการฝึกอบรม แบ่งออกได้เป็น 5 ประเด็น คือ

(1) พลังอำนาจ คือ ความสามารถ "ความสามารถในการจัดการกับตนเองเกี่ยวกับการดูแลตนเอง" "ความสามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้" "พลังความสามารถในตัวตนของตนในบุคคลคนนั้น"

(2) พลังอำนาจ คือ ความรู้ ความเข้าใจ "ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ แล้วนำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น" "ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อมั่นในตนเองที่มีผลทำให้สามารถดูแลตนเองได้"

(3) พลังอำนาจ คือ อำนาจ/พลังที่มีอยู่ภายในตัวของบุคคล "พลังที่จะจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น" "อำนาจหน้าที่ของแต่ละบุคคล" "พลังอำนาจภายในสภาพแวดล้อมใน

การกระตุ้นและผลักดันให้ปฏิบัติและทำกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ' 'อำนาจหรือพลังซึ่งมีอยู่ในตัวของทุก ๆ คน'

(4) พลังอำนาจเป็นเรื่องของจิตใจ การรับรู้ ความรู้สึก แรงจูงใจ 'ความรู้สึกทางด้านจิตใจ' 'ความคิดความเชื่อของแต่ละบุคคล' 'ความตระหนัก ความเชื่อที่มีอยู่ในตัวเอง'

(5) พลังอำนาจ คือ สิ่งที่มีอยู่ในตัวตน 'สิ่งที่มีอยู่ในตัวตนที่จะทำอะไร อย่างไร' 'สิ่งที่มีอยู่ในตัวของแต่ละคนขึ้นอยู่กับว่าสามารถดึงออกมาใช้ได้หรือไม่'

1.1.4.1.2 การให้ความหมายของ 'พลังอำนาจ' ภายหลังเข้ารับการฝึกอบรม แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นใหญ่ ๆ ได้แก่

(1) พลังอำนาจ คือ ความสามารถ สิ่งที่มีอยู่ในตัวบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับปัญหา ส่วนใหญ่ของผู้เข้ารับการอบรม (ร้อยละ 82) ให้ความหมายของพลังอำนาจในประเด็นนี้มากที่สุด และสามารถให้ความหมายที่ชัดเจนมากขึ้นกว่าก่อนการฝึกอบรม 'ความสามารถที่จะจัดการควบคุมการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นอยู่' 'ศักยภาพหรือความสามารถที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ ความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน' 'แหล่งทรัพยากรหรือความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน'

(2) พลังอำนาจ คือ พลังที่เกิดจากความรู้ ความเข้าใจที่นำไปสู่การปฏิบัติ การแก้ปัญหา 'พลังที่จะใช้ในการดำรงชีวิตประจำวันของทุกคน ที่เป็นผลมาจากความรู้ ความเข้าใจ ประสบการณ์ที่จะใช้ในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองให้คงอยู่และประสบผลสำเร็จในชีวิต' 'พลังที่เกิดจากตนเองเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อ ความเข้าใจ และนำไปสู่การปฏิบัติ'

1.1.4.2 การให้ความหมายของ 'การเสริมสร้างพลังอำนาจ' ตามความรู้ความเข้าใจของผู้เข้ารับการอบรม

1.1.4.2.1 การให้ความหมาย 'การเสริมสร้างพลังอำนาจ' ของผู้เข้ารับการอบรมก่อนการฝึกอบรม แบ่งออกได้เป็น 3 ประเด็น คือ

(1) การทำให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจหรือความสามารถ โดยวิธีการใด ๆ ก็ตามที่จะทำให้บุคคลดึงความสามารถออกมาใช้ประโยชน์ "การทำกิจกรรมใด ๆ ก็ได้ให้เกิดพลังอำนาจให้มากขึ้น" "การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ค้นพบพลังอำนาจที่มีอยู่ในตัวเองออกมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้มากที่สุด" "การใช้วิธีการที่ถูกต้องในการนำพลังอำนาจออกมาใช้ให้ได้มากที่สุด ถูกต้องที่สุด"

(2) การสร้างกำลังใจ แรงจูงใจ ความเชื่อมั่น การกระตุ้นให้ผู้ป่วยดึงพลังอำนาจภายในตัวเอง เห็นถึงความสามารถของตนในการดูแลตนเอง "การกระตุ้นให้บุคคลรับทราบและรับรู้ว่าตัวของเขามีพลังพอที่จะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยทำให้เกิดความเชื่อมั่นและรับรู้เจตคติที่จะทำให้ได้" "เป็นการสร้างกำลังใจหรือกระตุ้นให้เกิดความตั้งใจพยายามที่จะเอาชนะการเจ็บป่วย" "การสร้างแรงจูงใจ การสร้างศรัทธาที่มีอยู่ในตัวเอง ความเชื่อมั่นในตัวเอง การให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของพลังอำนาจในตัวเอง"

(3) การให้ความรู้ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตนที่ดีขึ้น ดูแลตนเองได้ "เป็นการเพิ่มความรู้และแนวทางในการปฏิบัติไปในแนวทางที่ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในการที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ" "กลยุทธ์ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองในโรคเรื้อรัง เพื่อสามารถดูแลตนเองได้" "การให้ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการเจ็บป่วย การดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยเรื้อรัง การกระตุ้นให้เกิดความคิดที่จะใช้พลังที่มีอยู่ในตัว ที่จะยืนหยัดด้วยตัวเอง"

1.1.4.2.2 การให้ความหมาย 'การเสริมสร้างพลังอำนาจ' ของผู้เข้ารับการอบรมหลังการฝึกอบรม ผู้เข้ารับการอบรมให้ความหมาย 2 ประเด็นใหญ่ ๆ คือ กระบวนการเพิ่มความสามารถให้กับบุคคล และการจัดการกับพลังอำนาจ

(1) กระบวนการเพิ่มความสามารถให้กับบุคคล ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการกำหนดแนวทางต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง การค้นพบศักยภาพที่มีอยู่ในตัวเอง การควบคุมความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อม การใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสม โดยที่ผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84) ให้ความหมายในประเด็นนี้มากที่สุด "เป็นกระบวนการในการส่งเสริมให้คนรู้จักกับความสามารถที่มีอยู่ในตนเองและการสูญเสียพลังอำนาจในส่วนของตนเอง โดยมีแรงกระตุ้นจากสิ่งต่าง ๆ ที่จะช่วยนำสิ่งที่มีอยู่ในตนเองหรือได้รับการช่วยเหลือจากคนอื่น ๆ มาช่วยแก้ไขจุดอ่อนของตนได้ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บุคคลที่สูญเสียพลังอำนาจไม่ว่าด้านใดจะกลับมามีสมดุลของพลังอำนาจในตนเองเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น" "กระบวนการเพิ่มความสามารถ เพื่อให้บุคคลสามารถค้นพบศักยภาพที่มีอยู่ในตัวเอง ควบคุมความเป็นอยู่ และสิ่งแวดล้อมของตนเอง โดยเชื่อว่าผู้ป่วยมีหน้าที่สำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและเลือกที่จะดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ" "ความสามารถในการใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับตนภายใต้คำแนะนำข้อมูลจากทีมสุขภาพและเกิดการตกลงร่วมกันในการเลือกปฏิบัติ"

(2) การจัดการกับพลังอำนาจ ในประเด็นของการค้นหาความพร่องของพลังอำนาจและเพิ่มแหล่งของอำนาจ เพื่อให้บุคคลมีความสามารถในการจัดการกับปัญหา "เป็นการค้นหาพลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรังว่าเขามีความพร่องในพลังอำนาจด้านใด และพยาบาลจะช่วยเติมสิ่งที่ผู้ป่วยขาดโดยใช้ทรัพยากรที่ผู้ป่วยมีอยู่รอบตัวและในตัวผู้ป่วยดึงออกมาใช้ จนผู้ป่วยมีพลังอำนาจในส่วนที่ขาดนั้นกลับคืนมา และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข" "กระบวนการเสริม/เพิ่มแหล่งของอำนาจที่ทำให้เอื้อต่อการตัดสินใจกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อเอาชนะต่อการสูญเสียพลังอำนาจการส่งเสริมความสามารถของบุคคลให้แสดงออกมา" "การทำให้พลังอำนาจที่ลดลงสามารถกลับมาสู่ภาวะปกติและดึงพลังอำนาจนั้นมาใช้ประโยชน์ได้ และพลังอำนาจใดที่มีอยู่แล้วก็สามารถพัฒนาขึ้นเป็นเกราะที่แข็งแรงให้กับตนเพื่อดึงพลังอำนาจนั้นไปใช้ในการปฏิบัติภาระกิจต่าง ๆ ให้สำเร็จ" "การวิเคราะห์แหล่งพลังอำนาจในตัวบุคคลหนึ่งบุคคลใด แล้วช่วยเสริมแหล่งพลังอำนาจที่ด้อยเพื่อให้บุคคลนั้นมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ด้วยตนเอง"

ผลการอธิบายความหมายและความสำคัญของพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้เข้ารับการอบรมภายหลังการฝึกอบรมที่มีความชัดเจนและตรงตามการให้ความหมายในหลักสูตรฝึกอบรมช่วยยืนยันผลการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมที่มีต่อความรู้ความเข้าใจในสาระสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.1.5 ผลการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจภายหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ พบว่าการฝึกปฏิบัติช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วย และการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในระดับมาก รายละเอียดดังแสดงในตาราง 17

ตาราง 17 ผลการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจภายหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ

ข้อ	ประเด็นการประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
1.	การฝึกปฏิบัติช่วยให้ท่านมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น	4.43	.51	มาก
2.	การฝึกปฏิบัติช่วยให้ท่านมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเพิ่มขึ้น	4.43	.51	มาก

1.1.6 ผลการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม

จากข้อมูลที่ผู้เข้ารับการอบรมจำนวน 20 คน จากผู้เข้ารับการอบรมทั้งสิ้น 25 คน คิดเป็นร้อยละ 80 ของผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมดเขียนบรรยายต่อข้อคำถามที่ว่า 'ขอให้ท่านสรุปสิ่งที่ท่านได้เรียนรู้จากการฝึกอบรมครั้งนี้' ทำให้ได้ข้อสรุปผลการเรียนรู้ของผู้เข้ารับการอบรมที่ได้รับจากการฝึกอบรม ดังนี้

1.1.6.1 ความรู้เรื่องพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ถือได้ว่าเป็นประเด็นความรู้หลักของหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง นอกเหนือจากการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจที่ได้รับจากการฝึกอบรมที่พบว่าความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจเพิ่มขึ้นภายหลังการฝึกอบรมแล้ว เมื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสรุปผลการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมก็พบการกล่าวถึงพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

"ได้รับความรู้เกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ แหล่งพลังอำนาจจากการอบรม รวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจทางด้านทฤษฎีและทักษะการฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วย ช่วยให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยมากขึ้น"

"ได้รู้เกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ การค้นหาปัญหาร่วมกับผู้ป่วยซึ่งเป็นแนวคิดใหม่ที่ก่อนนั้นเราจะเป็นผู้ดำเนินการมองปัญหาเอง การร่วมกันแก้ปัญหาร่วมกับผู้ป่วยทำให้รู้ว่าจริง ๆ แล้วผู้ป่วยจะสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ในแนวทางของตนเองได้ดีกว่า"

1.1.6.2 การนำประสบการณ์ที่ได้รับจากการฝึกอบรมไปใช้ในการปฏิบัติงาน

ผู้เข้ารับการอบรมได้กล่าวถึงการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมว่า ทำให้มีแนวทางที่ปฏิบัติได้จริง

"ทำให้มีประสบการณ์ในการนำความรู้จากการอบรมไปใช้ในการปฏิบัติหน้าที่ ทำให้มีแนวทางที่ปฏิบัติได้จริง ในการที่จะทำให้ผู้ป่วยร่วมรับรู้ปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไข ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางที่จะปฏิบัติได้"

สร้างแรงจูงใจและความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย

"ได้สร้างแรงจูงใจให้กับตนเองมากขึ้นในการทำงาน วิธีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติที่ดีขึ้น วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ วิธีการแปลความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่ถูกต้องมากขึ้น การยอมรับความคิดเห็นของผู้ป่วยและญาติมากขึ้น ใช้การพยาบาลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากขึ้น" "

'มีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ มีทักษะในการค้นหาปัญหาโดยให้ผู้ป่วยสะท้อนความคิด ทราบถึงบทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจ"

ช่วยทำให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน

"การผสมผสานระหว่างการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตน และการเสริมสร้างพลังอำนาจเข้าด้วยกัน ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน ซึ่งนำไปสู่ประสิทธิภาพในที่สุด"

1.1.6.3 การเรียนรู้ที่ได้จากกิจกรรมการประชุมกลุ่มย่อย กระบวนการกลุ่มและการทำงานเป็นทีม เป็นอีกประเด็นที่ผู้เข้ารับการอบรมได้กล่าวถึง "ได้แนวคิดที่หลากหลายจากการประชุมกลุ่มย่อย" "กระบวนการกลุ่มเป็นตัวชี้แนวทางร่วมกัน การทำงานเป็นทีม"

1.2 ผลสัมฤทธิ์ของผู้เข้ารับการอบรมด้านทักษะ

1.2.1 ผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง ใช้เวลาในการฝึกปฏิบัติ 2 สัปดาห์ คือระหว่างวันที่ 14 - 25 มกราคม 2545 โดยผู้เข้ารับการอบรมทุกคนจะต้องทำการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยเรื้อรังคนละ 4 ราย เข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อยและพบวิทยากรระหว่างการฝึกปฏิบัติอย่างน้อย 2 ครั้ง เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กับผู้เข้ารับการอบรมคนอื่น รวมถึงการแก้ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างฝึกปฏิบัติกับวิทยากร ผู้เข้ารับการอบรมแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 6 - 7 คน เข้าร่วมประชุมครั้งละ 3 ชั่วโมง โดยในครั้งแรกกำหนดขึ้นภายหลังจากฝึกปฏิบัติ 4 - 5 วัน และในครั้งที่สองภายหลังการฝึกปฏิบัติ 10 - 11 วัน

ผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของผู้เข้ารับการอบรมสรุปได้ดังนี้

1.2.1.1 ตามที่กำหนดให้ผู้เข้ารับการอบรมทำการศึกษาผู้ป่วยคนละ 4 รายนั้น พบว่ามีผู้เข้ารับการอบรม 16 คน ที่สามารถศึกษาผู้ป่วยได้ครบตามจำนวนที่กำหนด ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้เข้ารับการอบรมที่ศึกษาผู้ป่วยในชุมชน รองลงมาคือศึกษาผู้ป่วยได้ 3 ราย และ 1 ราย มีผู้เข้ารับการอบรม 2 คนที่ศึกษาผู้ป่วยได้คนละ 2 ราย สาเหตุที่ผู้เข้ารับการอบรมไม่สามารถศึกษาผู้ป่วยได้ครบตามที่กำหนดเนื่องจากในช่วงเวลาของการฝึกปฏิบัติจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ที่กำหนดในการฝึกปฏิบัติมีจำนวนน้อยไม่เพียงพอกับจำนวนผู้เข้ารับการอบรม ถึงแม้ว่ามีผู้เข้ารับการอบรมส่วนหนึ่งของแผนกผู้ป่วยนอกและเวชกรรมสังคมทำการศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนแล้วก็ตาม

1.2.1.2 ผลการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

การประเมินผลจากรายงานการฝึกปฏิบัติของผู้เข้ารับการอบรม พบว่า

1.2.1.2.1 ขั้นตอนการสร้างความร่วมมือ

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นไปได้ด้วยดีในผู้ป่วยทุกราย ในขั้นตอนนี้ส่วนใหญ่จะเป็นการเริ่มต้นของการนำไปสู่ขั้นตอนต่อไปของกระบวนการเสริมสร้างพลัง

อำนาจ การยอมรับของผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือ ยกเว้นผู้ป่วย 1 ราย ที่แสดงออกถึงความไม่สนใจที่จะให้ความร่วมมือ ซึ่งจากการรายงานของผู้เข้ารับการอบรมพบว่า ผู้เข้ารับการอบรมพยายามที่จะมุ่งไปที่ประเด็นการควบคุมความดันโลหิตสูง แต่สำหรับผู้ป่วยเองแล้วปัญหาการมารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้คือ เรื่องต่อมลูกหมากโตและปัญหาปวดหลัง ดังนั้นทุกครั้งที่ผู้เข้ารับการอบรมเข้าไปพบผู้ป่วย ผู้ป่วยมักจะถามเกี่ยวกับเรื่องต่อมลูกหมากโต เหตุผลของการที่ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ เมื่อใดจะได้รับการผ่าตัด และขอยาแก้ปวด เมื่อผู้เข้ารับการอบรมเริ่มการสนทนาเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยบอกว่าเพลียขอพักผ่อน กรณีตัวอย่างนี้ได้นำมาใช้อภิปรายในการประชุมกลุ่มย่อยครั้งแรก และได้ข้อสรุปว่าตราบใดปัญหาที่ผู้ป่วยคิดว่าสำคัญสำหรับตัวผู้ป่วยเองยังไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยคงยังไม่ยอมที่จะรับฟังในเรื่องความดันโลหิตสูง และการที่ผู้ป่วยบ่นตลอดเวลาเกี่ยวกับเรื่องต่อมลูกหมากโตก็เนื่องมาจากผู้ป่วยไม่ทราบข้อมูลว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นกับตน อีกนานแค่ไหนถึงจะผ่าตัดและเอาสายสวนปัสสาวะออก ความกังกลของผู้ป่วยแสดงออกด้วยการที่ผู้ป่วยนอนไม่หลับในเวลากลางคืนต้องขอยานอนหลับรับประทาน ผู้เข้ารับการอบรมที่ดูแลผู้ป่วยรายนี้จึงวางแผนว่าจะช่วยผู้ป่วยแก้ปัญหาความวิตกกังวลเรื่องต่อมลูกหมากโตก่อนตามความสำคัญที่ผู้ป่วยเป็นผู้กำหนด ซึ่งผลปรากฏว่าภายหลังที่ผู้ป่วยรับทราบแผนการรักษาของตน ผู้เข้ารับการอบรมรายงานว่าผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล เริ่มพูดคุยเพื่อขอความช่วยเหลือจากผู้เข้ารับการอบรมมากขึ้น มีการแสดงออกถึงความไว้วางใจและเมื่อผู้เข้ารับการอบรมได้ช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการปวดหลัง ด้วยการอธิบายถึงพยาธิสภาพของโรค แผนการรักษาและประสานงานกับแพทย์เพื่อขอยาบรรเทาอาการปวดที่ให้ผลในการบรรเทาการปวดได้ดีขึ้น พบว่าผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนในเวลากลางคืนได้มากขึ้น ความถี่ของการขอยาแก้ปวดน้อยลง ผู้ป่วยเริ่มรับฟังและให้ความสนใจกับการควบคุมความดันโลหิตสูง กรณีตัวอย่างนี้ได้สะท้อนให้ผู้เข้ารับการอบรมในกลุ่มเดียวกันและผู้เข้ารับการอบรมในกลุ่มอื่นได้เรียนรู้ถึงการมองปัญหาที่เน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและให้ความสนใจกับสิ่งที่ผู้ป่วยเห็นว่าเป็นปัญหาที่สำคัญของตนมีผลต่อความร่วมมือของผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหา รวมถึงผลที่เกิดขึ้นทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ผลสำเร็จของการที่พยาบาลช่วยเหลือในการแก้ปัญหาสำคัญให้กับผู้ป่วย นำไปสู่ความไว้วางใจต่อตัวพยาบาล และความร่วมมือที่จะเกิดขึ้นในขั้นตอนต่อไป รวมถึงความร่วมมือในการค้นหาปัญหาร่วมกัน เพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วย

สำหรับเกณฑ์การประเมินผลในขั้นตอนการสร้างความร่วมมือที่ระบุว่าผู้ป่วยบอกได้ถึงบทบาทของตนเกี่ยวกับการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเองนั้นไม่พบในรายงาน

1.2.1.2.2 ขั้นตอนการค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย

(1) ข้อมูลจากการประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วย พบว่าผู้เข้ารับการอบรมสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่ทำการศึกษาได้ครบถ้วนทุกข้อรายการ จะมีในบางข้อรายการไม่สามารถระบุปัจจัยสาเหตุได้ สำหรับความเชื่อของผู้ป่วยว่าการมีสุขภาพที่ดีได้นั้น เป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของตน มีผู้ป่วยบางรายที่เชื่อว่าการดูแลสุขภาพเป็นหน้าที่ของแพทย์และพยาบาล โดยอ้างว่าผู้ป่วยไม่มีความรู้เพียงพอ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่เชื่อว่าการดูแลสุขภาพเป็นหน้าที่ของตน ผู้เข้ารับการอบรมได้มีการอธิบายและจูงใจจนผู้ป่วยยอมรับ

ในส่วนของการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยที่เน้นไปที่การจัดการกับการเจ็บป่วยและแหล่งพลังอำนาจผู้ป่วย พบว่าผู้เข้ารับการอบรมยังไม่สามารถดึงปัญหาและปัจจัยสาเหตุ

ของปัญหาได้ชัดเจนนัก การใช้ข้อมูลเชิงปรนัยและอัตนัยที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยยังพบว่าเอามาใช้ประโยชน์ต่อการวินิจฉัยได้น้อย การวินิจฉัยส่วนใหญ่ยังอยู่บนพื้นฐานการตัดสินและการสรุปของผู้เข้ารับการอบรมโดยอาศัยผลการตรวจร่างกายหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นหลัก เช่น ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ แสดงให้เห็นว่ายังขาดการมองบริบทอื่นที่เป็นที่มาของปัญหาของผู้ป่วย เช่น การขาดแรงจูงใจ การขาดการสนับสนุนจากครอบครัว เป็นต้น เมื่อนำประเด็นนี้เข้าสู่การอภิปราย ผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่ยอมรับว่าเคยชินกับการประเมินการเจ็บป่วยหรือการควบคุมโรคโดยอาศัยข้อมูลทางกายภาพเป็นหลัก นอกจากนั้นยังไม่เคยชินกับการประเมินปัญหาของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ทั้งที่มีปัญหาอื่นอีกมากของผู้ป่วยทางด้านจิตสังคม เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ความรู้สึกหมดหวังที่ส่งผลต่อการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย สิ่งที่ยืนยันข้อค้นพบนี้ คือการที่ผู้วิจัยได้ติดตามผู้เข้ารับการอบรมไปศึกษากรณีตัวอย่างในชุมชน การแสดงออกถึงพฤติกรรมท่าทางของผู้ป่วยโรคเบาหวานรายหนึ่ง และคำพูดที่ถามย้ำว่า "ผมเป็นอะไรมากไหมหมอ" จนทำให้ผู้วิจัยต้องถามขึ้นว่า "คุณกังวลอะไรหรือเปล่า" ผู้ป่วยจึงให้ข้อมูลว่าตนเองกลัวจะเป็นอัมพาตเหมือนคนข้างบ้านที่ป่วยเป็นโรคเดียวกับตน ซึ่งนำไปสู่การสนทนาต่อของผู้เข้ารับการอบรมกับผู้ป่วย ภายหลังการสิ้นสุดการสนทนากับผู้ป่วยรายนี้ ผู้วิจัยได้สะท้อนให้ ผู้เข้ารับการอบรมเห็นถึงการสังเกตพฤติกรรมท่าทางของผู้ป่วยระหว่างการพูดคุยรวมถึงการให้ความสนใจต่อคำพูดของผู้ป่วยที่สะท้อนความคิด ความรู้สึกภายในตัวของผู้ป่วยประกอบกันไปด้วย

(2) ข้อมูลที่แสดงถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการกำหนดปัญหาด้านสุขภาพ พบว่าปัญหาด้านสุขภาพถูกกำหนดโดยผู้เข้ารับการอบรมเป็นส่วนใหญ่ โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยร่วมกับพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย เช่นการถามซ้ำ ๆ เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่เป็นอยู่ การนอนไม่หลับ เป็นต้น ภายหลังจากที่ผู้เข้ารับการอบรมกำหนดปัญหาด้านสุขภาพแล้ว จึงแจ้งให้ผู้ป่วยได้รับรู้ผลการประเมิน

(3) ข้อมูลที่แสดงถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาด้านสุขภาพ ในการประชุมกลุ่มย่อยครั้งที่ 1 พบว่าผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่จะเป็นผู้กำหนดหรือจัดลำดับความสำคัญของปัญหา แต่เมื่อผ่านการประชุมกลุ่มย่อยครั้งที่ 1 ผู้เข้ารับการอบรมได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหามากขึ้น แต่ก็ยังพบว่าในบางกรณีที่ค้นพบปัญหาเดียวหรือผู้เข้ารับการอบรมประเมินว่าปัญหาหลายข้อที่วินิจฉัยมีความเกี่ยวข้องกันก็จะไม่มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

(4) ข้อมูลที่แสดงถึงการที่ผู้ป่วยสามารถอธิบายสภาพการเจ็บป่วยของตนได้ตรงตามสภาพความเป็นจริง ในการประชุมกลุ่มย่อยครั้งที่ 1 พบว่าเมื่อผู้เข้ารับการอบรมประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจผู้ป่วยเสร็จสิ้นลง มักเริ่มให้ข้อมูลหรือจัดการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยทันที ซึ่งวิทยากรได้สะท้อนการเรียนรู้ในส่วนนี้ว่าเมื่อผู้เข้ารับการอบรมประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยแล้วตามขั้นตอนต้องแจ้งให้ผู้ป่วยได้รับทราบปัญหาทางด้านสุขภาพของตนและมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา จากนั้นจึงอธิบายสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในขณะนั้นว่ามีความรุนแรงหรือการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่นั้นมีความก้าวหน้าเพียงใด มีสิ่งใดที่ต้องระมัดระวังบ้างเพื่อการควบคุมโรค โดยวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงประโยชน์ของการที่จะต้องดำเนินการจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยซึ่งมีผลต่อความร่วมมือของผู้ป่วย ในการประชุมกลุ่มย่อยครั้งที่ 2 พบว่าผู้เข้ารับการอบรมหลายคนมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยตามสภาพความเป็นจริงมากขึ้น แต่ยังมีผู้เข้ารับการอบรมบางรายที่รายงานว่าลืมเพราะเคยชินกับวิธีการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยแบบเดิม ในขั้นตอนนี้การที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม

และตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาคือการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ และการใช้วิธีการสะท้อนความคิดกับผู้ป่วย

1.2.1.2.3 ขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

(1) ข้อมูลที่แสดงถึงวิธีการที่ใช้ในการช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น วิธีการส่วนใหญ่ที่ผู้เข้ารับการอบรมใช้ในการช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น คือการให้ข้อมูลจากสิ่งที่ผู้เข้ารับการอบรมค้นพบจากการประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วย รวมถึงการใช้วิธีการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับและตระหนักถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งในบางกรณีต้องอาศัยการสนับสนุนจากสังคม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับตน ตัวอย่างผู้ป่วยหญิงรายหนึ่งอายุ 68 ปี ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ขาดนัดมาประมาณ 1 ปี ภายหลังจากที่ตาทั้งสองข้างบอดเนื่องมาจากต้อหิน จากรายงานของผู้เข้ารับการอบรมได้บันทึกและรายงานว่า ภายหลังจากที่ผู้ป่วยตาบอด ผู้ป่วยไม่สนใจที่จะรักษาใด ๆ ต่อ เนื่องจากเชื่อว่ารักษาไปตาก็ไม่สามารถกลับมามองเห็นได้เหมือนเดิม นอกจากนั้นยังมีความรู้สึกว่า บุตรและสามีไม่สนใจ สามีอยากให้ตายไม่ดูแล ที่มีชีวิตอยู่ทุกวันนี้ได้บุตรสาวที่ไม่สมประกอบดูแล ผลการตรวจค่า DTX (ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด) สูงจนวัดไม่ได้ ความดันโลหิต 190/110 mm./Hg. ลุกเดินไม่ได้เนื่องจากผู้ป่วยไม่ยอมลุกเดินมานาน ผู้เข้ารับการอบรมวินิจฉัยว่าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการเกี่ยวกับการควบคุมการเจ็บป่วยของตนเองเนื่องจากขาดแรงจูงใจ เป้าหมายของผู้เข้ารับการอบรม คือ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยรายนี้ในขณะนั้น การช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นเพื่อนำไปสู่การยินยอมรับการรักษาของผู้ป่วยด้วยวิธีการให้ข้อมูลแต่เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ แต่ต้องอาศัยน้องสาวของผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยไว้ใจ การสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเห็นว่าชีวิตของตนยังมีความหมายแม้ว่าตาจะบอดมองไม่เห็นทั้งสองข้าง การใช้ความเชื่อเรื่องกรรมเนื่องจากสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยมีความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ร่วมกับให้ความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยถึงแหล่งทรัพยากรอื่น ๆ ที่จะเอื้ออำนวยผู้ป่วยในการไปรับการรักษา และที่สำคัญการแสดงออกถึงความตั้งใจจริงและความจริงใจของผู้เข้ารับการอบรมที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วยจัดการกับการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยของตนและยอมรับการไปรักษาที่โรงพยาบาลในวันรุ่งขึ้น

(2) ข้อมูลที่แสดงถึงวิธีการในการช่วยให้ผู้ป่วยแสวงหาวิธีการในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ ส่วนใหญ่ปัญหาของผู้ป่วยที่ผู้เข้ารับการอบรมประเมินในระยะการฝึกปฏิบัติ คือ การควบคุมโรคที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ การรับประทานอาหาร ในวิธีการแบบเดิมคือการให้ข้อมูลในภาพรวมถึงอาหารที่รับประทานได้และไม่ได้ ซึ่งในช่วงของการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการวิทยากรได้ชี้ประเด็นนี้ให้กับผู้เข้ารับการอบรม และเสนอให้ลองเปลี่ยนรูปแบบเป็นการสอบถามถึงอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานในแต่ละวัน แล้วประเมินว่าอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานมีความเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมอย่างไร เมื่อผู้เข้ารับการอบรมได้นำไปทดลองใช้ ได้สะท้อนว่าสิ่งที่เคยให้ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับอาหารแก่ผู้ป่วยไปนั้น บางครั้งผู้ป่วยก็รับรู้ผิดพลาด ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยเบาหวานรายหนึ่ง ยังรับประทานน้ำอัดลมประเภทโค๊ก เป๊ปซี่ วันละหลายขวด เนื่องจากผู้ป่วยเห็นว่าไม่ได้เป็นของหวาน ดังนั้นเมื่อผู้เข้ารับการอบรมใช้วิธีการสอบถามอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานในแต่ละวัน อาหารที่ผู้ป่วยชอบทาน แล้ววิเคราะห์ให้ผู้ป่วยทราบว่าอาหารที่ผู้ป่วยรับประทาน ประเภทใดที่ยังคงทานได้ และประเภทใดที่ผู้ป่วยไม่ควรรับประทานหรือให้ผู้ป่วยมีการจำกัดการรับประทานให้น้อยลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่แสดงออกถึงความเข้าใจและให้ความร่วม

มือในการควบคุม ในผู้ป่วยบางรายที่ติดการรับประทานอาหารบางประเภท เช่น กาแฟ เครื่องดื่มบำรุงกำลัง การสะท้อนความคิดและการช่วยให้ผู้ป่วยแสวงหาการจำกัดอาหารประเภทดังกล่าวเพื่อควบคุมโรค พบว่าผู้ป่วยสามารถวางแผนที่จะลดปริมาณการรับประทานเองได้ อีกกรณีหนึ่งผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างมีปัญหาเกี่ยวกับการทำกายภาพที่บ้าน ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นความยุ่งยากและรู้สึกเบื่อ เมื่อผู้เข้ารับการอบรมได้ร่วมคิดกับผู้ป่วยและญาติในการแสวงหาวิธีที่จะทำกายภาพที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยสนใจและจัดทำอุปกรณ์ในการทำกายภาพได้ดี ด้วยการทำรอกที่ขื่อหลังคา โยงด้วยเชือกเส้นใหญ่ทำห่วงที่ปลายเชือกทั้ง 2 ด้าน ด้านหนึ่งใช้มือจับปลาย อีกด้านวางเท้า เมื่อใช้มือดึงเชือกขึ้นก็จะยกเท้าขึ้นมา ผู้เข้ารับการอบรมได้แนะนำให้ผู้ป่วยเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องด้วยเพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อหน้าท้องแข็งแรง

(3) แผนการดำเนินการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่แสดงถึงกลวิธีการจัดการกับปัญหาและเกณฑ์การประเมินผล พบว่าในผู้ป่วยทุกรายมีรายงานกลวิธีการจัดการกับปัญหาและเกณฑ์การประเมินผลที่สอดคล้องกับปัญหาและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

1.2.1.2.4 ขั้นตอนการเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร

(1) ข้อมูลที่แสดงถึงความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรเพื่อใช้ในการดำเนินการตามแผน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่แสดงออกถึงการสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการเจ็บป่วย สำหรับความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรเพื่อใช้ในการดำเนินการตามแผน ส่วนใหญ่ถูกกำหนดและจัดหาให้โดยการตัดสินใจของผู้เข้ารับการอบรมที่เห็นว่าจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการตามแผนการจัดการกับปัญหา ซึ่งรวมถึงการประสานงานกับสถานีอนามัย ญาติผู้ป่วย และกับแพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น ในกรณีผู้ป่วยที่ขาดนัดมานาน ผู้ป่วยมีความกลัวที่จะกลับไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล การจัดการช่วยเหลือของผู้เข้ารับการอบรมเพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยในการมาตรวจโรงพยาบาล คือ การจัดนัดพบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก และการประสานงานกับแพทย์ บทบาทของผู้เข้ารับการอบรมในขั้นตอนนี้นอกจากการเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรให้กับผู้ป่วยแล้ว ยังแสดงออกถึงบทบาทของผู้พิทักษ์สิทธิให้กับผู้ป่วยอีกด้วย ผู้เข้ารับการอบรมได้สะท้อนความคิดของตนว่าไม่อยากให้ผลของการสร้างแรงจูงใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยยอมมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสิ้นเหลวจากการที่แพทย์ไม่เข้าใจว่าทำไมผู้ป่วยถึงขาดนัดแล้วตำหนิผู้ป่วย

(2) การสนับสนุนข้อมูลความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรให้กับผู้ป่วย พบว่าผู้เข้ารับการอบรมสามารถให้การสนับสนุนข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรให้กับผู้ป่วยได้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และตอบสนองแผนการดำเนินการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย วิธีการส่วนใหญ่ที่ผู้เข้ารับการอบรมใช้คือ การให้ข้อมูล คำแนะนำ ผสมผสานกับการสะท้อนความคิดในผู้ป่วย และมีบ้างสำหรับการใช้กระบวนการกลุ่มกับกลุ่มผู้ป่วยที่ผู้เข้ารับการอบรมเลือกศึกษาในผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคเดียวกัน จากรายงานยังพบผู้เข้ารับการอบรมยังเคยชินกับวิธีการแบบเดิม การประชุมกลุ่มย่อยได้มีมีการหยิบยกปัญหาการให้ข้อมูลความรู้แบบชุดข้อมูล ช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดความตระหนักถึง

(3) การประเมินผลการให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรที่ให้กับผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นการประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อข้อมูล ความรู้ที่ได้รับในขณะนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้เข้ารับการอบรมที่ศึกษากับผู้ป่วยในโรงพยาบาล ที่ผู้ป่วยมีระยะเวลาของการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสั้น สำหรับผู้เข้ารับการอบรมที่ศึกษาผู้ป่วยในชุมชน สามารถติดตามผลการปฏิบัติของผู้ป่วยได้ครั้งหรือสองครั้งเนื่องจากระยะเวลาการฝึกปฏิบัติมีจำกัด แต่ก็สามารถพบว่าผู้ป่วยนำไปปฏิบัติได้ดี

1.2.1.3.5 ขั้นตอนการดำเนินการด้วยตนเอง

(1) ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดกิจกรรมการดำเนินการตามแผน พบว่ามีในรายงานของผู้ป่วยที่ทำการศึกษาทุกราย

(2) ข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับการตัดสินใจแก้ไขปัญหาในระหว่างการดำเนินกิจกรรมไม่พบรายงานการแก้ไขปัญหาอื่นใดนอกเหนือจากที่กำหนดไว้ในแผน เนื่องจากส่วนใหญ่จะเป็นแผนที่มุ่งไปที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นหลัก

(3) ข้อมูลเกี่ยวกับผลการดำเนินการ พบว่าในช่วงระยะสั้นภายหลังการวางแผนการดำเนินการจัดการกับปัญหาร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เมื่อผู้เข้ารับการอบรมติดตามประเมินพบว่า ผู้ป่วยสามารถกระทำได้ทันที เช่น ผู้ป่วยรับประทานอาหารเฉพาะที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ ผู้ป่วยอัมพาตมีการจัดเตรียมอุปกรณ์เพื่อออกกำลังกายด้วยตนเอง ผู้ป่วยที่ตกลงว่าจะงดของหวานมีรายงานจากผู้ป่วยว่าได้บอกให้ญาติไม่ให้จัดหาของหวานที่เคยชอบมาให้ทาน สำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลบางรายที่กลับบ้านไปก่อนไม่สามารถติดตามผลการดำเนินการได้

1.2.1.3.6 ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนความคิด และการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วย รายงานจากผลการฝึกปฏิบัติของผู้เข้ารับการอบรมที่ทำการศึกษาทั้งผู้ป่วยในโรงพยาบาลและในชุมชน พบการแสดงออกถึงการปรับเปลี่ยนความคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและพฤติกรรมส่วนบุคคลที่มีผลต่อการควบคุมโรคภายหลังการดำเนินการตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 4 โดยพฤติกรรมการแสดงของผู้ป่วย ได้แก่ คำพูดที่ยอมรับและเข้าใจต่อสภาพการเจ็บป่วยและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในขั้นตอนที่ 5 พบการรายงานว่าผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารรวมถึงการเข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลภายหลังจากที่ขาดนัดเป็นเวลานาน แต่ผลการตรวจสอบการปรับเปลี่ยนความคิดในระยะยาวต้องอาศัยเวลาในการประเมิน

สำหรับการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วย ในช่วงของการฝึกปฏิบัติกรณีที่ติดตามผู้ป่วยได้ พบว่าผู้ป่วยสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยได้ตามแผนที่กำหนด แต่การดำรงไว้ซึ่งการจัดการกับการเจ็บป่วยในระยะยาวต้องอาศัยการติดตามประเมินผลต่อไป

1.2.1.4 การประชุมกลุ่มย่อยเพื่อรายงานผลการฝึกปฏิบัติ ซึ่งตามหลักสูตรกำหนดไว้ 2 ครั้ง พบว่าผู้เข้ารับการอบรมทุกคนเข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อยได้ตามที่กำหนด และมีผู้เข้ารับการอบรมบางคนมาพบวิทยากรเป็นการส่วนตัวนอกเหนือจากการประชุมกลุ่มเพื่อปรึกษาเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติ ผลการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อรายงานผลการฝึกปฏิบัติทั้ง 2 ครั้ง สรุปได้ดังนี้

1.2.1.4.1 การประชุมกลุ่มย่อยครั้งที่ 1 ผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉลี่ยคนละ 1 ราย รองลงมาคือ 2 ราย และมีเพียง 1 คน ที่สามารถทำการศึกษาผู้ป่วยได้ 4 ราย ซึ่งเป็นการศึกษาผู้ป่วยในชุมชนโดยใช้วิธีนัดผู้ป่วยมาพร้อมกันในครั้งเดียว ผู้เข้ารับการอบรมทุกคนสามารถดำเนินการได้ถึงขั้นตอนที่ 3 คือขั้นตอนการสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การประเมินผลการฝึกปฏิบัติจากการรายงานของผู้เข้ารับการอบรม พบว่าผู้เข้ารับการอบรมทุกคนสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน

ผลของการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้เข้ารับการอบรมและวิทยากร ช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมทราบถึงสิ่งที่ต้องปรับปรุงแก้ไขในการฝึกปฏิบัติในผู้ป่วย และทำความเข้าใจกับข้อสงสัยต่าง ๆ ที่พบในระหว่างการฝึกปฏิบัติ ที่สำคัญคือ การประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นอกจากนั้นความเคยชินของผู้เข้ารับการอบรมกับวิธีการแบบเดิมในการให้ข้อมูล หรือประเมินผู้ป่วย ยังคง

พบในช่วงแรกของการฝึกปฏิบัติ การได้มาประชุมกลุ่มย่อยร่วมกันระหว่างวิทยากรและผู้เข้ารับการอบรมมีผลให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันที่ช่วยให้การดำเนินการตามขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความเป็นรูปธรรมมากขึ้น

1.2.1.4.2 การประชุมกลุ่มย่อยครั้งที่ 2 ภายหลังการประชุมกลุ่มย่อยครั้งที่ 1 ผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่มีการศึกษาผู้ป่วยเพิ่มจำนวนขึ้น ความเข้าใจในเรื่องของการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ศึกษาดีขึ้นเห็นได้จากการระบุสาเหตุของปัญหาที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น ส่งผลให้การวางแผนแก้ไขปัญหามีความชัดเจนและแสดงออกถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการแก้ปัญหา ผู้เข้ารับการอบรมได้สะท้อนความคิดว่าการให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา สามารถแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยได้ตรงจุดมากกว่าวิธีการแบบเดิมที่พยาบาลเป็นผู้แสวงหาวิธีการในการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยโดยมองปัญหาที่การเจ็บป่วยเป็นหลัก ขาดการมองสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามได้ ตัวอย่างเช่น ในผู้ป่วยเบาหวานรายหนึ่งแพทย์สั่งให้ยา Metformin (500 mg) 3 เวลาหลังอาหาร แต่ระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยยังสูงอยู่ (160 มล./ดล.) เมื่อผู้เข้ารับการอบรมพยายามค้นหาเหตุปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่าผู้ป่วยรับประทานยาเพียงวันละ 2 ครั้ง "ผมกินข้าววันละ 2 ครั้ง เลยกินยาหลังอาหาร 2 เวลา คือมื้อกลางวันกับมื้อเย็น" ข้อค้นพบนี้ได้ถูกนำมาอภิปรายในการประชุมกลุ่มย่อย ซึ่งทำให้ผู้เข้ารับการอบรมสะท้อนความคิดว่า "เรื่องง่ายๆ แค่การรับประทานยาบางครั้งเราก็มองข้ามไป เพราะในโรงพยาบาลเวลารับประทานอาหารและการรับประทานยาถูกกำหนดอย่างตายตัว ผู้ป่วยจึงได้ยาครบ แต่อยู่ที่บ้านไม่ใช่แม้เราเองยังรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา"

จากรายงานของผู้เข้ารับอบรมที่ฝึกปฏิบัติในโรงพยาบาลพบปัญหาเรื่องที่ผู้ป่วยกลับบ้านก่อนที่จะประเมินผลในขั้นตอนที่ 5 การดำเนินการด้วยตัวเองและในขั้นตอนที่ 6 การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่ทำการศึกษาเมื่อผ่านขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ มีรายงานการแสดงออกถึงการปรับเปลี่ยนความคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและพฤติกรรมส่วนบุคคลที่มีผลต่อการควบคุมโรค โดยพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยได้แก่ คำพูดที่ยอมรับและเข้าใจต่อสภาพการเจ็บป่วยและความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร รวมถึงการเข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลภายหลังจากที่ขาดนัดเป็นเวลานาน แต่ผลการตรวจสอบการปรับเปลี่ยนความคิดในระยะยาวต้องอาศัยเวลาในการประเมิน ผู้เข้ารับการอบรมสะท้อนความคิดว่าการดูแลต้องอาศัยความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย ผู้เข้ารับการอบรมคนเดียวคงทำได้ไม่สำเร็จเพราะวันหนึ่งอยู่ดูแลผู้ป่วยได้ไม่เกิน 8 ชั่วโมง (1 เวร) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนพักในโรงพยาบาลแม้เป็นช่วงเวลาที่สั้นแต่เชื่อว่าน่าจะเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีประสิทธิภาพที่บ้านได้ ถ้าผู้ป่วยให้รับการเตรียมความพร้อมระหว่างอยู่ในโรงพยาบาลด้วยแนวคิดนี้อย่างต่อเนื่องทุกเวร และเมื่อกลับไปบ้านก็ได้รับการติดตามและสนับสนุนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนถึงผลสำเร็จของการดำเนินการด้วยตนเองของผู้ป่วย แต่ถ้าถึงขั้นการคงไว้ซึ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความสามารถในการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยระยะเวลา

ตัวอย่างการศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังของผู้เข้ารับการอบรม แสดงในภาคผนวก ข ตัวอย่างกรณีศึกษา

ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงพบว่า

(1) ความไม่พอเพียงของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ใช้ในการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนของผู้เข้ารับการอบรมซึ่งต้องศึกษาผู้ป่วยคนละ 4 ราย ปัญหาดังกล่าวแก้ไขโดยให้ผู้เข้ารับการอบรมที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกซึ่งปฏิบัติงานดูแลรับผิดชอบประชาชนในชุมชนอยู่แล้วไปศึกษาผู้ป่วยในชุมชนเขตที่ตนเองรับผิดชอบ

(2) ปัญหาในผู้เข้ารับการอบรมที่มาจากแผนกสูติ-นรีเวช ซึ่งปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยพิเศษสูติกรรม การที่ต้องไปศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ตนเองไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยด้านนี้มาก่อน ส่งผลให้เกิดความเครียดในผู้เข้ารับการอบรมซึ่งต้องมาทบทวนองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังใหม่ และผู้เข้ารับการอบรมเกิดความรู้สึกว่าตนเองทำการศึกษาผู้ป่วยได้ไม่ดีพอ เนื่องจากมีข้อจำกัด ผู้วิจัยได้คิดร่วมกับผู้เข้ารับการอบรมถึงการใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจกับผู้ป่วยที่มานอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยสูติกรรมพิเศษ ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมเสนอว่าผู้ป่วยที่พักรักษาตัวส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยหลังคลอดจะพักอยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 3 วัน ปัญหาในมารดาหลังคลอด โดยเฉพาะในท้องแรกคือความวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตร การเลี้ยงดูบุตร ผู้เข้ารับการอบรมได้เสนอแนวคิดว่าจะใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในการเตรียมความพร้อมของมารดาท้องแรก ซึ่งปรากฏว่าผู้เข้ารับการอบรมได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยหลังคลอดเพิ่มอีก 2 ราย จากเดิมที่ทำการศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปแล้ว 3 ราย ผู้เข้ารับการอบรมได้วิจารณ์การใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจกับการเตรียมความพร้อมของมารดาท้องแรกว่า "การสอนสุขศึกษาแต่เดิมเป็นการป้อนความรู้ที่เจ้าหน้าที่ต้องการให้ผู้ป่วยรู้ คิดว่าผู้ป่วยต้องรู้ หลังอบรมสอนโดยดึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการรู้ออกมา แล้วจึงสอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการรู้ หากขาดสิ่งใด จูงใจให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของสิ่งนั้นก่อนว่าเป็นประโยชน์ต่อเขาเองก่อนจึงสอนให้รู้ ปฏิบัติตามได้"

(3) ปัญหาระยะเวลาการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วย เนื่องจากระยะของการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Length of Stay) ของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลลพบุรี โดยเฉลี่ยประมาณคนละ 5 วัน และในผู้ป่วยบางรายที่ผู้เข้ารับการอบรมทำการศึกษาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่า 5 วัน จึงทำให้ผู้เข้ารับการอบรมบางคนทำการศึกษาได้ถึงขั้นตอนการสะท้อนความคิด คือการวางแผนการแก้ปัญหาร่วมกับผู้ป่วยเท่านั้น

(4) ปัญหาช่วงเวลาของการฝึกปฏิบัติ เนื่องจากในช่วงของการฝึกปฏิบัติ 2 สัปดาห์ ผู้เข้ารับการอบรมต้องขึ้นเวรปฏิบัติงานด้วย ผู้เข้ารับการอบรมจึงต้องปฏิบัติงานพร้อมกับการฝึกปฏิบัติในผู้ป่วย พบว่าผู้เข้ารับการอบรมที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยในความดูแลเป็นจำนวนมากและมีภาระงานในการดูแลผู้ป่วยมากเนื่องจากพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีน้อย มีผลให้ผู้เข้ารับอบรมไม่สามารถศึกษาผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ต้องใช้เวลานอกการทำงานมาศึกษาผู้ป่วย เช่นเดียวกับผู้เข้ารับการอบรมบางคนที่ต้องศึกษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอื่นที่ตนเองไม่ได้ปฏิบัติงาน ต้องใช้เวลานอกการปฏิบัติงานที่หน่วยงานของตนมาศึกษาผู้ป่วย ซึ่งพบว่าบางครั้งเมื่อกลับมาศึกษาผู้ป่วยต่อ ผู้ป่วยได้กลับบ้านไปแล้ว แต่ถึงกระนั้นผู้เข้ารับการอบรมก็มีความมุ่งมั่นต่อการฝึกปฏิบัติเป็นอย่างดียิ่งแม้การฝึกปฏิบัติจะทำให้ผู้เข้ารับการอบรมเหนื่อยและเครียด ก็สามารถมีผลงานมารายงานในที่ประชุมกลุ่มย่อยได้ทันเวลาทุกครั้ง

1.2.2 ผลการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมด้านความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ภายหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ จากแบบประเมินที่ผู้เข้ารับการอบรมตอบกลับมาจำนวน 23 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 92 ของผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมด พบ

ว่า การฝึกปฏิบัติช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.39, S.D. = .50)

1.2.3 ผลการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านทักษะที่ได้รับจากการฝึกอบรม จากการรวบรวมข้อมูลที่ผู้เข้ารับการอบรมจำนวน 20 คน จากผู้เข้ารับการอบรมทั้งสิ้น 25 คน คิดเป็นร้อยละ 80 ของผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมดที่ได้เขียนบรรยายต่อข้อคำถามที่ว่า 'ขอให้ท่านสรุปสิ่งที่ท่านได้เรียนรู้จากการฝึกอบรมครั้งนี้' ทำให้ได้ข้อสรุปผลการเรียนรู้ของผู้เข้ารับการอบรมด้านทักษะที่ได้รับจากการฝึกอบรม ดังนี้

1.2.3.1 ทักษะที่ได้รับจากการฝึกอบรม ทักษะที่ผู้เข้ารับการอบรมให้ข้อมูลว่าได้รับจากการฝึกอบรม ได้แก่ ทักษะด้านการประเมินและวินิจฉัยทางการพยาบาล "การค้นหาข้อมูลความจริงที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เพื่อจะได้วางแผนแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วย" "ได้ความรู้เกี่ยวกับการค้นหาปัญหาและนำไปวินิจฉัยการพยาบาล" ทักษะการสื่อสาร การสะท้อนความคิดและการสร้างแรงจูงใจ "มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติที่ดีขึ้น วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติ วิธีการแยกความต้องการของผู้ป่วยและญาติที่ถูกต้องมากขึ้น"

1.2.3.2 ทักษะการใช้กระบวนการกลุ่มและทักษะการทำงานเป็นทีม จากกิจกรรมการประชุมกลุ่มย่อย "ได้แนวคิดที่หลากหลายจากการประชุมกลุ่มย่อย" "กระบวนการกลุ่มเป็นตัวชี้แนวทางร่วมกัน การทำงานเป็นทีม"

1.3 ผลสัมฤทธิ์ของผู้เข้ารับการอบรมด้านเจตคติ

1.3.1 ผลการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านเจตคติภายหลังการฝึกปฏิบัติ จากข้อมูลที่ตอบกลับมาจำนวน 23 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 92 ของผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมด พบว่าการฝึกปฏิบัติช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมเห็นความสำคัญของพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วย และช่วยให้เห็นความสำคัญถึงบทบาทของพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยในระดับมาก รายละเอียดดังแสดงในตาราง 18

ตาราง 18 ผลการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านเจตคติภายหลังการฝึกปฏิบัติ

ข้อ	ประเด็นการประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
1.	การฝึกปฏิบัติช่วยให้ท่านเห็นความสำคัญของพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วย	4.43	.51	มาก
2.	การฝึกปฏิบัติช่วยให้ท่านเห็นความสำคัญถึงบทบาทของพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถจัดการกับการเจ็บป่วย	4.43	.51	มาก

1.3.2 ผลการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ภายหลังสิ้นสุดการฝึกอบรม

1.3.2.1 ผลการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังสรุปได้ดังนี้

1.3.2.1.1 การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้บทบาทของตนในการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นคุณลักษณะหนึ่งของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่คำนึงถึงการให้คุณค่าต่อผู้ป่วยในฐานะเป็นเจ้าของสุขภาพและมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพของตน "ผู้ป่วยต้องมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเองโดยนำความรู้ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สุขภาพมาปรับใช้ให้เข้ากับวิถีชีวิตของตน" "ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงบทบาทของตนในการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง ทำให้เกิดการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการทางด้านสุขภาพ" "ช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติใหม่ว่าการดูแลสุขภาพส่วนหนึ่งเป็นของผู้ป่วยเอง และมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการรักษาของแพทย์" "ช่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อการเจ็บป่วยให้เชื่อในความคิดว่าการดูแลสุขภาพเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเอง เชื่อว่าผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ร่วมมือกันจะช่วยให้สามารถควบคุมโรคได้"

1.3.2.1.2 การเสริมสร้างพลังอำนาจส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยที่เหมาะสมกับตัวผู้ป่วย "การมีส่วนร่วมในการจัดการกับการเจ็บป่วยที่เหมาะสมกับสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย ไม่ใช้วิธีการบังคับ จะทำให้การจัดการกับการเจ็บป่วยด้วยความเต็มใจ และส่งผลต่อการดูแลสุขภาพต่อไป" "ผู้ป่วยรู้ว่าจะดูแลสุขภาพตนเองอย่างไรอย่างมีระบบเหมาะกับบริบทของตน" "ทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและได้เป็นผู้เลือกวิธีการปฏิบัติตัวปรับเปลี่ยนแบบแผนการปฏิบัติต่อกิจกรรมประจำวันด้วยตนเอง" "ทำให้ผู้ป่วยทราบแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคที่เจ็บป่วยเรื้อรัง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคโดยจากความสมัครใจ หรือความร่วมมือของผู้ป่วยจากการเห็นประโยชน์ด้วยตนเอง"

1.3.2.1.3 การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับการเจ็บป่วย "ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้นในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง" "ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตนในการจัดการกับการเจ็บป่วย เกิดการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ" "ทำให้ผู้ป่วยได้ตระหนักว่าตัวผู้ป่วยเองก็มีความสามารถในการดูแลสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นผู้ให้ข้อมูล และให้ผู้ป่วยเป็นผู้เลือกแนวทางปฏิบัติเอง ซึ่งจะสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย" "สร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วยรับรู้พลังอำนาจในตน เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมโรคเรื้อรังนั้น ๆ ให้อยู่ในสภาพที่ร่างกายยอมรับได้ สามารถอยู่กับโรคนั้นได้อย่างปกติสุข"

1.3.2.1.4 การเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีผลต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย ผู้เข้ารับการอบรมแสดงความคิดว่า ถ้าช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการควบคุมโรคได้ดี จะลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำที่ต้องมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลง "เมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ การกลับเข้ามานอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังก็จะน้อยลง" "ผู้ป่วยเรื้อรังสามารถดูแลตนเองได้ และใช้แหล่งพลังอำนาจทางสังคมได้ดี อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลง" "การทำ Empowerment จะทำให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถควบคุมโรคได้ ไม่เกิดปัญหา Readmit บ่อย ๆ ซึ่งเป็นผลดีตามมาในเรื่องของงบประมาณค่าใช้จ่าย ลดความสิ้นเปลืองและเสียเวลาสำหรับโรงพยาบาลเป็นอย่างมาก"

1.3.2.2 ผลการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าผู้เข้ารับการอบรมทุกคนที่ตอบแบบสอบถามแสดงความคิดเห็นว่าจะนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยเหตุผลของการนำไปใช้สรุปได้ดังนี้

1.3.2.2.1 คุณค่าของการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเน้นไปที่ผลของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลและการจัดการกับการเจ็บป่วยดังนี้

(1) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการค้นหาปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทราบปัญหาและค้นหาปัญหาด้วยตนเอง ค้นพบศักยภาพในตัวเองและเลือกตัดสินใจในการจัดการกับการเจ็บป่วยด้วยตนเอง ค้นพบศักยภาพในตัวเองและเลือกตัดสินใจในการจัดการกับการเจ็บป่วยด้วยตนเอง "ความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย โดยการสะท้อนคิด ทำให้ผู้ป่วยสามารถทราบปัญหาที่แท้จริงของตนเอง แล้วนำความรู้ แหล่งเอื้อประโยชน์ แหล่งทรัพยากรจากเจ้าหน้าที่สุขภาพที่เหมาะสมมาดำเนินการหาทางเลือกด้วยตนเองในการจัดการกับการเจ็บป่วย และดูแลสุขภาพตนเองได้เหมาะสม" "การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย เมื่อทราบปัญหาเราก็จัดการปัญหานั้นโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม คิดว่าจะแก้ไขปัญหาอย่างไร เพื่อจะได้ไม่ขัดกับการดำรงชีวิตตามปกติของผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงจะสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สนับสนุนผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ เช่น ความรู้ สถานที่จะไปขอใช้บริการ การเข้าชมรมโรคที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยมีเพื่อน พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด ได้พบสิ่งที่เป็นประสบการณ์ใหม่ ๆ มีทางเลือกในการปฏิบัติตัวมากขึ้น สามารถนำมาประยุกต์เข้ากับตนเอง สามารถตัดสินใจได้ว่าตนเองจะเลือกปฏิบัติในสิ่งใดจึงจะเกิดประโยชน์มากที่สุด"

(2) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นที่เหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยเต็มใจ มั่นใจ รู้สึกตนมีคุณค่า เป็นการเสริมแรงให้ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อที่จะดูแลสุขภาพตนเอง "เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้มีส่วนร่วมในการหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นให้เหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของตนเอง ทำให้เต็มใจที่ปฏิบัติตัวและดูแลสุขภาพของตนเองต่อไป ส่งผลให้ผู้ป่วยตระหนักอยู่เสมอว่า การดูแลสุขภาพและการปกป้องดูแลตนเองเป็นหน้าที่ของผู้ป่วยเอง จะทำให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าของชีวิต ไม่ปล่อยให้มีปัญหาสุขภาพที่ทรุดโทรมลง" "ทำให้ผู้ป่วยรู้ปัญหาทางด้านสุขภาพด้วยตนเอง และแก้ปัญหาด้วยตนเองโดยมีพยาบาลเป็นส่วนร่วมในการเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ การค้นหาสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิด ร่วมค้นหาสิ่งเอื้ออำนวยแก่ผู้ป่วย ส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจ จนผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นตนเองและดำเนินการด้วยตนเอง จนสุดท้ายผู้ป่วยเกิดการรับรู้และตระหนักถึงความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ" "การร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถและสร้างแรงจูงใจ ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าและความสามารถในการเลือกวิธีปรับวิถีการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการเจ็บป่วยและการรักษา"

1.3.2.2.2 คุณค่าของการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย

(1) บทบาทของพยาบาลในฐานะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ เอื้ออำนวยทรัพยากร ส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและดำเนินการด้วยตนเอง "พยาบาลจะช่วยเอื้ออำนวยในเรื่องความรู้ ทรัพยากร และชี้ให้ผู้ป่วยเห็นสภาพการเจ็บป่วยของตนเอง" "เราต้องคอยช่วยเหลือ ให้การสนับสนุนสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย" "เกิดมีทัศนคติใหม่ที่ว่าพยาบาลเป็นผู้เอื้ออำนวยความรู้ เป็นผู้สนับสนุนในเรื่องการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเรื้อรัง"

(2) ความเป็นรูปธรรมของการให้การพยาบาล ที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม "ให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เน้นความต้องการหรือเน้นตัวตนของผู้ป่วยและญาติเป็นสำคัญ ทำให้การพยาบาลที่ตรงตามต้องการที่เป็นจริงของผู้ป่วยและญาติมากขึ้น" "เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและสามารถทำให้การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นรูปธรรม และมีแบบแผนยิ่งขึ้น" "ทราบปัญหารากเหง้าที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา ให้การพยาบาลยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์

กลาง" "สามารถสะท้อนปัญหาและเข้าใจความเป็นไปของผู้ป่วยมากขึ้น ยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยทำและปฏิบัติเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติทำได้ถูกต้องและสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน"

(3) คุณค่าของการปฏิบัติการพยาบาล ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่แสดงความคิดว่าแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลและสามารถนำไปใช้ได้จริง "เกิดความคิดว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถทำให้เกิดเป็นจริงได้" "แนวคิดนี้มีประโยชน์และสามารถนำไปใช้ได้จริง" "เข้าได้กับนโยบายส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้" "การทำ Empowerment เป็นเรื่องที่สำคัญและเป็นประโยชน์ในการเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนเป็นอย่างมาก มองเห็นจุดยืนของพยาบาล PCU มากขึ้นผลงานเด่นชัดขึ้น' "มองเห็นบทบาทของพยาบาลในการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านในรายผู้ป่วยเรื้อรังชัดเจนขึ้น มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังว่าควรเป็นอย่างไร"

นอกจากนั้น ผู้เข้ารับการอบรมยังได้เสนอแนะถึงการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติมากขึ้น "สามารถนำไปใช้ในการพยาบาลมากกว่านี้ โดยการทำให้เจ้าหน้าที่สุขภาพทุกท่านมีแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง ก็จะมีประสิทธิภาพมากขึ้น" "เป็นการสนองนโยบายของรัฐบาลในเรื่องการประกันสุขภาพ เน้นการบริหารเชิงรุก แต่ความสำคัญอยู่ที่ตัวพยาบาลเอง จะต้องมีความสามารถในการ appoarch ผู้ป่วย การเลือกใช้คำพูด การจับประเด็นปัญหาและทางที่ดีควรผ่านการอบรมการให้คำปรึกษาเบื้องต้นก่อน เพื่อการนำไปสู่ความสำเร็จในการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อไป"

1.3.3 ผลการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านเจตคติที่ได้รับจากการฝึกอบรม

จากข้อมูลที่ผู้เข้ารับการอบรมจำนวน 20 คน จากผู้เข้ารับการอบรมทั้งสิ้น 25 คน คิดเป็นร้อยละ 80 ของผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมดเขียนบรรยายต่อข้อคำถามที่ว่า 'ขอให้ท่านสรุปสิ่งที่ท่านได้เรียนรู้จากการฝึกอบรมครั้งนี้' ทำให้ได้ข้อสรุปเจตคติของผู้เข้ารับการอบรม ในประเด็นเจตคติที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งแสดงให้เห็นจากข้อมูลที่ผู้เข้ารับการอบรมกล่าวถึง

1.3.3.1 เจตคติที่มีต่อการให้การพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การให้การพยาบาลแบบองค์รวม 'การนำกระบวนการไปใช้มองปัญหาที่ผู้ป่วยควบคุมหรือปฏิบัติตามไม่ได้เพราะอะไร ทำให้สามารถค้นหาปัญหารากเหง้าและร่วมกันกำหนดความสำคัญของปัญหาผู้ป่วย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้เลือกปฏิบัติ ให้การพยาบาลมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เข้าถึงจิตสังคม' 'การยอมรับความคิดเห็นของผู้ป่วยและญาติมากขึ้น ใช้การพยาบาลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากขึ้น' "ควรมองถึงปัญหาของผู้ป่วยโดยรวม และไม่คิดแค่พยาธิสภาพของโรค ตัวโรคเพียงด้านเดียว" "การพยาบาลที่เน้นจิตวิญญาณมากขึ้น"

1.3.3.2 เจตคติที่แสดงออกถึงการเชื่อในความสามารถของผู้ป่วย "ได้รู้ถึงข้อเท็จจริงว่าถ้าผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา หาแนวทางแก้ปัญหาและจัดการกับปัญหาด้วยตนเองแล้วจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตัวเอง และรู้ว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่ของตัวผู้ป่วยเอง และพร้อมที่จะดูแลตนเองด้วยความเต็มใจ" "ได้เห็นข้อเท็จจริงที่ว่าผู้ป่วยสามารถที่จะเลือกและปฏิบัติต่อตนเองด้วยความเต็มใจ และผู้ป่วยสามารถจะปฏิบัติได้ดีกว่าที่เจ้าหน้าที่สุขภาพไปแนะนำให้เขาทำ"

1.3.3.3 เจตคติที่แสดงออกถึงการให้คุณค่าความเป็นบุคคลของผู้ป่วย " ให้ความเคารพ ให้คุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มิใช่ความคิดในแง่ลบต่อผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ เปิดโอกาสให้เขาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางบวก" "การแนะนำสิ่งใด ควรให้ผู้ป่วยยอมรับและคิดว่าอยากรู้ก่อน การดูแล

ควบคุมโรคเป็นหน้าที่ของผู้ป่วยที่จะคิดและตัดสินใจว่าจะเลือกปฏิบัติอย่างไร แต่เราจะต้องคอยช่วยเหลือให้คำแนะนำ ไม่ขัดต่อแผนการรักษาพยาบาล"

2. ผลการประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม

2.1 ผลการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมด้านความเหมาะสมของกระบวนการฝึกปฏิบัติ

จากการวิเคราะห์แบบประเมินที่ผู้เข้ารับการอบรมส่งกลับมาจำนวน 23 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 92 ของผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมด ผลการประเมินความเหมาะสมของกระบวนการฝึกปฏิบัติ พบว่า

2.1.1 ความเหมาะสมของการประชุมกลุ่มย่อยระหว่างการฝึกปฏิบัติ มีความเหมาะสมในระดับมาก

2.1.2 ความเหมาะสมของการติดตามนิเทศของวิทยากรระหว่างการฝึกปฏิบัติ มีความเหมาะสมในระดับมาก

2.1.3 ความเหมาะสมของระยะเวลาการฝึกปฏิบัติ (2 สัปดาห์) ช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการพยาบาลตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความเหมาะสมในระดับปานกลาง

2.1.4 ความเหมาะสมของคู่มือการฝึกปฏิบัติ แบบประเมินพลังอำนาจและแบบบันทึกที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติ มีความเหมาะสมในระดับมาก

ผลการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมด้านความเหมาะสมของกระบวนการฝึกปฏิบัติ ดังแสดงในตาราง 19

ตาราง 19 ผลการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมด้านความเหมาะสมของกระบวนการฝึกปฏิบัติ

ข้อ	ประเด็นการประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
1.	ความเหมาะสมของการประชุมกลุ่มย่อยระหว่างการฝึกปฏิบัติ	4.26	.54	มาก
2.	ความเหมาะสมของการติดตามนิเทศของวิทยากรระหว่างการฝึกปฏิบัติ	4.09	.60	มาก
3.	ความเหมาะสมของระยะเวลาการฝึกปฏิบัติ (2 สัปดาห์)	3.04	.93	ปานกลาง
4.	ความเหมาะสมของคู่มือการฝึกปฏิบัติ แบบประเมินพลังอำนาจและแบบบันทึกที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติ	3.91	.67	มาก

จากตาราง 19 แสดงให้เห็นว่าความเหมาะสมของระยะเวลาการฝึกปฏิบัติ (2 สัปดาห์) ผู้เข้ารับการอบรมประเมินว่ามีความเหมาะสมในระดับปานกลาง ผู้เข้ารับการอบรมส่วนหนึ่งให้ความเห็นว่าเวลา 2 สัปดาห์ น้อยไปสำหรับที่จะหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ครบ 4 คน ตามที่กำหนด เพราะผู้ป่วยโรคเรื้อรังในช่วงเวลาที่ฝึกปฏิบัติมีน้อยไม่เพียงพอกับผู้เข้ารับการอบรมที่มีจำนวนมาก นอกจากนั้นการที่ผู้เข้ารับ

การอบรมต้องขึ้นปฏิบัติงานพร้อมกับการที่ต้องฝึกปฏิบัติด้วย ทำให้ผู้เข้ารับการอบรมเหนื่อยและเครียดมาก แต่ในผู้เข้ารับการอบรมบางคนที่ประเมินว่าระยะเวลามีความเหมาะสมในระดับมาก วิจารณ์ว่าการฝึกปฏิบัติเป็นการเรียนรู้วิธีการ แต่หลังจากนั้นจะต้องเรียนรู้เพิ่มเติมต่อไปจากการทำงาน

2.2 ผลการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมด้านความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม

จากการวิเคราะห์แบบประเมินที่ผู้เข้ารับการอบรมส่งกลับมา จำนวน 20 ฉบับ จากผู้เข้ารับการอบรมทั้งสิ้น 25 คน คิดเป็นร้อยละ 80 ของผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมด ผลการประเมินของผู้เข้ารับการอบรมด้านความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม พบว่า

2.2.1 เนื้อหาวิชาของการฝึกอบรม การนำเสนอของวิทยากร และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้เข้ารับการอบรม มีความเหมาะในระดับมากที่สุด

2.2.2 กิจกรรมการฝึกอบรม การฝึกปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรม กระบวนการจัดการเรียนการสอนและเนื้อหาการฝึกอบรม เอกสารและสื่อประกอบการฝึกอบรม ได้รับการประเมินจากผู้เข้ารับการอบรมว่ามีความเหมาะสมในระดับมาก

2.2.3 ระยะเวลาในการฝึกอบรม ผู้เข้ารับการอบรมประเมินว่ามีความเหมาะสมในระดับปานกลาง โดยประเมินว่าระยะเวลาการฝึกปฏิบัติน้อยไป แต่ทั้งนี้ก็มีความแตกต่างกันในผลการประเมินในเรื่องระยะเวลาในการฝึกอบรม ซึ่งแสดงให้เห็นในค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานที่สูงกว่าประเด็นอื่น ๆ เนื่องจากมีผู้เข้ารับการอบรมบางคนประเมินว่า ระยะเวลาการฝึกอบรมในภาพรวมมีความเหมาะสมในระดับมากถึงมากที่สุด ข้อวิจารณ์เกี่ยวกับระยะเวลาในการฝึกอบรมโดยเฉพาะในส่วนความเหมาะสมของระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติได้กล่าวถึงไปแล้วในผลการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมด้านความเหมาะสมของกระบวนการฝึกปฏิบัติ

ผลการประเมินความคิดเห็นผู้เข้ารับการอบรมด้านความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม ดังแสดงในตาราง 20

ตาราง 20 ผลการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมด้านความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม

ข้อ	ประเด็นการประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
1.	เนื้อหาวิชาของการฝึกอบรม	4.57	.51	มากที่สุด
2.	การนำเสนอของวิทยากร	4.64	.50	มากที่สุด
3.	การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้เข้ารับการอบรม	4.50	.52	มากที่สุด
4.	การทำกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้	4.21	.43	มาก
5.	การฝึกภาคปฏิบัติส่งเสริมให้มีการประยุกต์ความรู้ไปใช้ในทางปฏิบัติ	4.07	.47	มาก
6.	การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรม	4.07	.62	มาก
7.	กระบวนการจัดการเรียนการสอนและเนื้อหาการฝึกอบรมช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมบรรลุวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม	4.07	.27	มาก

ตาราง 20 (ต่อ)

ข้อ	ประเด็นการประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
8.	เอกสารประกอบการฝึกอบรม	4.14	.36	มาก
9.	สื่อประกอบการฝึกอบรม	4.14	.36	มาก
10.	ระยะเวลาในการฝึกอบรม	3.43	.85	ปานกลาง

3. ผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพที่มีต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

แม้ว่าหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังจะเน้นไปที่การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพเป็นหลัก และการวัดผลสัมฤทธิ์เน้นไปที่สมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง แต่ผลกระทบของการปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อผู้ป่วยจากการรายงานของผู้เข้ารับการอบรมพบว่า การปรับเปลี่ยนวิธีการของพยาบาลในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย นอกจากจะสร้างความประหลาดใจให้กับผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลต่อผู้ป่วยดังนี้

3.1 การที่ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริงตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก การที่ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่อการแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยคิดว่าสำคัญสำหรับตัวผู้ป่วย ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย

3.2 แม้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเชื่อว่าพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล แต่การให้ผู้ป่วยสะท้อนความคิดถึงวิธีการที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ด้วยการสนับสนุนความรู้ ข้อมูล ทรัพยากรที่มีประโยชน์ต่อการตัดสินใจ ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับการเจ็บป่วยได้ดีกว่า และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย

3.3 การช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจกับปัญหาสุขภาพของตน ด้วยการให้ข้อมูลและสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับและสร้างความตระหนักเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของตน รวมถึงการให้ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรับรู้ นำไปสู่การแก้ปัญหาที่เป็นรูปธรรม สิ่งหนึ่งที่พบจากการศึกษา คือ ผู้ป่วยส่วนมากรู้ว่าจะต้องจัดการกับการเจ็บป่วยอย่างไร แต่บางครั้งวิธีการที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ไม่สอดคล้องกับชีวิต ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายหนึ่งได้กล่าวว่า "รู้ว่าจะต้องงดอาหารอะไรบ้าง แต่ยิ่งอดก็ยิ่งเครียด พอเครียดแล้วน้ำตาลก็ยิ่งขึ้น กินเข้าไปไม่ต้องไปคิดมัน น้ำตาลขึ้นน้อยกว่าอีก" และพฤติกรรมบางอย่างที่ต้องปรับเปลี่ยนต้องอาศัยการกระตุ้นและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องทั้งจากพยาบาล เจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น และที่สำคัญคือครอบครัว เนื่องจากเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วยมากกว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพ

3.4 การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและมีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่วางไว้

3.5 การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ช่วยให้ผู้ป่วยกล้าแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการกับสุขภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยมากขึ้น ข้อค้นพบประการหนึ่งคือ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่ผู้ป่วยเชื่อในความสามารถของพยาบาล ความ

เป็นผู้รู้เกี่ยวกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลที่ตำรงอยู่นั้น มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย แต่ต้องเป็นไปในลักษณะของการใช้อำนาจทางบวกคือ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเป็นบุคคลสำคัญในการรับผิดชอบการดูแลสุขภาพตนเองเช่นเดียวกัน

ขั้นตอนที่ 3 ผลการประเมินและปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

1. ผลการประเมินรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

1.1 ผลสัมฤทธิ์ของหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่มีต่อสมรรถนะของผู้เข้ารับการอบรมในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

1.1.1 ด้านความรู้ พบว่า

1.1.1.1 คะแนนการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจต่อการเรียนรู้ หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการสูงกว่าก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนั้นผลการเขียนบรรยายความหมายและความสำคัญของพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้เข้ารับการอบรมภายหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการที่มีความชัดเจนและตรงตามการให้ความหมายในหลักสูตรฝึกอบรมช่วยยืนยันผลการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมที่มีต่อความรู้ความเข้าใจในสาระสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.1.1.2 ผู้เข้ารับการอบรมประเมินตนเองด้านการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในระดับมาก

1.1.1.3 ผลการประเมินของผู้เข้ารับการอบรมด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมสะท้อนความรู้ ความเข้าใจต่อสาระสำคัญของหลักสูตรในเรื่องพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ ความรู้เรื่องพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ การนำประสบการณ์ที่ได้รับจากการฝึกอบรมไปใช้ในการปฏิบัติงาน และการเรียนรู้ที่ได้จากกิจกรรมการประชุมกลุ่มย่อย กระบวนการกลุ่มและการทำงานเป็นทีม

1.1.1.4 ผู้เข้ารับการอบรมประเมินผลการฝึกปฏิบัติด้านความรู้ ความเข้าใจต่อสาระสำคัญของหลักสูตรในเรื่องพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในระดับมาก

1.1.2 ด้านทักษะ พบว่า

1.1.2.1 ผลการฝึกปฏิบัติของผู้เข้ารับการอบรมจากผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนการปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

จากรายงานผลการฝึกปฏิบัติของผู้เข้ารับการอบรมพบว่า ร้อยละ 64 ของผู้เข้ารับการอบรมสามารถศึกษาผู้ป่วยได้ครบ 4 คน ตามที่กำหนดไว้ในหลักสูตร และร้อยละ 40 ของผู้เข้ารับการอบรมสามารถดำเนินการตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ครบทั้ง 6 ขั้นตอน ถึงแม้ว่าผู้เข้ารับการอบรมทุกคนไม่สามารถศึกษาผู้ป่วยได้ครบ 4 คน และไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนได้ครบทั้ง 6 ขั้นตอน เนื่องมาจากข้อจำกัดของจำนวนผู้ป่วย ระยะเวลาการพักรักษาตัวของผู้ป่วยในโรงพยาบาลและระยะเวลาการฝึกอบรมที่จำกัด (2 สัปดาห์) แต่ผลจากการที่ผู้เข้ารับการอบรมได้รับจากการฝึกปฏิบัติและการเรียนรู้ร่วมกันผ่านกระบวนการกลุ่มในการประชุมกลุ่มย่อยแต่ละครั้ง ได้ช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้นถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่ง

สะท้อนให้เห็นจากการบรรยายของผู้เข้ารับการอบรมด้านทักษะที่ได้รับจากการฝึกอบรม นอกจากนั้นผลการประเมินของผู้เข้ารับการอบรมด้านทักษะที่ได้รับจากการฝึกปฏิบัติ พบว่ากระบวนการฝึกปฏิบัติช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดความมั่นใจในการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในระดับมาก

1.1.2.2 ผลการประเมินของผู้เข้ารับการอบรมด้านทักษะที่ได้รับจากการฝึกอบรม พบว่ากระบวนการฝึกปฏิบัติช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดการเรียนรู้ทักษะต่าง ๆ ได้แก่ ทักษะด้านการประเมินและวินิจฉัยทางการพยาบาล ทักษะการสื่อสาร การสะท้อนความคิดและการสร้างแรงจูงใจ รวมถึงทักษะการใช้กระบวนการกลุ่มและทักษะการทำงานเป็นทีม

1.1.2.3 ผลการประเมินของผู้เข้ารับการอบรมด้านความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ภายหลังการฝึกปฏิบัติอยู่ในระดับมาก

1.1.3 ด้านเจตคติ พบว่า

1.1.3.1 ผลการประเมินของผู้เข้ารับการอบรมด้านเจตคติที่ได้รับจากการฝึกอบรม พบว่าผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่เขียนบรรยายการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมที่สะท้อนเจตคติของผู้เข้ารับการอบรมใน 3 ประเด็น ได้แก่ เจตคติที่มีต่อการให้การพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การให้การพยาบาลแบบองค์รวม เจตคติที่แสดงถึงการเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วย และเจตคติที่แสดงออกถึงการให้คุณค่าความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

1.1.3.2 ผลการประเมินของผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สะท้อน

(1) การให้คุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้บทบาทของตนในการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยที่เหมาะสมกับตัวผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถของตนในการจัดการกับการเจ็บป่วย และมีผลต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย

(2) การให้คุณค่าของการเสริมสร้างลพังอำนาจที่มีต่อการปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ คุณค่าของการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เน้นไปที่ผลของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลและการจัดการกับการเจ็บป่วย และคุณค่าของการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยให้เห็นบทบาทของพยาบาลที่ชัดเจนขึ้น

1.1.3.3 ผลการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านเจตคติที่ได้รับจากการฝึกอบรม ประกอบด้วย การเห็นความสำคัญของพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วย การเห็นความสำคัญถึงบทบาทของพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถจัดการกับการเจ็บป่วย อยู่ในระดับมาก

1.2 การประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม

1.2.1 ความเหมาะสมขององค์ประกอบของหลักสูตรฝึกอบรม ผู้เข้ารับการอบรมประเมินองค์ประกอบของหลักสูตรฝึกอบรมว่ามีความเหมาะสมในระดับมากถึงมากที่สุด ยกเว้นระยะเวลาในการฝึกอบรมที่ได้รับการประเมินว่ามีความเหมาะสมในระดับปานกลาง

1.2.2 ความเหมาะสมของกระบวนการฝึกปฏิบัติ ผู้เข้ารับการอบรมประเมินกระบวนการฝึกปฏิบัติว่ามีความเหมาะสมในระดับมาก ยกเว้นระยะเวลาการฝึกปฏิบัติที่ประเมินว่ามีความเหมาะสมในระดับปานกลาง

สำหรับการปฏิบัติงานในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย ผู้เข้ารับการอบรมประเมินว่ากระบวนการนี้สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้จริง "คิดว่ามีประโยชน์และสามารถนำไปใช้ได้จริง" "ได้เห็นว่าแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมที่เราพูดๆ กันตอนนี้เราได้เห็นเป็นรูปธรรมมากขึ้น คือว่าเราได้เห็นจริงขึ้นว่าการดูแลทั้งกาย จิต วิญญาณนี้เป็นอย่างไร ได้ไปพบผู้ป่วยได้คุย ได้สัมผัสชัดเจนมากขึ้น" "ในส่วนที่ว่าเรื่องของพลังอำนาจในส่วนที่จะเสริมสร้างในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นสิ่งที่ดี ตรงนี้ถ้าเราทำได้ครบด้านทุกขั้นตอน ทั้งแนวคิดที่เรานำไปใช้และในเรื่องบทบาทของตัวพยาบาลเอง สมัยก่อนพยาบาลจะเป็นผู้กระตุ้น ชี้คนไข้ว่าจะต้องทำอย่างนั้นอย่างนี้ แต่ในฐานะที่ซักประวัติคนไข้ จะรู้สึกว่าเราขาดไปเยอะเลย เรามัวแต่ไปมองในเรื่องการเจ็บปวดทางด้านร่างกาย แต่ในส่วนลึกๆของคนไข้นั้นไม่ได้ถูกมอง เราก็จะทำให้ว่าทำไมไม่ปฏิบัติตัวตามที่สอนไปหรือว่าเราให้คำแนะนำไป ในเรื่องการเรียนการสอนครั้งนี้ เราได้มากในเรื่องของบทบาทว่าจะต้องเป็นผู้กระตุ้นให้คนไข้และยอมฟังแนวความคิดเห็นของคนไข้ แล้วก็มีส่วนร่วมในการที่ให้คนไข้ในการที่จะตัดสินใจในการแก้ปัญหาของตัวเองตรงนี้จะทำให้เขามีศักยภายในตัวของตัวเอง"

ปัญหาที่ผู้เข้ารับการอบรมสะท้อนความคิดต่อกระบวนการฝึกปฏิบัติว่า การที่ระยะเวลาการฝึกปฏิบัติสั้น จึงทำให้ไม่สามารถเห็นผลลัพธ์ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจคือการแสดงออกถึงการรับรู้ถึงความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วย

1.2.3 ความเหมาะสมของเครื่องมือ/สื่อประกอบการฝึกอบรม การจากข้อเสนอแนะของผู้เข้ารับการอบรมภายหลังสิ้นสุดการฝึกอบรม พบว่าเครื่องมือ/สื่อประกอบการฝึกอบรมที่ได้รับการประเมินจากผู้เข้ารับการอบรมมากที่สุดคือ แบบประเมินพลังอำนาจและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยประเมินว่าเนื้อหาในการประเมินมีมาก ต้องใช้เวลานานในการประเมินผู้ป่วยและในบางข้อรายการมีความซ้ำซ้อนกัน นอกจากนั้นบางข้อรายการมีความหมายที่ไม่ชัดเจน อย่างไรก็ตามแบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรังมีประโยชน์ในการประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วย

สำหรับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย พบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังทั้ง 6 ขั้นตอน มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ แต่มีบางรายละเอียดของแต่ละขั้นตอนที่จะต้องมีการปรับปรุง ที่สำคัญคือการเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัว/บุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วยในการช่วยเหลือ เอื้ออำนวยผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วย

2. ผลการปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

2.1 การปรับปรุงกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังทั้ง 6 ขั้นตอน ได้รับการประเมินจากผู้เข้ารับการอบรมว่ามีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ข้อมูลที่ได้จากการนำไปใช้ในการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงทำให้พบว่ามีบางรายละเอียดของแต่ละขั้นตอนที่จะต้องมีการปรับปรุง ได้แก่

2.1.1 ในขั้นตอนที่ 1 แยกส่วนของการจัดระบบบริการพยาบาลที่เอื้ออำนวยต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการปรับเปลี่ยนทัศนคติของพยาบาลมาเป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อน ในขั้นตอนที่ 1 จะเน้นไปที่การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยในการทำความเข้าใจถึงผลกระทบปัญหาทางด้านสุขภาพและค้นหาความต้องการทางด้านสุขภาพ โดยมุ่งหวังให้เกิดความร่วมมือของผู้ป่วยในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.1.2 เพิ่มการมีบทบาทของสมาชิกในครอบครัว/บุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมช่วยเหลือ เอื้ออำนวยในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ในขั้นที่ 3 ถึงขั้นตอนที่ 5

2.1.3 เพิ่มการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสามารถของตนในการจัดการกับการเจ็บป่วยจากผลสำเร็จในการจัดการกับการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีความต้องการในการจัดการกับปัญหาสุขภาพอื่นต่อไป

ผลการปรับปรุงกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ดังแสดงในตาราง 21

ตาราง 21 ผลการปรับปรุงกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังเปรียบเทียบกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเดิม

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเดิม	กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจใหม่
1. การสร้างความร่วมมือ **วิธีการ** - การจัดระบบบริการพยาบาลที่เอื้ออำนวยต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ - การปรับเปลี่ยนทัศนคติของพยาบาลและผู้ป่วย - การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย - การสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการทางด้านสุขภาพของตนและกิจกรรมเพื่อให้บรรลุความต้องการของตน **เป้าหมาย** 1. สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย 2. ผู้ป่วยรับรู้บทบาทของตนเกี่ยวกับการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของตนเอง 3. ความต้องการของผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการทางด้านสุขภาพของตนและกิจกรรมเพื่อให้บรรลุความต้องการของตน **ตัวชี้วัด** 1. การยอมรับของผู้ป่วยต่อบทบาทของตนเกี่ยวกับการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของตนเอง 2. การยอมรับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ	**สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อน** - การจัดระบบบริการพยาบาลที่เอื้ออำนวยต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ - การปรับเปลี่ยนทัศนคติของพยาบาล **1. การสร้างความร่วมมือ** **วิธีการ** - การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย - การสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยในการทำความเข้าใจถึงผลกระทบปัญหาทางด้านสุขภาพและค้นหาความต้องการทางด้านสุขภาพของตน **เป้าหมาย** 1. สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย 2. การยอมรับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ **ตัวชี้วัด** การให้ความร่วมมือของผู้ป่วยในขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตาราง 21 (ต่อ)

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเดิม	กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจใหม่
2. การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย **วิธีการ** - การประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วย - การช่วยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมกับพยาบาล - การช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนตรงตามสภาพความเป็นจริง **เป้าหมาย** 1. การประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วย 2. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมกับพยาบาล 3. ผู้ป่วยรับรู้ต่อสภาพการเจ็บป่วยของตนตรงตามสภาพที่เป็นจริง **ตัวชี้วัด** 1. ข้อมูลการประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วย 2. ข้อมูลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย 3. การแสดงออกถึงความเข้าใจของผู้ป่วยต่อสภาพการเจ็บป่วยของตนตรงตามสภาพความเป็นจริง	**2. การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย** **วิธีการ** - การประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วย - การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมกับพยาบาล - การช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนตรงตามสภาพความเป็นจริง **เป้าหมาย** 1. การประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วย 2. ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมกับพยาบาล 3. ผู้ป่วยรับรู้ต่อสภาพการเจ็บป่วยของตนตรงตามสภาพที่เป็นจริง **ตัวชี้วัด** 1. ข้อมูลการประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วย 2. ข้อมูลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย 3. การแสดงออกถึงความเข้าใจของผู้ป่วยต่อสภาพการเจ็บป่วยของตนตรงตามสภาพความเป็นจริง
3. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ **วิธีการ** - การช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา การแสวงหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหา - การช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเองที่จะตัดสินใจจัดการกับปัญหา	**3. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ** **วิธีการ** - การช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการทำความเข้าในกับปัญหา การแสวงหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหาด้วยการสะท้อนความคิดถึงสาเหตุของปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้และไตร่ตรองเพื่อแสวงหาวิธีการแก้ปัญหา

ตาราง 21 (ต่อ)

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเดิม	กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจใหม่
เป้าหมาย 1. แผนการจัดการกับปัญหา 2. การกำหนดเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ **ตัวชี้วัด** แผนการจัดการกับปัญหา	- การช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเองที่จะตัดสินใจจัดการกับปัญหาด้วยการแสดงออกของพยาบาลถึงการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจัดการกับสิ่งที่ผู้ป่วยตัดสินใจและการเอื้ออำนวยทรัพยากรที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหา - การส่งเสริมและสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยและ/หรือบุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วยมีส่วนในการจัดการกับปัญหาร่วมกับผู้ป่วย **เป้าหมาย** 1. แผนการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและ/หรือญาติ บุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วย 2. การกำหนดเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ **ตัวชี้วัด** แผนการจัดการกับปัญหา
4. การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร **วิธีการ** - การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความต้องการข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากรสำหรับการดำเนินตามแผน - การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากรที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย **เป้าหมาย** การแสดงออกถึงความต้องการของผู้ป่วยในการได้รับการสนับสนุนข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากรที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของแผนที่ตั้งไว้ **ตัวชี้วัด** ข้อมูล ทักษะและทรัพยากรที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ	**4. การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร** **วิธีการ** - การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความต้องการข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากรสำหรับการดำเนินตามแผน - การส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยและ/หรือบุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำเนินการตามแผน - การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากรที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย **เป้าหมาย** การแสดงออกถึงความต้องการของผู้ป่วยในการได้รับการสนับสนุนข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากรที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของแผนที่ตั้งไว้

ตาราง 21 (ต่อ)

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเดิม	กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจใหม่
	ตัวชี้วัด ข้อมูล ทักษะและทรัพยากรที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยจากพยาบาล เจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ และจากครอบครัวของผู้ป่วย
5. การดำเนินการด้วยตนเอง **วิธีการ** การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนที่ตนเองได้ตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ **เป้าหมาย** ผู้ป่วยสามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนที่ตนเองได้ตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ **ตัวชี้วัด** ผลการดำเนินการและการประเมินผลตามแผนที่ผู้ป่วยได้ตัดสินใจ	**5. การดำเนินการด้วยตนเอง** **วิธีการ** - การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนที่ตนเองได้ตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ - การติดตามสนับสนุนของพยาบาลในการดำเนินการของผู้ป่วย - การสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยในการดำเนินการตามแผน - การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยและ/หรือบุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วยในการติดตามและให้การสนับสนุนการดำเนินการของผู้ป่วย รวมถึงการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยในการดำเนินการตามแผน **เป้าหมาย** ผู้ป่วยสามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนที่ตนเองได้ตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ **ตัวชี้วัด** ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินการตามแผน
6. การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วย **วิธีการ** - การช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการจัดการกับการเจ็บป่วย - การช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการจัดการกับการเจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ	**6. การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วย** **วิธีการ** - การช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถของตนในการจัดการกับการเจ็บป่วย - การสร้างแรงจูงใจ ส่งเสริมและสนับสนุนผู้ป่วยให้คงไว้ซึ่งความสำเร็จในการจัดการกับการเจ็บป่วย

ตาราง 21 (ต่อ)

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเดิม	กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจใหม่
เป้าหมาย 1. ความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง 2. ความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ **ตัวชี้วัด** การแสดงออกถึงการรับรู้ถึงความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยหรือสภาพปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย	- การสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีความต้องการในการจัดการกับปัญหาสุขภาพอื่น ภายหลังการรับรู้ถึงความสำเร็จในการจัดการกับปัญหาสุขภาพตามแผนที่วางไว้ **เป้าหมาย** 1. การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความสามารถของตนในการจัดการกับการเจ็บป่วย 2. การดำรงไว้ซึ่งความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วย **ตัวชี้วัด** 1. การแสดงออกถึงการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความสำเร็จในการจัดการกับการเจ็บป่วยหรือสภาพปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตน 2. การดำรงไว้ซึ่งความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมที่จะเอื้อต่อการจัดการกับความเจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ 3. การแสดงออกของผู้ป่วยถึงความต้องการของผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการทางด้านสุขภาพเพื่อดำรงไว้ซึ่งการควบคุมโรคและการจัดการกับการเจ็บป่วย

2.2 ผลการปรับปรุงแบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากผลการประเมินรายงานการฝึกปฏิบัติของผู้เข้ารับการอบรมและการแสดงของผู้เข้ารับการอบรมที่มีต่อการปฏิบัติงานในแต่ละขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง พบว่าแบบประเมินพลังอำนาจมีประโยชน์และความสำคัญในการใช้เป็นแนวทางในการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วย แต่มีสิ่งที่ต้องปรับปรุงแก้ไข ได้แก่ เนื้อหาในการประเมินมากต้องใช้เวลานานในการประเมินผู้ป่วย บางข้อรายการมีความซ้ำซ้อนกันและบางข้อรายการไม่สามารถระบุสาเหตุปัจจัยได้ ผลการปรับปรุงแบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังแสดงในตาราง 22

ตาราง 22 ผลการปรับปรุงแบบประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยโรคเรื้อรังเปรียบเทียบกับแบบประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยโรคเรื้อรังเดิม

แบบประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยโรคเรื้อรังเดิม	แบบประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยโรคเรื้อรังใหม่
1. ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย	**1. ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย**
1.1 ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย	1.1 ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย
1.2 ความสามารถในการทำกิจกรรม/กิจวัตรประจำวัน	1.2 ความสามารถในการทำกิจกรรม/กิจวัตรประจำวัน
1.3 ระดับของพลังงานของร่างกายที่ใช้ในการทำกิจกรรม/กิจวัตรประจำวัน	1.3 ระดับของพลังงานของร่างกายที่ใช้ในการทำกิจกรรม/กิจวัตรประจำวัน
1.4 ความรู้สึกนึกคิดและการตัดสินใจ	1.4 ความรู้สึกนึกคิดและการตัดสินใจ
2. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย	**2. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย**
2.1 การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วย	2.1 การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วย
2.2 การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย	2.2 การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย
2.3 การรับรู้เกี่ยวกับวิถีการดำเนินของโรค	2.3 การรับรู้เกี่ยวกับวิถีการดำเนินของโรค
2.4 การรับรู้เกี่ยวกับการรักษาการเจ็บป่วย	2.4 การรับรู้เกี่ยวกับการรักษาการเจ็บป่วย
2.5 ประสบการณ์ที่มีต่อการเจ็บป่วยทั้งจากตนเองและผู้อื่น ทั้งทางด้านบวกและลบ	2.5 ประสบการณ์ที่มีต่อการเจ็บป่วยทั้งจากตนเองและผู้อื่น ทั้งทางด้านบวกและลบ
3. ความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง	**3. ความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง**
3.1 ความสามารถในการควบคุมโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย	3.1 ความสามารถในการควบคุมโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย
3.2 ความสามารถในการจัดการกับความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย	3.2 ความสามารถในการจัดการกับความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย
3.3 ความสามารถในการเลือกวิธีการในการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมกับตน	3.3 ความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการรักษา
3.4 ความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการรักษา	3.4 ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเอง
3.5 ความสามารถในการปรับแผนการรักษาให้เข้ากับชีวิตประจำวัน	3.5 ความสามารถในการจัดการกับ :ความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล ฯลฯ
3.6 ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเอง	3.6 ความสามารถในการแสวงหาข้อมูลความรู้ ทักษะ เพื่อการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

ตาราง 22 (ต่อ)

แบบประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยโรคเรื้อรังเดิม	แบบประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยโรคเรื้อรังใหม่
3.7 ความสามารถในการจัดการกับผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อจิตใจ :ความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล ฯลฯ 3.8 ความสามารถในการแสวงหาข้อมูล ความรู้ทักษะ เพื่อการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง	
4. การรับรู้ที่มีต่อตนเอง อัตมโนทัศน์ในตนและแรงจูงใจ 4.1 การรับรู้ถึงข้อจำกัดทางด้านร่างกายของตน 4.2 การยอมรับต่อสภาวะที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ของร่างกาย 4.3 การรับรู้ถึงความหวังที่มีต่อการเจ็บป่วยและชีวิตของตน 4.4 การรับรู้ว่าตนเองยังมีคุณค่า/ความสำคัญต่อบุคคลอื่น 4.5 การมีเป้าหมายในชีวิต	**4. การรับรู้ที่มีต่อตนเอง อัตมโนทัศน์ในตนและแรงจูงใจ** 4.1 การรับรู้ถึงข้อจำกัดทางด้านร่างกายของตน 4.2 การยอมรับต่อสภาวะที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ของร่างกาย 4.3 การรับรู้ถึงความหวังที่มีต่อการเจ็บป่วยและชีวิตของตน 4.4 การรับรู้ว่าตนเองยังมีคุณค่า/ความสำคัญต่อบุคคลอื่น 4.5 การมีเป้าหมายในชีวิต
5. ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ 5.1 เชื่อว่าการมีสุขภาพที่ดีได้นั้นเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของตน 5.2 เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อตัวเองได้ 5.3 เชื่อในการรักษาพยาบาลที่ได้รับว่าจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยของตนดีขึ้น 5.4 เชื่อในความสามารถของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ให้การรักษาพยาบาลตน 5.5 เชื่อในโอกาสที่จะรักษาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ 5.6 เชื่อในศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และบุคคลเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ	**5. ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ** 5.1 เชื่อว่าการมีสุขภาพที่ดีได้นั้นเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของตน 5.2 เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อตัวเองได้ 5.3 เชื่อในการรักษาพยาบาลที่ได้รับว่าจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยของตนดีขึ้น 5.4 เชื่อในความสามารถของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ให้การรักษาพยาบาลตน 5.5 เชื่อในศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และบุคคลเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ

ตาราง 22 (ต่อ)

แบบประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยโรคเรื้อรังเดิม	แบบประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยโรคเรื้อรังใหม่
6. บทบาทและสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม	**6. บทบาทและสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม**
6.1 ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว	6.1 ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ที่มีต่อตนเองและครอบครัว
6.2 ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	6.2 ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
6.3 สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว	6.3 สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว
6.3.1 การได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	6.4 สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคม : เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน ฯลฯ
6.3.2 การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ	6.5 สัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ
6.4 สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคม : เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน ฯลฯ	
6.4.1 การได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	
6.4.2 การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ	
6.5 สัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ	
6.5.1 การได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	
6.5.2 การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ	

รายละเอียดคู่มือการประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจภายหลังการปรับปรุงดังแสดงในภาคผนวก ค

ภายหลังการปรับปรุงแก้ไขแบบประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้นำไปขอความคิดเห็นถึงความเหมาะสมของแบบประเมินพลังอำนาจที่ได้ปรับปรุงกับผู้เข้ารับการอบรมทั้ง 25 คน แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อคู่มือการประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการส่งกลับมาจำนวน 15 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 60 ผลการประเมินพบว่าคู่มือการประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจภายหลังการปรับปรุงมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ผลการประเมินของผู้เข้ารับการอบรมถึงความเหมาะสมของคู่มือการประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังภายหลังการปรับปรุงดังแสดงในตาราง 23

ตาราง 23 ผลการประเมินของผู้เข้ารับการอบรมถึงความเหมาะสมของคู่มือการประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

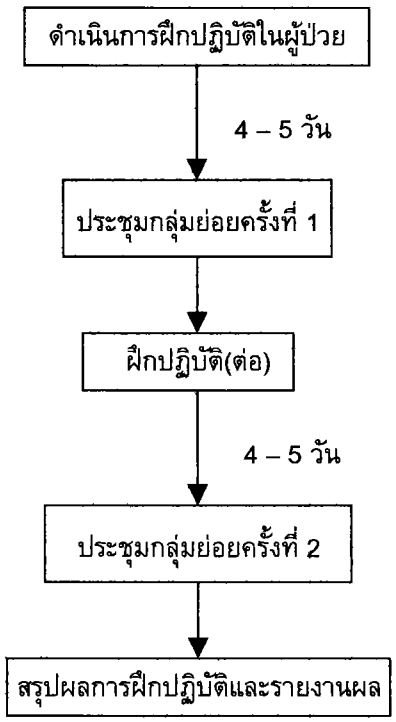
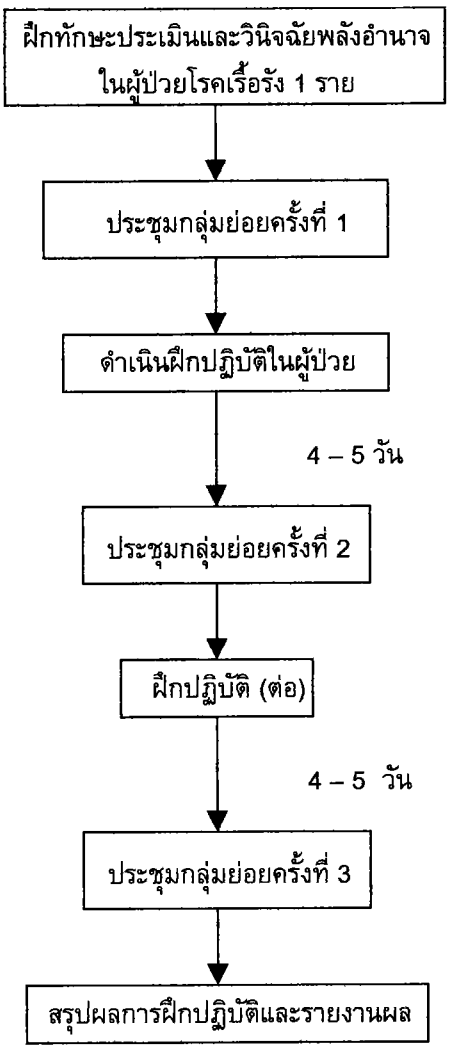
รายการประเมิน	X	S.D.	ความหมาย
1. ความเหมาะสมของข้อความที่ใช้อธิบายในกรอบแนวคิดในการสร้างแบบฟอร์รวบรวมข้อมูล	4.33	.49	มาก
2. ความเหมาะสมของข้อความที่ใช้อธิบายในแบบฟอร์มรวบรวมข้อมูล	3.87	.64	มาก
3. ความเหมาะสมของข้อความที่ใช้อธิบายในแนวทางในการประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	4.13	.52	มาก
4. ความเหมาะสมของข้อความที่ใช้อธิบายในการบันทึกข้อมูล	4.13	.52	มาก
5. ความเหมาะสมของข้อความที่ใช้อธิบายในการวินิจฉัยพลังอำนาจ	4.13	.35	มาก
6. ความเหมาะสมของข้อรายการในแบบประเมินพลังอำนาจในการใช้เก็บรวบรวมข้อมูลและใช้เป็นข้อมูลในการวินิจฉัยพลังอำนาจ	4.00	.38	มาก
7. ความเหมาะสมของคู่มือที่จะใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้เข้ารับการอบรมในการฝึกปฏิบัติเพื่อประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	4.27	.46	มาก

2.3 ผลการปรับปรุงหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

แนวทางการปรับปรุงหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังได้จากข้อมูลในช่วงระหว่างดำเนินการฝึกอบรม ร่วมกับการประเมินและแสดงความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรม ซึ่งส่วนใหญ่พบปัญหาในช่วงของการฝึกปฏิบัติที่สำคัญ คือ ปัญหาการประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากผลการประชุมกลุ่มครั้งแรกพบปัญหาความไม่เข้าใจของผู้เข้ารับการอบรมต่อการบันทึกข้อมูลลงในแบบประเมินและการใช้ข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาวินิจฉัยทางการพยาบาล ภายหลังการประชุมกลุ่มย่อยครั้งที่ 1 ผู้เข้ารับการอบรมมีความเข้าใจในการประเมินและวินิจฉัยผู้ป่วยมากขึ้น ข้อค้นพบนี้สะท้อนสิ่งที่ต้องปรับปรุง 2 ประการ คือ แบบประเมินพลังอำนาจและทักษะของผู้เข้ารับการ อบรมเกี่ยวกับการประเมินและการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สำหรับการปรับปรุงแบบประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้กล่าวถึงรายละเอียดไปแล้ว ในส่วนนี้จะขอกล่าวเฉพาะในส่วนของการปรับปรุงกระบวนการฝึกอบรม โดยเฉพาะในส่วนของกระบวนการฝึกปฏิบัติ ด้วยการเพิ่มการฝึกทักษะผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการประเมินและวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์จริงก่อนการฝึกปฏิบัติตามขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ผลการปรับปรุงหลักสูตรฝึกอบรมในส่วนของกระบวนการฝึกปฏิบัติเปรียบเทียบกับกระบวนการฝึกปฏิบัติเดิมดังแสดงในตาราง 24

ตาราง 24 ผลการปรับปรุงหลักสูตรฝึกอบรมในส่วนของกระบวนการฝึกปฏิบัติเปรียบเทียบกับกระบวนการฝึกปฏิบัติเดิม

กระบวนการฝึกปฏิบัติเดิม	กระบวนการฝึกปฏิบัติภายหลังการปรับปรุง
	

บทที่ 5
สรุปอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง มีการดำเนินการวิจัยกล่าวโดยสรุปดังนี้

สังเขปความมุ่งหมายและวิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดความมุ่งหมายของการวิจัยเพื่อแสวงหากระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้พยาบาลมีสมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยมีความมุ่งหมายย่อยในการวิจัยดังนี้

1. การศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดพลังอำนาจและการกำหนดโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. การศึกษากระบวนการพัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
3. การประเมินและปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง มีขั้นตอนการวิจัย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดพลังอำนาจและการกำหนดโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

การวิจัยขั้นตอนนี้ ดำเนินการศึกษาทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมากำหนดเป็นโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง จากนั้นนำเสนอเพื่อขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 12 คน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและการเสริมสร้างพลังอำนาจ จากคณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้วิธีการอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องทางด้านทฤษฎี ความเป็นรูปธรรมและความเป็นไปได้เบื้องต้นในทางปฏิบัติ

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญนำไปสู่การศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย และการปรับปรุงโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษากระบวนการพัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

การดำเนินการวิจัยขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และการดำเนินการฝึกอบรมพยาบาล ด้วยการใช้กระบวนการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม โครงสร้างและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่ได้กำหนดขึ้นในขั้นตอนที่ 1 นำมาใช้ในการกำหนดหลักสูตรฝึกอบรม

หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย สภาพปัญหาและความจำเป็นในการฝึกอบรม กลุ่มเป้าหมาย ระยะเวลาในการฝึกอบรม เป้าหมายของหลักสูตร จุดมุ่งหมายของหลักสูตร โครงสร้างหลักสูตรและเนื้อหาการฝึกอบรม หน่วยการเรียน วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เนื้อหา กิจกรรมและการประเมินผล วิธีดำเนินการฝึกอบรมแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การประชุมเชิงปฏิบัติการใช้เวลา 3 วัน และการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงใช้เวลา 2 สัปดาห์ หลักสูตรฝึกอบรมได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 8 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางด้านหลักสูตรและการสอน ด้านการพยาบาล ด้านการวัดและประเมินผล ทำการประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องขององค์ประกอบของหลักสูตร พร้อมกับนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณลักษณะเดียวกับกลุ่มเป้าหมายที่จะนำหลักสูตรฝึกอบรมไปใช้จริง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองหลักสูตรฝึกอบรมเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอื่น ๆ ที่สนใจการอบรมของโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร์ จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 39 คน ดำเนินการทดลองหลักสูตรฝึกอบรมระหว่างวันที่ 7 – 9 พฤศจิกายน 2544 การทดลองหลักสูตรฝึกอบรมใช้วิธีการศึกษาแบบกลุ่มเดียวกรณีศึกษา (One Shot Case Study) โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างมากลุ่มเดียวให้การทดลองเสร็จแล้ววัดผลที่เกิดขึ้น การทดลองหลักสูตรฝึกอบรมดำเนินการทดลอง 2 หน่วยการเรียนจากทั้งหมด 3 หน่วยการเรียน โดยยกเว้นการทดลองในหน่วยที่ 3 การฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลการทดลองใช้หลักสูตรฝึกอบรมร่วมกับผลการประเมินของผู้เชี่ยวชาญได้นำไปปรับปรุงหลักสูตรให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

การดำเนินการฝึกอบรมพยาบาลตามหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังภายหลังการปรับปรุง ได้นำมาใช้ในการพัฒนาพยาบาลที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ณ โรงพยาบาลลพบุรี จำนวน 26 คน ในระหว่างวันที่ 9 - 28 มกราคม 2545 การประเมินผลการฝึกอบรมประกอบด้วย การประเมินผลสัมฤทธิ์ของผู้เข้ารับการอบรมใน 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ ด้านทักษะ และด้านเจตคติ และการประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรมตามความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรม การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนการประเมินตนเองด้านความรู้ ความเข้าใจต่อสาระสำคัญของการเรียนรู้ก่อนและหลังการฝึกอบรม ใช้สถิติ Wilcoxon Match-pairs Signed-rank Test ข้อมูลเชิงปริมาณอื่น ๆ คำนวณหาค่าเฉลี่ยและค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาตรวจสอบเพื่อค้นหาข้อความสำคัญ (Significant Statements) จากนั้นนำมาจัดกลุ่ม (Categories) เพื่อนำมาสรุปเป็นประเด็นข้อค้นพบ (Themes) โดยการตีความหมายของข้อมูลเชิงคุณภาพอยู่บนพื้นฐานวัตถุประสงค์และโครงสร้างเนื้อหาสาระของหลักสูตรฝึกอบรม

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินและปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

การประเมินรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย

1. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีต่อความรู้ เจตคติ และทักษะของผู้เข้ารับการอบรม
2. การประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม

การปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย การปรับปรุง

1. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. แบบประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. ผลการศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดพลังอำนาจและการกำหนดโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

1.1 ผลการศึกษาทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การศึกษาแนวคิดพลังอำนาจใช้แนวคิดรูปแบบแหล่งพลังอำนาจ (Power Resources Model) ของมิลเลอร์ (Miller. 1992) ที่ได้กล่าวถึงพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังว่าเกิดจากแหล่งของพลังอำนาจ 7 แหล่ง ประกอบด้วย (1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength and reserve) (2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and Social support) (3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive Self - Concept) (4) พลังงาน (Energy) (5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and Insight) (6) แรงจูงใจ (Motivation) และ (7) ระบบความเชื่อ (Belief system) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจ ได้แก่ (1) ปัจจัยอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย จากความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ความรู้สึกหมดหวังต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ การที่สภาพร่างกายแย่ลง การรักษาพยาบาลที่ได้รับการปฏิบัติตามแผนการรักษาและผลข้างเคียงของการรักษา (2) ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย ได้แก่ ค่านิยม ความเชื่อ เป้าหมายในชีวิต ประสบการณ์ส่วนบุคคลและความเชื่ออำนาจในการควบคุม (3) ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อผู้อื่น และสัมพันธภาพกับผู้อื่น และ (4) ปัจจัยอันเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ ที่สำคัญ คือ ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วย

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ การเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเอง ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและพลังอำนาจในตน และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเอง การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองสามารถควบคุมตนหรือเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้น ๆ หรือเกิดความรู้สึกว่าตนมีความสามารถเพียงพอที่จะควบคุมสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของตน การที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมชะตาชีวิตของตนเองได้มีผลต่อการมีสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วย รวมถึงการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจและกระบวนการรักษาพยาบาล

1.2 ผลการพัฒนาโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

โครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย ความหมายและคำจำกัดความของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

1.3 ผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญต่อโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง แบ่งออกได้เป็น 4 ประเด็น ได้แก่

1.3.1 ประเด็นเกี่ยวกับแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.3.2 ประเด็นเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมศักยภาพของพยาบาล

1.3.3 ประเด็นเกี่ยวกับตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินการ

1.3.4 ประเด็นเกี่ยวกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ผลการพิจารณาโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของผู้เชี่ยวชาญ นำไปสู่การศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานร่วมกับข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญในการปรับปรุงโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

1.4 ผลการศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย

การศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทยเป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Exploratory study) ด้วยวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์พระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี และโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 12 คน เป็นเพศชาย 5 คน เพศหญิง 7 คน

ผลการศึกษาพบว่า

1.3.1 ทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วยและการจัดการกับการเจ็บป่วย

1.3.1.1 การให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยขึ้นกับการรับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกายและการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

1.3.1.2 การจัดการกับการเจ็บป่วย

(1) การจัดการกับการเจ็บป่วยตามแผนการรักษาและคำแนะนำที่ได้รับซึ่งขึ้นอยู่กับการรับรู้ถึงสภาพของร่างกายในขณะนั้น การเรียนรู้ถึงผลของการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ และความใส่ใจและความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วย

(2) การจัดการกับการเจ็บป่วยด้วยการแสวงหาความรู้ ทักษะและการรักษาทางเลือกอื่น

(3) การดูแลสุขภาพตนเอง โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย คือ ผลกระทบของการเจ็บป่วย การเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่สุขภาพและการที่ผู้ป่วยคำนึงถึงบุคคลสำคัญที่มีความหมายหรืออิทธิพลต่อผู้ป่วย

1.3.1.3 ความรู้สึกมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อว่าการรักษาพยาบาลและการจัดการกับการเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ของแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยมีหน้าที่ปฏิบัติตามคำสั่ง

1.3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีพลังอำนาจ

1.3.2.1 แรงจูงใจ ได้แก่ การรับรู้ถึงความรับผิดชอบและการมีเป้าหมายในชีวิต และความเชื่อในศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์

1.3.2.2 ความหวัง ได้แก่ โอกาสในการรักษาหรือหายจากโรคที่เป็นอยู่ และการได้พบเห็นตัวอย่างของผู้ป่วยรายอื่นที่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมโรค

1.3.2.3 การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น ได้แก่ จากคนในครอบครัวและจากสังคม

1.3.2.4 ความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง

1.3.2.5 พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ ได้แก่ ความสามารถของเจ้าหน้าที่สุขภาพ และการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่เสริมสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วย

1.3.2.6 การมีทัศนคติทางบวกต่อโรคที่เป็นอยู่

1.3.2.7 การยอมรับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้

1.3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจ

1.3.3.1 ผลกระทบของการเจ็บป่วย

1.3.3.1.1 ผลกระทบที่มีต่อร่างกาย : สมรรถภาพที่ลดลง

1.3.3.1.2 ผลกระทบที่มีต่อจิตใจ

(1) ความกลัวต่อผลของการเจ็บป่วย เกิดจากประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วย และความกลัวอันเนื่องมาจากการที่ไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตน

(2) ความรู้สึกท้อแท้ เกิดจาก ความรู้สึกหมดหวัง ความรู้สึกไม่แน่นอนของโรค / การเจ็บป่วย และความทรมานอันเกิดจากโรคที่เป็นอยู่

(3) ความเครียด ที่เป็นผลมาจากความรู้สึกถึงความสูญเสีย และความรู้สึกว่าเป็นภาระผู้อื่น

1.3.3.2 การขาดข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคและทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

1.3.3.3 พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ

ข้อค้นพบจากการศึกษาแสดงให้เห็นถึงการเคลื่อนที่ไปมาระหว่างพลังอำนาจกับการสูญเสียพลังอำนาจภายในตัวผู้ป่วยที่อยู่บนฐานของแหล่งพลังอำนาจเดียวกัน เมื่อใดก็ตามที่แหล่งของพลังอำนาจแหล่งใดแหล่งหนึ่งหรือหลาย ๆ แหล่งลดลงหรือเกิดความพร่อง ผู้ป่วยก็จะเกิดภาวะที่เรียกว่า สูญเสียพลังอำนาจ และในทางกลับกันถ้าแหล่งของพลังอำนาจนั้นได้รับการช่วยเหลือ เอื้ออำนวยหรือสนับสนุนให้มีความเข้มแข็งขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดภาวะที่เรียกว่า มีพลังอำนาจ แสดงให้เห็นว่าการสูญเสียพลังอำนาจและการมีพลังอำนาจเป็นสภาวะที่อยู่คนละขั้วบนเส้นตรงที่มีความต่อเนื่องกัน

ผลการศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทยสนับสนุนสิ่งที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจรวมถึงบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น

ผลการประชุมแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และผลการศึกษาพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย ได้นำมาใช้ปรับโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ในประเด็นการใช้ภาษาในความหมายและคำจำกัดความของการเสริม

สร้างพลังอำนาจ และในขั้นตอนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจขั้นตอนที่ 6 การเพิ่มรายละเอียดในสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านความรู้ เน้นไปที่ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้านทัศนคติเพิ่มเติมการยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย ด้านทักษะเพิ่มเติมการสื่อสารที่เน้นไปที่การสร้างสัมพันธภาพทางบวก การประยุกต์ใช้เทคนิคการสะท้อนความคิดที่ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นถึงจุดแข็งและจุดอ่อนของตน

โครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังภายหลังการปรับปรุงมีองค์ประกอบโดยสรุป ดังนี้

1. ความหมายและคำจำกัดความของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยคำจำกัดความหมายถึง "การเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเองในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพ ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในตน การได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมแบบเท่าเทียมกันในการค้นหาปัญหา พัฒนาการดูแลสุขภาพของตน รวมถึงการดำเนินการการประเมินผลลัพธ์และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนภายใต้การสนับสนุนข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ การสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย รวมถึงการให้ข้อมูลและ/หรือส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนให้กับผู้ป่วยซึ่งจะเอื้ออำนวยและสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสร้างทางเลือกสำหรับดูแลสุขภาพของตนเองและมีความมุ่งมั่นทุ่มเทที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวทางที่ตนเองได้กำหนดขึ้น"

2. องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.1 คุณลักษณะ (Attributes) ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.1.1 คุณลักษณะของเจ้าหน้าที่สุขภาพ (Attributes of empowerer)

2.1.2 คุณลักษณะของผู้ป่วย (Attributes of empowered)

2.1.3 คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย

2.1.3.1 การให้คุณค่าต่อผู้ป่วยในฐานะเป็นเจ้าของสุขภาพและมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพของตน

2.1.3.2 การเป็นหุ้นส่วนและการยอมรับในคุณค่าและความสามารถของผู้ป่วย

2.1.3.3 การให้การช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสร้างพลังอำนาจให้กับตนเพื่อกำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพและควบคุมสุขภาพด้วยตนเอง

2.1.3.4 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการกำหนดเป้าหมาย วิธีการและมีอิสระในการตัดสินใจ

2.1.3.5 การแสวงหาความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากรเพื่อการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ

2.1.3.6 การปรับเปลี่ยนความคิด ทัศนคติ

2.2 สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน (Antecedent of Empowerment) ได้แก่ การให้ความเคารพ (Respect) ต่อความเชื่อ ค่านิยมและประสบการณ์ของบุคคล ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Mutual trust)

การเชื่อในความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจ การยอมรับในหน้าที่ความรับผิดชอบและการกระทำของผู้ป่วย ความมุ่งมั่นทุ่มเทที่มีร่วมกัน (Mutual commitment) ระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วยในการกระทำที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

2.3 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.3.1 การสร้างความร่วมมือ

2.3.2 การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย

2.3.3 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

2.3.4 การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร

2.3.5 การดำเนินการด้วยตนเอง

2.3.6 การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วย

2.4 ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ (Outcomes) คือ การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความสามารถของตนในการจัดการและควบคุมการเจ็บป่วยของตน

2.5 ผลลัพธ์ต่อเนื่องของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย คือ การมีสุขภาวะที่ดี (Well-being)

3. บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

3.1 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้เอื้ออำนวยทรัพยากรสำหรับผู้ป่วยเพื่อการรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

3.2 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลง

3.3 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วยและต่อตนเอง

3.4 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ รวมถึงการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย

3.5 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ

4. สมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

4.1 สมรรถนะของพยาบาลด้านความรู้

4.2 สมรรถนะของพยาบาลด้านทัศนคติ ที่คำนึงถึงหลักการของความเท่าเทียมกันหรือการเป็นหุ้นส่วนทางด้านสุขภาพร่วมกัน การยอมรับในคุณค่าของผู้ป่วยในด้านของประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และเชื่อว่าความสามารถของผู้ป่วยพัฒนาได้ถ้าได้รับการเอื้ออำนวยและการสนับสนุนข้อมูล ความรู้และทักษะอย่างเหมาะสม บทบาทของพยาบาลจะเปลี่ยนไปจากการเป็นผู้ให้ไปสู่การเป็นผู้เอื้ออำนวยและสนับสนุนทรัพยากรตามความต้องการของผู้ป่วย เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่บทบาทจะเปลี่ยนแปลงไปจากผู้ที่ถูกกระทำไปสู่ผู้ที่ต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง

4.3 สมรรถนะของพยาบาลด้านทักษะ ประกอบด้วย (1) ทักษะทางด้านการสื่อสาร ทักษะการสื่อสารที่จำเป็นประกอบด้วย การมีทักษะการฟัง ทักษะในการสนทนา (2) ทักษะทางด้านการให้ข้อมูล (3) ทักษะในการสร้างแรงจูงใจ และ (4) ทักษะในการทำงานร่วมกับผู้อื่น

2. ผลการพัฒนาพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

2.1 ผลการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ผลการสร้างหลักสูตรฝึกอบรม พบว่า

2.1.1 โครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรม ประกอบด้วย 3 หน่วยการเรียน ได้แก่

หน่วยที่ 1 การเจ็บป่วยเรื้อรังกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

หน่วยที่ 2 สมรรถนะพยาบาลสำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

หน่วยที่ 3 การปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

โดยในหน่วยที่ 1 และ 2 เป็นการฝึกอบรมด้านเนื้อหาและหน่วยที่ 3 เป็นการฝึกอบรมด้านการปฏิบัติ การจัดการเรียนรู้เน้นไปที่การบรรยาย การใช้กระบวนการกลุ่ม ศึกษากรณีตัวอย่าง การอภิปรายกลุ่ม การระดมสมองเพื่อการเรียนรู้ร่วมกับสมาชิกคนอื่นในกลุ่มและการฝึกปฏิบัติ กระบวนการวัดและประเมินผลการฝึกอบรมประกอบด้วย (1) การประเมินผลสัมฤทธิ์ของผู้เข้ารับการอบรม ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านความรู้ ด้านเจตคติ ด้านทักษะ และด้านการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรม และ (2) การประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม ทั้งกระบวนการฝึกปฏิบัติและการฝึกอบรม

2.1.2 ผลการตรวจสอบเอกสารหลักสูตร

ความเหมาะสมของหลักสูตรมีความเหมาะสมในระดับมากถึงมากที่สุดในทุกประเด็น โดยประเด็นสภาพปัญหาและความจำเป็นในการฝึกอบรมและเป้าหมายของหลักสูตรได้รับการประเมินความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ในบางประเด็นการประเมินแม้มีความเหมาะสมในระดับมากแต่มีค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานสูง ซึ่งแสดงว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมีความแตกต่างกันมากกว่าประเด็นอื่น ได้แก่ จุดมุ่งหมายของหลักสูตร สื่อการเรียนการสอนและการวัดและประเมินผลในหน่วยที่ 1 และเนื้อหาการฝึกอบรมในหน่วยที่ 3

การประเมินความสอดคล้องของหลักสูตรพบว่า มีความสอดคล้องกันทุกประเด็น โดยความสอดคล้องมีค่าระหว่าง 0.67-1.00 ประเด็นที่ค่าดัชนีมีความสอดคล้องกันน้อย ได้แก่ จุดมุ่งหมายของหลักสูตรกับจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมในหน่วยที่ 3

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้เชี่ยวชาญต่อหลักสูตรฝึกอบรม ประกอบด้วย

ด้านจุดมุ่งหมายของหลักสูตรและจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมเสนอให้ปรับแก้ความชัดเจนของการเขียนและการใช้ภาษา

ด้านเนื้อหาการฝึกอบรม เสนอให้ปรับรวม 2 หัวข้อวิชาในหน่วยที่ 1 เข้าด้วยกัน และเรียงลำดับเนื้อหาใหม่ เนื้อหาในหน่วยที่ 1 และ 2 ให้มีความกระชับ และมีความเฉพาะเจาะจงกับสิ่งที่ต้องการให้ผู้เข้ารับการอบรมเรียนรู้ และควรเพิ่มรายละเอียดเนื้อหาการฝึกอบรมในหน่วยที่ 3

ด้านการวัดและประเมินผล เสนอแนะเกี่ยวกับการประเมินผลการนำเสนอผลงานการประชุมกลุ่มของผู้เข้ารับการอบรม และการประเมินผลรายงานการฝึกปฏิบัติ

2.1.3 ผลการทดลองใช้หลักสูตรฝึกอบรม การทดลองหลักสูตรฝึกอบรมดำเนินการทดลอง 2 หน่วยการเรียนจากทั้งหมด 3 หน่วยการเรียน ได้แก่ หน่วยที่ 1 การเจ็บป่วยเรื้อรังกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และหน่วยที่ 2 สมรรถนะพยาบาลสำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองหลักสูตรฝึกอบรมเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอื่น ๆ ที่สนใจหัวข้อการฝึกอบรม ที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาล

ศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวน 39 คน ดำเนินการฝึกอบรมเป็นระยะเวลา 3 วัน คือระหว่างวันที่ 7 – 9 พฤศจิกายน 2544 ผลการทดลองใช้หลักสูตรฝึกอบรม พบว่า

2.1.3.1 ความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกอบรมสำหรับการจัดการเรียนการสอนในหน่วยที่ 1 และ 2 คือ 3 วัน

2.1.3.2 ความเหมาะสมของการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรฝึกอบรม

2.1.3.2.1 ความเหมาะสมของกิจกรรมการบรรยาย พบว่าเนื้อหาวิชาของการฝึกอบรมและการนำเสนอของวิทยากรในแต่ละหัวข้อวิชามีความเหมาะสมในระดับมาก

2.1.3.2.2 ความเหมาะสมของกิจกรรมกลุ่มที่ใช้ในการฝึกอบรม กิจกรรมกลุ่มตามแผนการฝึกอบรมมีทั้งสิ้น 5 กิจกรรม แต่ในการทดลองฝึกอบรมใช้ 4 กิจกรรม โดยที่กิจกรรมการประชุมระดมสมองเพื่อหาข้อสรุปความรู้เกี่ยวกับการสูญเสียพลังอำนาจ ได้นำมาปรับรวมเข้ากับกิจกรรมการวิเคราะห์ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของกิจกรรม ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มเพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วมของการเรียนรู้ของผู้เข้ารับการอบรม จากการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรม แสดงให้เห็นว่าผู้เข้ารับการอบรมมีพัฒนาการของการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในระหว่างกิจกรรมการประชุมกลุ่มและการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในระหว่างการอภิปรายมากขึ้นตามประสบการณ์ของการทำกิจกรรมกลุ่ม สำหรับผลงานการประชุมกลุ่มและการอภิปรายผลการประชุมกลุ่ม พบว่าทุกกลุ่มสามารถนำเสนอได้ตรงตามประเด็นที่กำหนดในใบงาน การให้เหตุผลหรืออธิบายในประเด็นที่อภิปรายทำได้ดีในเกือบทุกกิจกรรม ยกเว้นกิจกรรมการประชุมระดมสมอง เพื่อกำหนดแนวทางในการวินิจฉัยภาวะการสูญเสียพลังอำนาจที่ยังไม่มีความชัดเจนในการอภิปราย

2.1.3.3 ผลสัมฤทธิ์ของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้และเจตคติ

2.1.3.3.1 ผลสัมฤทธิ์ของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้

(1) ผลการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจและการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจสำหรับการเรียนรู้ที่ได้รับพบว่าอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และการเจ็บป่วยเรื้อรังกับการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ผลการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านการนำความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ในระดับมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้เรื่องการสื่อสารในการปฏิบัติการพยาบาล

(2)ผลการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม สะท้อนความรู้ความเข้าใจต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจ แนวคิดและปรัชญาของการเสริมสร้างพลังอำนาจ แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจและบทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.1.3.3.2 ผลสัมฤทธิ์ของผู้เข้ารับการอบรมด้านเจตคติ

ผลการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง พบว่าผู้เข้ารับการอบรมทุกคนที่ส่งแบบสอบถามกลับมา (ร้อยละ 46.1 ของผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมด) แสดงความคิดว่าจะนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการ

พยาบาล โดยได้แสดงทัศนะถึงเหตุผลของการนำแนวคิดนี้ไปใช้ที่สะท้อนถึงทัศนคติและความเข้าใจของผู้เข้ารับการอบรมที่มีต่อผู้ป่วย การพยาบาลและการเสริมสร้างพลังอำนาจภายหลังผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรไป 2 หน่วยการเรียน ได้แก่ ทัศนคติทางบวกที่มีต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่แสดงออกถึงการให้ความเคารพต่อความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและการแสดงออกถึงความเข้าใจต่อปัญหาของผู้ป่วยเรื้อรังที่นอกเหนือจากปัญหาทางกาย ทัศนคติที่สะท้อนการปฏิบัติการพยาบาลของผู้รับการอบรมที่แสดงออกถึงความตระหนักถึงสิ่งที่ต้องกระทำให้กับผู้ป่วย ทัศนคติที่มีต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยให้เหตุผลว่าการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการปฏิบัติจะช่วยเพิ่มความสามารถให้กับผู้ป่วยที่จะดูแลสุขภาพตนเอง นอกจากนี้ยังมองว่าแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้พยาบาลมีศักยภาพเพิ่มขึ้น มีความสามารถที่จะทำงานในวิชาชีพได้อย่างมีคุณค่าและทัศนคติต่อบทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย

ผลการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมสามารถสะท้อนเจตคติของผู้เข้ารับการอบรมที่มีต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ทำให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้น และความต้องการที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยที่สูญเสียพลังอำนาจ

2.1.3.4 ความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม ผลการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อหลักสูตรฝึกอบรมพบว่าหลักสูตรฝึกอบรมมีความเหมาะสมในระดับมาก แต่ในด้านของระยะเวลาการฝึกอบรม และเนื้อหาวิชาฝึกอบรมมีค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานสูงกว่าประเด็นอื่น (S.D. = .80 และ .73 ตามลำดับ) จากข้อวิจารณ์การฝึกอบรมของผู้เข้ารับการอบรมได้กล่าวถึงเนื้อหาการฝึกอบรมว่ามีจำนวนมาก แต่เนื่องจากเรื่องที่ฝึกอบรมเป็นเรื่องใหม่ หาเอกสารอ่านได้ยากจึงคิดว่ามีความเหมาะสมในระดับมาก สำหรับระยะเวลาในการฝึกอบรม ผู้เข้ารับการอบรมที่ประเมินว่ามีความเหมาะสมในระดับปานกลางและน้อย ให้เหตุผลว่าระยะเวลาน้อยเกินไปเมื่อเทียบกับเนื้อหาที่มีมาก

2.1.3.5 ความเหมาะสมของเครื่องมือวัดและประเมินผลหลักสูตรฝึกอบรม

ผลการใช้แบบประเมินพบว่าสามารถนำไปใช้ประเมินผู้เข้ารับการอบรมตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรได้

2.1.4 ผลการทดลองหลักสูตรฝึกอบรมเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดในหลักสูตร พบว่า ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดในทุกประเด็น

2.1.5 ผลการปรับปรุงแก้ไขหลักสูตรฝึกอบรม

จากการประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของหลักสูตรฝึกอบรมของผู้เชี่ยวชาญ และผลการทดลองหลักสูตรฝึกอบรม ได้มีการปรับปรุงแก้ไขหลักสูตรฝึกอบรม โดยโครงสร้างเนื้อหาของหลักสูตรกำหนดจุดหลักไปที่พลังอำนาจและการเสริมสร้างกับอำนาจในบริบทของผู้ป่วยและพยาบาล การปรับปรุงประเด็นรายละเอียดในหลักสูตรฝึกอบรมมีรายละเอียดดังนี้

2.1.5.1 จุดมุ่งหมายของหลักสูตร ปรับแก้ความชัดเจนของการเขียนและการใช้ภาษาให้มีความครอบคลุมและมีจุดเน้นไปที่พลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.1.5.2 โครงสร้างหลักสูตร มีการปรับชื่อในแต่ละหน่วยการเรียนใหม่ ให้มีความสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของหลักสูตรดังนี้

หน่วยที่ 1 การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วย

หน่วยที่ 2 การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

หน่วยที่ 3 การปฏิบัติการเสริมสร้างภลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

2.1.5.3 เนื้อหาการฝึกอบรม ปรับให้มีความกระชับมากขึ้น เน้นสาระสำคัญไปที่พลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล สำหรับเนื้อหาเติมในหน่วยที่ 2 เกี่ยวกับการสื่อสารในการปฏิบัติการพยาบาล การพยาบาลเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยในการเผชิญความเครียดและการเอื้ออำนวยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ใช้เป็นเนื้อหาเสริมหรือเอกสารเพื่อการค้นคว้าสำหรับผู้เข้ารับการอบรมในระหว่างการฝึกปฏิบัติ เนื้อหาการฝึกอบรมในหน่วยที่ 3 มีการกำหนดรายละเอียดเพิ่มเติมในส่วนของเนื้อหาและกิจกรรมให้มีความชัดเจนมากขึ้น

2.1.5.4 กิจกรรมการฝึกอบรม กิจกรรมกลุ่มปรับลดลงเหลือ 2 กิจกรรมคือ การศึกษาขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และการศึกษากรณีตัวอย่างเพื่อวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2.1.5.5 เครื่องมือประกอบการฝึกอบรมเพิ่มแบบประเมินพลังอำนาจและแบบบันทึกการวินิจฉัยพลังอำนาจ

2.1.5.6 การประเมินผล ปรับแก้แบบสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมต่อกิจกรรมการประชุมกลุ่มให้ครอบคลุมสิ่งที่ต้องการสังเกต การใช้ภาษาและกรอบการให้คะแนน กำหนดให้การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจสาระสำคัญของการเรียนรู้มีการประเมินเปรียบเทียบก่อนและหลังการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ และเพิ่มแบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจก่อนและหลังการฝึกอบรม

2.2 ผลการดำเนินการฝึกอบรมพยาบาล

การฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังดำเนินการ ณ โรงพยาบาลลพบุรี โดยผู้เข้ารับการอบรม คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลพบุรีจำนวน 26 คน ซึ่งเกินจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ในหลักสูตร 6 คน ไม่ตรงตามเกณฑ์กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดตามหลักสูตรฝึกอบรม 7 คน อายุและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมถึงประสบการณ์การประชุม/ฝึกอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลหรือการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่ามีความเหมาะสมสำหรับการเรียนรู้หรือประสบการณ์ เหตุผลของการเข้ารับการอบรมส่วนใหญ่จะได้รับการกำหนดให้เข้ารับการอบรม มีผู้เข้ารับการอบรมส่วนหนึ่งให้ความสนใจสมัครเข้ารับการอบรมและได้รับการคัดเลือกเข้ารับการอบรม สำหรับความคาดหวังของผู้เข้ารับการอบรมทุกคนคือต้องการนำความรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ผลการฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังสรุปได้ดังนี้

2.2.1 ผลสัมฤทธิ์ของผู้เข้ารับการอบรม

2.2.1.1 ผลสัมฤทธิ์ของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ พบว่า

(1) ผลของกิจกรรมกลุ่มต่อการเรียนรู้ของผู้เข้ารับการอบรม พบว่ารูปแบบการจัดกิจกรรมกลุ่มและเนื้อหาในกิจกรรมกลุ่มสามารถกระตุ้นการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับอบรมในการแสดง

ความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์และการทำผลงานกลุ่มในแต่ละกิจกรรม สำหรับผลงานการประชุมกลุ่มและการอภิปรายผล พบว่าทุกกลุ่มสามารถรายงานผลได้ตรงตามประเด็นที่กำหนด สามารถให้เหตุผลและข้อมูลสนับสนุนต่อสิ่งที่นำเสนอ การนำเสนอความคิดเห็นต่อข้อซักถามของผู้อภิปรายและสมาชิกในกลุ่มระหว่างการอภิปรายสามารถแสดงความคิดเห็นต่อข้อซักถามได้ การประเมินผลรายงานการประชุมกลุ่มพบสิ่งที่ต้องมีการพัฒนาในผู้เข้ารับการอบรม คือการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยังมีการใช้ข้อมูลเชิงปรนัยและอัตนัยที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลมาใช้ประกอบการวินิจฉัยน้อย นอกจากนั้นการใช้การตัดสินใจวินิจฉัยพลังอำนาจยังอยู่บนพื้นฐานความคิด ค่านิยม และประสบการณ์ของผู้เข้ารับการอบรมเป็นส่วนใหญ่

(2) ผลการเปรียบเทียบการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ความเข้าใจต่อประเด็นการเรียนรู้ก่อนและหลังการฝึกอบรม พบว่าสูงขึ้นภายหลังการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการทุกประเด็นการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(3) ผลการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลพบว่าสามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ในระดับมากทุกประเด็นการเรียนรู้

(4) ผลการอธิบายความหมายและความสำคัญของ “พลังอำนาจ” และ “การเสริมสร้างพลังอำนาจ” ตามความรู้ ความเข้าใจของผู้เข้ารับการอบรมก่อนและหลังการฝึกอบรม พบว่าในการให้ความหมายของ ”พลังอำนาจ” หลังการอบรมมีการให้ความหมายและคำจำกัดความที่ชัดเจนขึ้นโดยร้อยละ 82 ให้ความหมายว่าคือ ความสามารถ สิ่งที่อยู่ในตัวบุคคลที่ใช้ในการจัดการกับปัญหา ความสามารถที่จะจัดการควบคุมการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นอยู่ สำหรับการให้ความหมาย “การเสริมสร้างพลังอำนาจ” ภายหลังการฝึกอบรมผู้เข้ารับการอบรมร้อยละ 84 ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถให้กับบุคคล ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการกำหนดแนวทางต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง การค้นพบศักยภาพที่มีอยู่ในตัวเอง การควบคุมความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อม การใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ในการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองให้เหมาะสม ซึ่งตรงตามการให้ความหมายในการเรียนการสอนตามหลักสูตร

(5) ผลการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ความเข้าใจต่อสาระสำคัญของหลักสูตรเรื่องพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่า การฝึกปฏิบัติช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยและการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในระดับมาก

(6) ผลการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม พบว่า การฝึกอบรมช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เรื่องพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้รับประสบการณ์สำหรับการนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน ทำให้มีแนวทางที่ปฏิบัติได้จริง สร้างแรงจูงใจและความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ ช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน และการเรียนรู้ที่ได้จากกิจกรรมการประชุมกลุ่มย่อย กระบวนการกลุ่มและการทำงานเป็นทีม

2.2.1.2 ผลสัมฤทธิ์ของผู้เข้ารับการอบรมด้านทักษะ พบว่า

(1) ผลการปฏิบัติการพยาบาลจากรายงานและการนำเสนอผลการปฏิบัติงานของผู้เข้ารับการอบรม พบว่าร้อยละ 64 ผู้เข้ารับการอบรมสามารถศึกษาผู้ป่วยได้ครบตามกำหนด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้เข้ารับการอบรมที่ศึกษาผู้ป่วยในชุมชน การประชุมกลุ่มย่อยเพื่อรายงานผลการฝึกปฏิบัติพบว่า

ผู้เข้ารับการอบรมทุกคนสามารถเข้าร่วมการประชุมกลุ่มย่อยได้ตามที่กำหนด การฝึกปฏิบัติและการประชุมกลุ่มย่อยช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความเข้าใจมากขึ้นถึงกระบวนการและวิธีการในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ปัญหาและอุปสรรคที่พบในการฝึกปฏิบัติได้แก่ ความไม่เพียงพอของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ใช้ในการศึกษา ปัญหาของผู้เข้ารับการอบรมที่มาจากหน่วยงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและการไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ปัญหาระยะเวลาของผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและปัญหาช่วงเวลาของการฝึกปฏิบัติที่ผู้เข้ารับการอบรมต้องปฏิบัติงานประจำพร้อมกับการฝึกปฏิบัติ

(2) ผลการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังพบว่าการฝึกปฏิบัติช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยในระดับมาก

(3) ผลการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านทักษะ พบว่าการฝึกอบรมช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมได้เรียนรู้ในทักษะต่างๆ ได้แก่ ทักษะด้านการประเมินและวินิจฉัยทางการพยาบาล ทักษะการสื่อสาร การสะท้อนความคิดและการสร้างแรงจูงใจ รวมถึงทักษะการใช้กระบวนการกลุ่มและทักษะการทำงานเป็นทีม

2.2.1.3 ผลสัมฤทธิ์ของผู้เข้ารับการอบรมด้านเจตคติ พบว่า

(1) ผลการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านเจตคติภายหลังการฝึกปฏิบัติ พบว่าการฝึกปฏิบัติช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมเห็นความสำคัญของพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยและช่วยให้เห็นความสำคัญถึงบทบาทของพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยในระดับมาก

(2) ผลการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาล ผู้เข้ารับการอบรมได้แสดงทัศนะด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อผู้ป่วย ได้แก่ การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้บทบาทของตนในการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยที่เหมาะสมกับตัวผู้ป่วย การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยผู้ป่วยให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับการเจ็บป่วย และการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย สำหรับทัศนะด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าผู้เข้ารับการอบรมทุกคนที่ตอบแบบสอบถาม แสดงความคิดเห็นว่าจะนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพไปใช้ในการปฏิบัติงานการพยาบาล เนื่องจากคุณค่าของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการค้นหาปัญหา สนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของตนเอง คุณค่าของการปฏิบัติการพยาบาลที่มีต่อการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ส่งเสริมบทบาทของพยาบาลในฐานะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ เอื้ออำนวยทรัพยากร ส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองและดำเนินการด้วยตนเอง

(3) ผลการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านเจตคติ ส่วนใหญ่ของข้อมูลที่ได้รับจากผู้เข้ารับการอบรมเน้นไปที่การให้การพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การให้การพยาบาลแบบองค์รวม รวมถึงการแสดงออกถึงการเชื่อในความสามารถของผู้ป่วยและการให้คุณค่าความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

2.2.2 ผลการประเมินความเหมาะสมหลักสูตรฝึกอบรม

2.2.2.1 ผลการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมด้านความเหมาะสมของกระบวนการฝึกปฏิบัติ พบว่า การประชุมกลุ่มย่อยระหว่างการฝึกปฏิบัติ การติดตามนิเทศของวิทยากร

ระหว่างการฝึกปฏิบัติ และคู่มือการฝึกปฏิบัติ แบบประเมินพลังอำนาจและแบบบันทึกที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติมีความเหมาะสมในระดับมาก สำหรับระยะเวลาการฝึกปฏิบัติ (2 สัปดาห์) มีความเหมาะสมในระดับปานกลาง

2.2.2.2 ผลการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมด้านความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม พบว่า เนื้อหาวิชาของการฝึกอบรม การนำเสนอของวิทยากร การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้เข้ารับการอบรม มีความเหมาะในระดับมากที่สุด กิจกรรมการฝึกอบรม การฝึกปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรม กระบวนการจัดการเรียนการสอนและเนื้อหาการฝึกอบรม เอกสารและสื่อประกอบการฝึกอบรม มีความเหมาะในระดับมาก สำหรับระยะเวลาในการฝึกอบรมผู้เข้ารับการอบรมประเมินว่ามีความเหมาะสมในระดับปานกลาง โดยประเมินว่าระยะเวลาการฝึกปฏิบัติน้อยไป

2.2.3 ผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพที่มีต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

2.2.3.1 ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

2.2.3.2 การให้ผู้ป่วยสะท้อนความคิดถึงวิธีการที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ด้วยการสนับสนุนความรู้ ข้อมูล ทรัพยากรที่มีประโยชน์ต่อการตัดสินใจ ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับการเจ็บป่วยได้ดีกว่า และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วย

2.2.3.3 การช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจกับปัญหาสุขภาพของตน รวมถึงการให้ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วม นำไปสู่การแก้ปัญหาที่เป็นรูปธรรม

2.2.3.4 การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและมีกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่วางไว้

2.2.3.5 การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ช่วยให้ผู้ป่วยกล้าแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการกับสุขภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยมากขึ้น ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่ผู้ป่วยเชื่อในความสามารถของพยาบาล มีประโยชน์ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย แต่ต้องเป็นไปในลักษณะของการใช้อำนาจทางบวกคือ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเป็นบุคคลสำคัญในการรับผิดชอบการดูแลสุขภาพตนเองเช่นเดียวกัน

3. ผลการประเมินและปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรค เรื้อรัง

3.1 ผลการประเมินรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

3.1.1 ผลสัมฤทธิ์ของหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่มีต่อสมรรถนะของผู้เข้ารับการอบรมในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง พบว่าการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรฝึกอบรมช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดความรู้ ทักษะและเจตคติได้ตามจุดมุ่งหมายของหลักสูตร

3.1.2 ความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม จากผลการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมพบว่า

3.1.2.1 ความเหมาะสมขององค์ประกอบของหลักสูตรฝึกอบรม พบว่ามีความเหมาะสมในระดับมากถึงมากที่สุด ยกเว้นระยะเวลาในการฝึกอบรมที่ได้รับการประเมินว่ามีความเหมาะสมในระดับปานกลาง

3.1.2.2 ความเหมาะสมของกระบวนการฝึกปฏิบัติ พบว่ามีความเหมาะสมในระดับมาก ยกเว้นระยะเวลาการฝึกปฏิบัติที่ประเมินว่ามีความเหมาะสมในระดับปานกลาง

สำหรับขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย ผู้เข้ารับการอบรมประเมินว่ากระบวนการนี้สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้จริง ปัญหาที่ผู้เข้ารับการอบรมสะท้อนความคิดต่อกระบวนการฝึกปฏิบัติ คือการที่ระยะเวลาการฝึกปฏิบัติสั้น จึงทำให้ไม่สามารถเห็นผลลัพธ์ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจคือการแสดงออกถึงการรับรู้ถึงความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วย

3.1.2.3 ความเหมาะสมของเครื่องมือ/สื่อประกอบการฝึกอบรม ได้รับการประเมินจากผู้เข้ารับการอบรมว่าควรมีการปรับปรุงในส่วนของแบบประเมินพลังอำนาจและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากเนื้อหาในการประเมินมีมาก ต้องใช้เวลานานในการประเมินผู้ป่วยและในบางข้อรายการมีความซ้ำซ้อนกัน นอกจากนั้นบางข้อรายการมีความหมายที่ไม่ชัดเจน อย่างไรก็ตามแบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยเรื้อรังมีประโยชน์ในการประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วย

สำหรับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย พบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังทั้ง 6 ขั้นตอน มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ แต่มีบางรายละเอียดของแต่ละขั้นตอนที่จะต้องมีการปรับปรุงให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องในทางปฏิบัติ

3.2 ผลการปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

3.2.1 การปรับปรุงกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังทั้ง 6 ขั้นตอน ได้รับการประเมินจากผู้เข้ารับการอบรมว่ามีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ แต่มีบางรายละเอียดของแต่ละขั้นตอนที่จะต้องมีการปรับปรุง ที่สำคัญคือการเพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัว/บุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วยในการช่วยเหลือ เอื้ออำนวยผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วย และในเรื่องของการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย

3.2.2 ผลการปรับปรุงแบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

แบบประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจมีการปรับปรุงในเรื่องข้อรายการและการบันทึกที่มีความซ้ำซ้อนกัน รวมถึงการให้ความหมายและรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลมากขึ้น

ภายหลังการปรับปรุงแก้ไขแบบประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้นำไปขอความคิดเห็นถึงความเหมาะสมของแบบประเมินพลังอำนาจที่ได้ปรับปรุงกับผู้เข้ารับการอบรมทั้ง 25 คน แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อคู่มือการประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการส่งกลับมาจำนวน 15 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 60 ผลการประเมินพบว่าคู่มือการประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจภายหลังการปรับปรุงมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก

3.2.3 ผลการปรับปรุงหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ดำเนินการปรับปรุงในส่วนของกระบวนการฝึกปฏิบัติ ด้วยการเพิ่มการฝึกทักษะผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการประเมินและวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานการณ์จริงก่อนการฝึกปฏิบัติตามขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

อภิปรายผล

ความมุ่งหมายในการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง คือการแสวงหากระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้พยาบาลมีสมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง สืบเนื่องมาจากแนวโน้มของประชากรไทยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น การควบคุมและจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพมีความสำคัญควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วยถึงแม้จะมีข้อจำกัดอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย

รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยมีความมุ่งหวังที่จะให้เกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาลในการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่คำนึงถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการรักษาพยาบาล และให้ความสำคัญต่อผู้ป่วยในฐานะเจ้าของสุขภาพที่มีสิทธิอันชอบธรรมในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตน โดยพยาบาลมีบทบาทในฐานะผู้สนับสนุนและเอื้ออำนวยแหล่งทรัพยากรและส่งเสริมแหล่งพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง คือ กระบวนการจัดการเรียนรู้สำหรับพยาบาลที่ใช้วิธีการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม โดยมุ่งหวังว่าพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมจะมีสมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง กระบวนการในการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังใช้วิธีการของกระบวนการพัฒนาหลักสูตรที่ประกอบด้วย (1) การศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดพลังอำนาจและการกำหนดโครงสร้างของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อใช้เป็นกรอบในการกำหนดโครงสร้างและเนื้อหาของหลักสูตรฝึกอบรม (2) กระบวนการพัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งประกอบด้วย กระบวนการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมและการดำเนินการฝึกอบรม (3) การประเมินและปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ จากข้อมูลที่ได้รับจากการฝึกอบรม ผลการประเมินและการแสดงความคิดเห็นของพยาบาลที่เข้ารับการอบรม

1. การศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดพลังอำนาจและการกำหนดโครงสร้างของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ใช้วิธีการศึกษาทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การทำความเข้าใจกับพลังอำนาจรวมถึงผลของพลังอำนาจที่มีผลต่อผู้ป่วยมีความสำคัญต่อการกำหนดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และสาระจำเป็นที่พยาบาลจะต้องเรียนรู้ เพื่อจะได้ทราบว่าถ้าจะเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พยาบาลจะต้องเข้าไปดำเนินการกับอะไรและอย่างไร

เนื่องจากการให้ความหมายและการอธิบายพลังอำนาจมีความแตกต่างกันขึ้นกับบริบทของผู้ที่ทำการศึกษาและสิ่งที่จะทำการศึกษา (Gilbert. 1995) การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้ใช้แนวคิดรูปแบบแหล่งของพลังอำนาจ (Power resources) ของมิลเลอร์ (Miller. 1992) มาใช้ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของพลังอำนาจกับความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เนื่องมาจากรูปแบบแหล่งของพลังอำนาจของมิลเลอร์ได้พัฒนาขึ้นมาจากข้อมูลการศึกษาที่กระทำในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่นำมาสู่การอธิบายถึงพลังอำนาจในผู้ป่วยและองค์ประกอบของแหล่งพลังอำนาจ

การกำหนดคำจำกัดความของการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับงานวิจัยนี้ได้จากการสังเคราะห์งานของกิปสัน (Gibson. 1995) แรพพาพอร์ท (Rappaport. 1985) ซิมเมอร์แมน (Zimmerman. 1990, 1995) คีฟเฟอร์ (Keiffer. 1984) คอนเจอร์และคานันโก (Conger and Kanungo. 1988) จอนห์และมีลีส

(Jones and Meleis. 1993) ดันท์ ทรีเวท และดีลล์ (Dunst, Trivette and Deal. 1994) และ แคทซ์ (Katz. 1984) ทำให้ได้คำจำกัดความของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่หมายถึง

> "การเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเองในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพ ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในตน การได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมแบบเท่าเทียมกันในการค้นหาปัญหา พัฒนาการดูแลสุขภาพของตน รวมถึงการดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนภายใต้การสนับสนุนข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ การสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย รวมถึงการให้ข้อมูลและ/หรือส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนให้กับผู้ป่วยซึ่งจะเอื้ออำนวยและสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสร้างทางเลือกสำหรับดูแลสุขภาพของตนเองและมีความมุ่งมั่นทุ่มเทที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวทางที่ตนเองได้กำหนดขึ้น"

โดยคำจำกัดความที่กำหนดขึ้นมีความสอดคล้องกับหลักการของการเสริมสร้างพลังอำนาจ กล่าวคือ การเพิ่มความสามารถ การเป็นหุ้นส่วนและการยอมรับในคุณค่าของบุคคล การเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มวิถีทางใหม่ให้กับบุคคล การมีส่วนร่วมของบุคคล และการเพิ่มแหล่งของพลังอำนาจ

สำหรับองค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจได้จากการสังเคราะห์แนวคิดและวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจากงานวิจัยและการศึกษาของฟันแนลและคณะ (Funnell,et al. 1991) ฮอว์คส์ (Hawkes. 1992) กิบสัน (Gibson. 1991,1995) แมคอินทอส (Mackintosh. 1995) ร๊อดเวลล์ (Rodwell.1996) และ ซุค บลิง (Suk Bling. 1998) ซึ่งรวมถึงกระบวนการและผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยที่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 6 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การสร้างความร่วมมือ (2) การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย (3) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (4) การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร (5) การดำเนินการด้วยตนเอง และ (6) การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งการจัดการกับการเจ็บป่วย และผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความสามารถของตนในการจัดการและควบคุมการเจ็บป่วย โครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พัฒนาขึ้นได้นำไปตรวจสอบความถูกต้องเชิงทฤษฎี ความเป็นรูปธรรมและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติเบื้องต้น โดยใช้วิธีการอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion) เพื่อขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลจำนวน 12 ท่าน ซึ่งประเด็นหลักของข้อเสนอแนะ คือ การตรวจสอบแนวคิดเกี่ยวกับพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจในบริบทผู้ป่วยโรคเรื้อรังไทยว่ามีความตรงกับแนวคิดและโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ได้พัฒนาขึ้นจากการสังเคราะห์งานศึกษาวิจัยของต่างประเทศหรือไม่ การศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทยแสดงให้เห็นถึงสภาวะการณ์ของพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจที่มีในผู้ป่วยโรคเรื้อรังไทยที่มีความสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องแหล่งพลังอำนาจของมิลเลอร์ (Miller. 1992) และปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยจากการศึกษาของสเตปลีตัน (Stapleton. 1992 : 321) และซุค บลิง (Suk Bling. 1998) ที่ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ได้แก่ การเจ็บป่วย ระบบบริการสุขภาพ สัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม และความรู้เกี่ยวกับโรคและทักษะในการจัดการกับ

การเจ็บป่วย นอกจากนั้นผลการศึกษายังช่วยยืนยันโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ได้พัฒนาขึ้นว่าสามารถนำมาใช้ได้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในไทย คุณลักษณะของพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจที่ได้จากการศึกษานำไปใช้ในการจัดทำแบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

เนื่องจากโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ได้พัฒนาขึ้นเป็นกระบวนการค้นหาโครงสร้างของพลังอำนาจและวิธีการจัดการกับพลังอำนาจโดยมีความมุ่งหมายที่จะใช้เป็นกรอบในการกำหนดโครงสร้างและเนื้อหาการเรียนรู้ของพยาบาล ที่เกิดจากการสังเคราะห์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกับการผ่านการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ และการยืนยันจากการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน (Empirical data) ในสถานการณ์จริง ถึงแม้ว่ากระบวนการและผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะไม่ได้นำตรวจสอบความเป็นไปได้ในสถานการณ์จริง แต่ก็ถือได้ว่ามีความเหมาะสมในระดับหนึ่ง ซึ่งคนาฟและเดียทริกซ์ (Knafl, K.A and Deatrick, J.A. 1993) เรียกว่าเป็นส่วนหนึ่งของการสังเคราะห์องค์ความรู้ (Knowledge Synthesis)

2. กระบวนการพัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ในงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ปรากฏอยู่ในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจและการเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง (ภาวนา กีรติยุทวงศ์. 2537; วิลาวัล ผลพลอย.2539 ; อุระณี รัตนพิทักษ์. 2540 ; วลลา ตันตโยทัย. 2540 ; จารุวรรณ จินดามงคล. 2541 และพนารัตน์ เจนจบ. 2542) พบว่าผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการด้วยตนเองกับผู้ป่วย ซึ่งผลของความรู้ ความสามารถ และเจตคติของผู้วิจัยมีผลต่อความสำเร็จในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ทำการศึกษา แต่ในทางปฏิบัติเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีผลกระทบอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยเพราะการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่องและอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด การศึกษาวิจัยในครั้งนี้จึงเน้นไปที่การปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากพยาบาลเป็นเจ้าหน้าที่สุขภาพประเภทเดียวในโรงพยาบาลที่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนั้นยังได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคลากรที่มีศักยภาพที่จะผลักดันให้เกิดการเคลื่อนไหวของการส่งเสริมสุขภาพแบบใหม่ (Benson And Latter. 1998 : 100 ; citing WHO. 1989. *Nursing leadership for Health for All.*) จึงมีโอกาสอย่างมากที่จะทำให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วย การที่จะทำให้การเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดขึ้นในการปฏิบัติการพยาบาลได้นั้น พยาบาลต้องการโครงสร้าง การจัดการและกระบวนการศึกษาซึ่งสนับสนุนและกระตุ้นการพัฒนาคุณลักษณะที่สำคัญสำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจและการลงมือปฏิบัติจริงของพยาบาล การฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม (Participative Learning) เป็นวิธีการที่ผู้วิจัยนำมาใช้สำหรับกระบวนการพัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมมีพื้นฐานมาจากการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) และกระบวนการกลุ่ม (Group Process) โดยที่การเรียนรู้เชิงประสบการณ์เป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้บนพื้นฐานของประสบการณ์เดิม และสำหรับการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มเน้นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่อาศัยการออกแบบกลุ่มและการออกแบบงาน ซึ่งเมื่อประกอบทั้งสองวิธีการเรียนรู้เข้าด้วยกันจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้สูงสุด (Maximum Learning) (กรมสุขภาพจิต. 2543 : 16) การช่วยให้ผู้เรียนนำประสบการณ์เดิมของตนมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้ ทักษะและเจตคติใหม่ ๆ และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองที่มีให้กับสมาชิกในกลุ่ม ได้มีโอกาสสะท้อนความคิดและถกเถียงกันอย่างลึกซึ้ง เกิดความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด ตลอดจนได้ทดลองหรือประยุกต์แนวคิด ถือได้ว่าเป็น

การสนับสนุนแนวคิดของปรัชญาประสบการณ์นิยมและการเสริมสร้างพลังอำนาจ(Hawk. 1992 : 614) เนื่องจากการที่พยาบาลจะสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยได้นั้นจะต้องมีประสบการณ์ของการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้พยาบาลที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวได้รับรู้ถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง

หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมีเป้าหมายเพื่อให้พยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรมีสมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยที่สมรรถนะสำหรับพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจะหมายถึง คุณลักษณะของพยาบาลที่จำเป็นในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย ที่ประกอบด้วยความรู้และทักษะที่คำนึงถึงการให้คุณค่าแก่ผู้ป่วยในฐานะบุคคล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การส่งเสริมและเอื้ออำนวยพลังอำนาจในผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยที่มีประสิทธิภาพ หลักสูตรฝึกอบรมประกอบด้วย การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการใช้เวลา 3 วัน และการฝึกปฏิบัติใช้เวลา 2 สัปดาห์ โดยผู้เข้ารับการอบรมจะมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ เน้นไปที่การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์และการใช้กระบวนการกลุ่ม ด้วยการใช้การอภิปรายกลุ่ม กรณีตัวอย่างและการระดมสมองเพื่อการเรียนรู้ร่วมกับสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม และการฝึกปฏิบัติกระบวนการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมดำเนินการภายใต้กระบวนการพัฒนาหลักสูตร โดยโครงสร้างและเนื้อหาภายในหลักสูตรฝึกอบรมมาจากการนำสาระสำคัญของโครงสร้างและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการกำหนดหลักสูตร หลักสูตรฝึกอบรมได้ผ่านกระบวนการพิจารณาความเหมาะสมและความสอดคล้องของหลักสูตรฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านหลักสูตรและการสอน ด้านการพยาบาล และด้านการวัดและประเมินผล ร่วมกับการทดลองหลักสูตรฝึกอบรมในสถานการณ์จริง ณ โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี เฉพาะในส่วนของการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งผลของการทดลองหลักสูตรฝึกอบรมพบว่าสามารถทำให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดความรู้และเจตคติตามจุดมุ่งหมายของหลักสูตรฝึกอบรม

จุดเด่นของหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง คือ กระบวนการของการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมที่ไม่เพียงแต่การนำเนื้อหาสาระสำหรับการจัดมวลประสบการณ์จากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการศึกษาโครงสร้างของพลังอำนาจและวิธีการจัดการกับพลังอำนาจเพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการจัดการเรียนรู้ของพยาบาลในกระบวนการฝึกอบรมอีกด้วย

การพัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังภายหลังการปรับปรุงโครงสร้างและเนื้อหาของหลักสูตร ดำเนินการ ณ โรงพยาบาลลพบุรี ถึงแม้ว่าบางส่วนของพยาบาลที่เข้ารับการอบรมไม่ตรงกับเกณฑ์คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมตามที่กำหนดในหลักสูตร แต่สะท้อนถึงการให้ความสำคัญของกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลลพบุรีที่มีต่อแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการเปิดกว้างถึงการยอมรับนวตกรรมที่เข้ามาสู่บริบทของการพยาบาล เมื่อพิจารณาถึงคุณลักษณะของผู้เข้ารับการอบรม อายุ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและประสบการณ์การประชุม/ฝึกอบรมเกี่ยวกับการพยาบาลหรือการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของผู้เข้ารับการอบรม พบว่ามีความเหมาะสมสำหรับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ที่ใช้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้เข้ารับการอบรมในการเรียนรู้ สำหรับเหตุผลของการเข้ารับการอบรมแม้ส่วนใหญ่จะได้รับการกำหนดให้เข้ารับการอบรม แต่เมื่อพิจารณาความคาดหวังต่อการฝึกอบรมของผู้เข้ารับการอบรมพบว่า ความคาดหวังของผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่ต้องการนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย ถือได้ว่าทัศนคติต่อการอบรมและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ

ผู้เข้ารับการอบรมอยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งเป็นปัจจัยสนับสนุนการฝึกอบรมและกระบวนการพัฒนาพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ผลการฝึกอบรมประเมินจากผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของผู้เข้ารับการอบรมพบว่าสามารถบรรลุจุดมุ่งหมายตามที่กำหนดไว้ในหลักสูตรฝึกอบรมทั้งด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติซึ่งเป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ซึ่งแสดงให้เห็นได้จากการประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมที่มีต่อความรู้ความเข้าใจ เจตคติและทักษะที่ได้รับจากการเรียนรู้ รวมถึงการเขียนการบรรยายของผู้เข้ารับการอบรมต่อการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมที่สะท้อนถึงพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งเป็นสาระสำคัญของการเรียนรู้ตามหลักสูตร อันเป็นผลเนื่องมาจากกระบวนการของการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่เอื้ออำนวยให้ผู้เข้ารับการอบรมได้มีโอกาสในการใช้ประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ในการสะท้อนคิดและพิจารณากับความรู้ใหม่ที่ได้รับ การได้มีโอกาสนำความรู้ไปทดลองใช้ปฏิบัติในสถานการณ์จริง การได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อเนื้อหาการฝึกอบรมและการฝึกปฏิบัติโดยวิทยากรไม่ได้มีการปิดกั้นความคิดเห็น รวมถึงการแสดงออกถึงการเรียนรู้ร่วมกันของผู้เข้ารับการอบรมกับวิทยากรช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมได้รับประสบการณ์ของการมีพลังอำนาจที่สามารถถ่ายทอดไปสู่ผู้ป่วยในขณะการฝึกปฏิบัติ ทักษะสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ เช่น ทักษะการสื่อสาร ทักษะการสะท้อนความคิด ทักษะการสร้างแรงจูงใจ ผู้เข้ารับการอบรมสามารถเรียนรู้ได้จากการฝึกปฏิบัติและการใช้กระบวนการกลุ่มในการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งการที่ผู้เข้ารับการอบรมมาจากหน่วยงานที่แตกต่างกันช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดจากประสบการณ์ที่หลากหลายมีผลทำให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้น ดังแสดงในการเขียนบรรยายที่สะท้อนความคิดของผู้เข้ารับการอบรม “ผู้เข้ารับการอบรมมาจากหลายแผนกทำให้ได้แนวคิดที่หลากหลาย” “การประชุมกลุ่มย่อยแลกเปลี่ยนประสบการณ์องค์ความรู้ที่ใช้ฝึกทักษะต่าง ๆ ระหว่างผู้ฝึกปฏิบัติกับอาจารย์” “ประทับใจในการทำกลุ่มย่อย บรรยากาศเป็นกันเอง แลกเปลี่ยนความรู้ ไม่ทับถมกันเวลาเสนอสิ่งที่ไม่ถูกต้อง” ทักษะที่จัดในกระบวนการเรียนการสอนตามหลักสูตรเป็นทักษะพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมต้องมีการฝึกฝนอย่างต่อเนื่องในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดความชำนาญ

การสร้างเจตคติของผู้เข้ารับการอบรมต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ถือได้ว่ามีความสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย เพราะเจตคติมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการให้การดูแลผู้ป่วยของพยาบาล ความสำเร็จของกระบวนการฝึกอบรมที่มีต่อเจตคติของผู้เรียน เกิดจากการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในการประชุมเชิงปฏิบัติการและการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง ด้วยการให้ผู้เข้ารับการอบรมเห็นความสำคัญของผู้ป่วยที่มีผลต่อความสำเร็จในการควบคุมและจัดการกับการเจ็บป่วย ร่วมกับการให้ผู้เข้ารับการอบรมตระหนักถึงการใช้อำนาจที่มีอยู่ในระบบบริการสุขภาพที่มีผลขัดขวางต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดการกับสุขภาพของผู้ป่วย อีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อเจตคติของผู้เข้ารับการอบรม คือ การที่วิทยากรมีเจตคติที่ดีต่อการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่งผลอย่างมากต่อการเรียนรู้และเจตคติของผู้เข้ารับการอบรม ซึ่งประเมินได้จากการบรรยายถึงสิ่งที่ผู้เข้ารับการอบรมประทับใจในการฝึกอบรมว่า “อาจารย์ให้ความเป็นกันเอง ยอมรับฟังข้อเสนอแนะวิจารณ์จากผู้เข้ารับการอบรมเป็นอย่างดี ทำให้สามารถช่วยกันหาแนวทางในการปฏิบัติงานได้ดีขึ้น” “ประทับใจการเป็นกันเองของอาจารย์ผู้สอน สามารถอธิบายและชักจูงให้ลองปฏิบัติ ลองดึงพลังอำนาจซึ่งเป็นสิ่งที่เราไม่ค่อยได้นึกถึง มักมองข้ามไปเห็นเป็นเรื่องไม่สำคัญ ทำให้บางครั้งไม่สามารถแก้ปัญหาให้คนไข้ได้ ประทับใจในการที่เราได้มีการนึกถึงปัญหาจิตใจ อารมณ์ สังคม ยังมีผู้ที่เห็นความสำคัญของปัญหา

นี้อยู่....เสียดายเวลาที่ผ่านมา เราน่าจะมีการปฏิบัติการสร้างอำนาจ สร้างความเชื่อมั่น ทำให้ผู้ป่วยสามารถสะท้อนปัญหาของตนออกมาเพื่อคิดแก้ปัญหาของตนเองได้"

กระบวนการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังสอดคล้องกับแนวคิดของแฟร์ที่เน้นไปที่ความรู้ร่วมกัน (Collective knowledge) ที่เกิดจากการที่กลุ่มมีการใช้ประสบการณ์ร่วมกัน และทำความเข้าใจถึงอิทธิพลของสังคมที่ส่งผลต่อความเป็นอยู่ของบุคคล ด้วยการเชื่อในความรู้ของผู้อื่น ร่วมรับฟัง และสนทนาด้วยการให้เกียรติผู้อื่นเสมือนดังเช่นผู้เชี่ยวชาญคนหนึ่ง ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Kiser, Boario and Hilton. 1995 ; citing Wallerstein. 1988 : 352. *Empowerment education Friere's ideas adapted to health education.*) และโคล์บที่ได้อธิบายว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการไม่ใช่ผลลัพธ์ โดยที่ความรู้ที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของประสบการณ์ ความรู้เป็นสิ่งที่มีการปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่องด้วยประสบการณ์ และเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในทันทีทันใด การเรียนรู้ไม่ได้เกิดในสูญญากาศ ทุก ๆ ประสบการณ์ถูกดึงมาจากประสบการณ์ในอดีตและปรับเปลี่ยนความรู้และบุคคล และบุคคลมีวิวัฒนาการอย่างคงที่ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (Hawks. 1992 : 164 citing Kolb. 1984. *Experiential learning : Experience as the source of learning and development.*) จึงอาจกล่าวได้ว่าหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังด้วยวิธีการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมที่ใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ร่วมกับการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มมีความเหมาะสมกับการพัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังให้สามารถบรรลุเป้าหมายของหลักสูตรฝึกอบรมได้

3. การประเมินและปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

3.1 การประเมินรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ผลจากการดำเนินการฝึกอบรมพยาบาลตามหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง พบว่า

3.1.1 ผลสัมฤทธิ์ของหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีต่อพยาบาลวิชาชีพที่เข้ารับการฝึกอบรม

พบว่าสามารถบรรลุเป้าหมายของหลักสูตรฝึกอบรมที่ต้องการให้พยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมมีสมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังทั้งในด้านความรู้ ทักษะและเจตคติ แม้ว่าในกระบวนการฝึกปฏิบัติจะมีผู้เข้ารับการอบรมบางส่วนที่สามารถศึกษาผู้ป่วยได้ครบตามจำนวนที่กำหนดในหลักสูตร และมีผู้เข้ารับการอบรมบางส่วนเท่านั้นที่สามารถดำเนินการตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ครบ 6 ขั้นตอน แต่การที่ผู้เข้ารับการอบรมได้มีโอกาสรับฟังกรณีศึกษาของผู้เข้ารับการอบรมคนอื่น การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน และได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ทำให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มขึ้น จะเห็นได้จากความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมที่มีต่อการฝึกปฏิบัติที่ประเมินว่า การฝึกปฏิบัติช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจต่อสาระสำคัญของหลักสูตรในเรื่องพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจเพิ่มขึ้นในระดับมาก กระบวนการฝึกปฏิบัติช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมเกิดการเรียนรู้ทักษะต่าง ๆ ได้แก่ ทักษะด้านการประเมินและวินิจฉัยทางการพยาบาล ทักษะการสื่อสาร การสะท้อนความคิดและการสร้างแรงจูงใจ รวมถึงทักษะการใช้กระบวนการกลุ่มและทักษะการทำงานเป็นทีม การฝึกปฏิบัติช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความมั่นใจในการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้ในระดับมาก และการฝึกปฏิบัติมีผลต่อผู้เข้ารับการอบรมด้านเจตคติ ประกอบด้วย การเห็นความสำคัญของพลังอำนาจใน

การจัดการกับการเจ็บป่วย การเห็นความสำคัญถึงบทบาทของพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยในระดับมาก

ความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม กระบวนการฝึกอบรมทั้งในส่วนของการประชุมเชิงปฏิบัติการและการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงได้รับการประเมินจากผู้เข้ารับการอบรมว่ามีความความเหมาะสมในระดับมากถึงมากที่สุด ยกเว้นระยะเวลาในการฝึกอบรมที่ได้รับการประเมินว่ามีความเหมาะสมในระดับปานกลางโดยเฉพาะอย่างยิ่งระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติ ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมได้แสดงความคิดเห็นในเรื่องนี้ว่า ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติน้อยเกินไปสำหรับการศึกษาผู้ป่วยได้ครบ 4 รายตามที่กำหนดในการฝึกปฏิบัติ และไม่สามารถเห็นถึงผลลัพธ์ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย อันได้แก่ การรับรู้ถึงความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วย สำหรับผู้เข้ารับการอบรมที่ประเมินว่าระยะเวลาการฝึกปฏิบัติมีความเหมาะสมในระดับมาก วิจารณ์ว่าการฝึกปฏิบัติเป็นการเรียนรู้วิธีการ แต่หลังจากนั้นจะต้องเรียนรู้เพิ่มเติมต่อไปจากการทำงาน แต่อย่างไรก็ตามผู้เข้ารับการอบรมแสดงความคิดเห็นว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 6 ขั้นตอน มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ช่วยให้ผู้ป่วยในบางรายได้รับรู้ถึงความสำเร็จของการจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตน

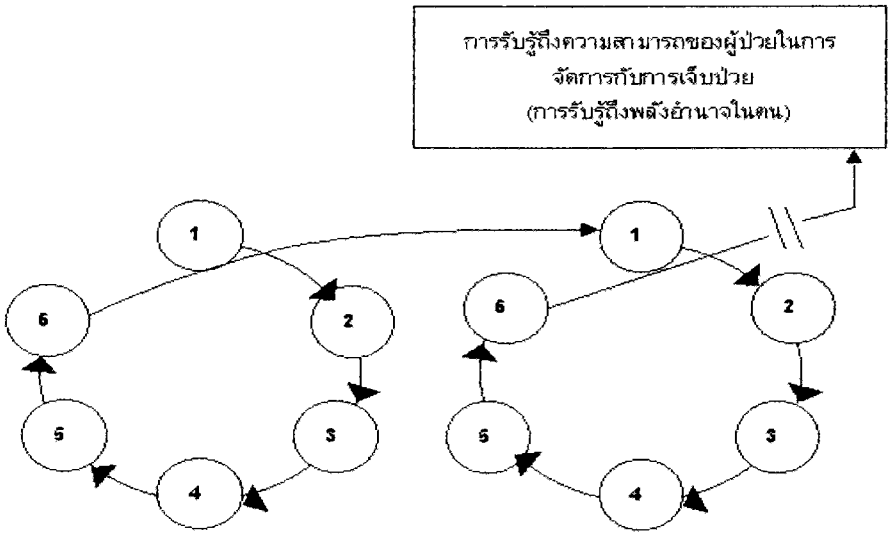
3.1.2 ผลของการหลักสูตรฝึกอบรม ฯ ที่มีต่อการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังประเมินและแสดงความคิดเห็นต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นแนวคิดที่ดี สามารถนำไปใช้ได้จริง ช่วยให้เห็นถึงบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้ชัดเจนขึ้น รวมถึงความเป็นรูปธรรมของการพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการดูแลแบบองค์รวม การนำไปใช้ในบริบทที่นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลแล้ว จากผลการฝึกปฏิบัติของผู้เข้ารับการอบรมที่มาจากหน่วยงานที่หลากหลายทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน สะท้อนความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของการนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในทั้งในผู้ป่วยในโรงพยาบาลและในชุมชน ซึ่งรวมถึงสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยประเภทอื่นที่ไม่ใช่ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่นในกรณีผู้ป่วยหลังคลอด ผู้เข้ารับการอบรมที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสูติกรรมได้วิจารณ์การใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจกับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยหลังคลอดว่า “การสอนสุขศึกษา แต่เดิมเป็นการป้อนความรู้ที่เจ้าหน้าที่ต้องการให้ผู้ป่วยรู้ คิดว่าผู้ป่วยต้องรู้ หลังอบรมสอนโดยดึงสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการรู้ออกมา แล้วจึงสอนในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการรู้ หากขาดสิ่งใด จูงใจให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของสิ่งนั้นก่อนว่าเป็นประโยชน์ต่อเขาเองก่อนจึงสอนให้รู้ ปฏิบัติตามได้” สะท้อนว่ารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในทุกพื้นที่ของการปฏิบัติการพยาบาล

3.1.3 ผลของการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพที่มีต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

แม้ว่าหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังจะเน้นไปที่การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพเป็นหลัก และการวัดผลสัมฤทธิ์เน้นไปที่สมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง แต่จากรายงานผลการฝึกปฏิบัติของผู้เข้ารับการอบรมพบผลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเช่นเดียวกัน กล่าวคือ ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อนำไปสู่การควบคุมโรค การยอมรับปัญหาการเจ็บป่วยของตน การยอมรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย และการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความสำเร็จของการแก้ปัญหา แต่ทั้งนี้ความยั่งยืนของการรับรู้ของผู้ป่วย ความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติ

กรรมในระยะยาวต้องอาศัยระยะเวลาการติดตามประเมินในระยะยาว ซึ่งรวมถึงผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยคือการรับรู้ถึงความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยต้องการการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกิปสัน (Gibson. 1995) ที่พบว่าการที่ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการจัดการกับปัญหาสุขภาพมากขึ้น จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นถึงความสามารถของตนในการจัดการกับการเจ็บป่วย แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจนถึงขั้นที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถที่จะมีอิทธิพลต่อสถานการณ์ใด ๆ ที่ส่งผลกระทบกับชีวิตของตนได้นั้น ต้องอาศัยความต่อเนื่องของกระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังแสดงในภาพประกอบ 8



ภาพประกอบ 8 วงจรของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ซึ่งจำนวนวงจรของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่พึงประสงค์ในผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกันเนื่องมาจากคุณลักษณะของผู้ป่วยที่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน โดยปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วยปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal factor) ได้แก่ ค่านิยม (Values) ความเชื่อ (Beliefs) เป้าหมายในชีวิต (Determination) ประสบการณ์ส่วนบุคคล (Experience) และปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factor) ที่สำคัญคือ การสนับสนุนทางสังคม (Social support) (Gibson.1991) แต่ที่สำคัญคือ การสร้างแรงจูงใจและการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสำเร็จของการจัดการกับปัญหาสุขภาพในแต่ละครั้ง จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนและรับรู้ถึงความสามารถของตนมากขึ้น

3.2 การปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ผลการประเมินรายงานการฝึกปฏิบัติของผู้เข้ารับการอบรมร่วมกับการแสดงความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมที่มีต่อการปฏิบัติงานในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย พบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังทั้ง 6 ขั้นตอน มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ แต่มีสิ่งที่ต้องได้รับการปรับปรุงคือ แบบประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจและบางรายละเอียดของขั้นตอนในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การปรับปรุงทั้งแบบประเมินพลังอำนาจและรายละเอียดของขั้น

ตอนในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจอยู่บนพื้นฐานข้อเท็จจริงที่พบในระหว่างการฝึกปฏิบัติของผู้เข้ารับการอบรมและหลักการของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้แบบประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจและกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่ได้พัฒนาขึ้นสามารถเป็นสื่อประกอบการฝึกอบรมที่มีประสิทธิภาพสำหรับใช้เป็นแนวทางของผู้เข้ารับการอบรมในการนำความรู้ที่ได้รับไปสู่การปฏิบัติจริง

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ทำให้ได้รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่นำไปใช้ในการพัฒนาพยาบาลเพื่อเกิดสมรรถนะที่พึงประสงค์ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง นอกจากนั้นยังเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาการพยาบาลในด้านนโยบาย การศึกษา และแนวทางในการศึกษาวิจัยต่อเนื่อง ดังต่อไปนี้

1. ด้านนโยบาย

ความเป็นรูปธรรมของการปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สะท้อนจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ได้รับการประเมินจากพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังว่าเป็นแนวคิดที่ดี สามารถนำไปใช้ได้จริง ช่วยให้เห็นถึงบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้ชัดเจนขึ้น รวมถึงความเป็นรูปธรรมของการพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการดูแลแบบองค์รวม นอกจากนั้นแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยที่เน้นการป้องกันและควบคุมมากกว่าการรักษา ที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยในฐานะเป็นเจ้าของสุขภาพที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นผู้เอื้ออำนวยและสนับสนุนแหล่งทรัพยากรเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย

แต่การที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการพยาบาลตามแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจได้นั้น พยาบาลที่เข้ารับการอบรมที่เป็นตัวแทนของหน่วยงานเพียงคนเดียวไม่สามารถส่งผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงให้เกิดในผู้ป่วยได้ เนื่องจากการรับรู้ถึงพลังอำนาจของผู้ป่วยถึงความสามารถของตนในการควบคุมสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของตนได้นั้น ต้องอาศัยการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลทุกคนควรจะได้มีโอกาสรับการฝึกอบรมเพื่อเรียนรู้ในเรื่องของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วย

อีกประเด็นหนึ่งที่สะท้อนจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องก็มีความจำเป็นเช่นเดียวกัน ไม่เพียงแต่ในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่รวมถึงในชุมชนด้วย การฝึกอบรมในครั้งนี้ได้รับประโยชน์จากการที่ผู้เข้ารับการอบรมส่วนหนึ่งปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล และส่วนหนึ่งเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในชุมชน จึงสามารถมองเห็นจึงช่องว่างของความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย แม้โรงพยาบาลลพบุรีจะมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยโดยใช้ใบส่งตัวผู้ป่วย แต่ก็ยังมีการความคิดเห็นจากผู้เข้ารับการอบรมในเรื่องการส่งต่อการรักษา "สิ่งที่อยากเสนอ คือ ที่เราอบรมกันนี้มีการเปลี่ยนแปลงในการวินิจฉัยพยาบาลเกิดขึ้นแล้วดังนั้นการที่คนไข้เข้ามา admit เราจึงวางแผนที่จะ discharge เลยนี้ แสดงว่าพยาบาลที่อยู่ใน ward ต้องมีการเตรียมความพร้อมในการที่จะดูแล เมื่อคนไข้กลับไปบ้านเราต้องตามไปดูอะไรบ้างในส่วนของ PCU (Primary Care Unit) เอง เราต้องตามไปดูในส่วนที่เขายังขาด ยังบกพร่องอยู่ เพราะฉะนั้นในส่วนของใน บ.ส.(ใบส่งต่อผู้ป่วย) ด้านหลังใบ บ.ส. เกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่เราเคยเขียนกันปัจจุบันยังเป็นระบบเก่าอยู่ ในเมื่อเราเอา Empowerment ที่เราเรียนมาใช้แล้ว การเขียนคราวนี้ต้องเปลี่ยนใหม่เหมือนกัน เพื่อว่าเราจะได้ตามต่อเนื่องในเรื่องของการตามไปดูที่บ้านด้วยว่า เขาต้องการ

อะไรขาดตรงไหน พลังอำนาจตรงไหนที่เขายังขาดอยู่หรือขาดแรงจูงใจ เราก็จะตามไปดูตรงนั้น ในส่วนตรงนี้ก็อยากจะให้ทางตึกมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบตรงนี้ด้วย เพราะถ้าเกิดเป็นแบบเก่าอยู่นั้น มันก็ไม่สามารถใช้ในเรื่องของ Empowerment ได้ในส่วนนี้ และเราไปต่อเนื่องที่บ้านก็จะลำบาก เพราะที่ผ่านมาบางตึกจะเขียนไว้ให้เรา แต่บางตึกก็จะไม่ ก็เข้าใจว่าบางตึกยุ่งไม่สามารถที่จะเขียนได้ ในส่วนที่ไม่ได้เขียนแล้วเราไปดูเอง ไปวินิจฉัยเอง ไปค้นหาเอง ก็จะไม่เหมือนเจ้าหน้าที่ที่ในตึก นี่เป็นข้อเสนอแนะ" ระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้เกิดการดูแลแบบต่อเนื่องจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่จะช่วยให้การนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งไม่เพียงแต่การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนเท่านั้น แต่รวมถึงการส่งต่อในระหว่างการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลและในชุมชนด้วย

2. ด้านการศึกษา

การเจ็บป่วยเรื้อรังนับว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ความรู้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยของตนมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการได้รับการรักษาพยาบาลจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ อันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการเจ็บป่วย รวมถึงการนำเอาแผนการรักษาไปปรับใช้ให้มีความสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของตน การที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยความรู้ ทักษะ และเจตคติของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่คำนึงถึงการให้คุณค่าความเป็นบุคคลของผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการคิด ตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการกับสุขภาพของตน ร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดของพยาบาลจากการเป็นผู้ให้ไปสู่การเป็นผู้สนับสนุนและเอื้ออำนวยทรัพยากร และแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย นักศึกษาพยาบาลจึงควรได้เรียนรู้และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยการนำหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังไปใช้กับการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาล เนื่องจากจะช่วยเสริมสร้างเจตคติและเตรียมความพร้อมของนักศึกษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่จะทำหน้าที่ปฏิบัติการพยาบาลภายหลังจากจบการศึกษา

3. ด้านการวิจัยต่อเนื่อง

3.1 การศึกษาต่อเนื่องด้านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย

โครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งประกอบด้วยคำจำกัดความ องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ถูกพัฒนาขึ้นจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การผ่านความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ และการศึกษาข้อมูลพื้นฐานในสถานการณ์จริงเกี่ยวกับพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจเพื่อใช้ในการยืนยันสิ่งที่ได้พัฒนาขึ้น ในกระบวนการของการฝึกอบรม โครงสร้างที่พัฒนาเป็นส่วนที่นำมาใช้ในการกำหนดกรอบความรู้ โครงสร้างและเนื้อหาการฝึกอบรมพยาบาล ผลของการนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้กับผู้ป่วย 84 รายของผู้เข้ารับการอบรมในระหว่างช่วงการฝึกปฏิบัติ สะท้อนความเป็นไปได้ของขั้นตอนในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จากการอภิปรายผลการศึกษาวิจัยที่ตั้งข้อสังเกตไว้ว่า ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยการใช้แนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างต่อเนื่องน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลสุขภาพตนเองและรับรู้ถึงความสามารถของตนในการจัดการกับการเจ็บป่วยได้นั้น การพัฒนาพยาบาลด้วยการทดลองให้พยาบาลทุกคน รวมถึงพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชนมีสมรรถนะเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย เพื่อให้ระบบการดูแลผู้ป่วยเกิดความต่อเนื่องทั้งในระดับโรงพยาบาลและในชุมชน จะเป็นการช่วย

ตรวจสอบผลลัพธ์ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในระยะยาวที่มีต่อการรับรู้ถึงพลังอำนาจของผู้ป่วยต่อความสามารถของตนในการจัดการกับการเจ็บป่วย นอกจากนั้นควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีต่อผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น

3.2 การศึกษาต่อเนื่องด้านการเรียนการสอน

ผลของการใช้เทคนิคการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมในหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง สะท้อนให้เห็นผลของการใช้หลักสูตรที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรม การนำประสบการณ์ของผู้เข้ารับการอบรมมาใช้ในการเรียนรู้แนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้เกิดความรู้ใหม่ที่สอดคล้องกับวิถีของการปฏิบัติการพยาบาลของผู้เข้ารับการอบรม ความรู้ เจตคติ และทักษะที่เกิดขึ้นในตัวผู้เข้ารับการอบรมเกิดจากการลงมือปฏิบัติและการสะท้อนความคิดของผู้เข้ารับการอบรมในระหว่างกระบวนการฝึกอบรม โดยมีวิทยากรเป็นผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้และเรียนรู้ร่วมไปกับผู้เรียน ผู้เข้ารับการอบรมจะไม่ใช่ผู้ถูกกระทำเท่านั้น แต่จะมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและสะท้อนความคิดต่อสิ่งที่ได้เรียนรู้ตลอดเวลาการฝึกอบรม ซึ่งถือได้ว่ากระบวนการฝึกอบรมโดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมได้รับรู้ถึงการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และสามารถถ่ายทอดลงสู่ผู้ป่วยในการปฏิบัติการพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการเรียนการสอน คือ การนำกระบวนการจัดการเรียนรู้ตามรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังไปประยุกต์ใช้ในการฝึกอบรมที่ต้องการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้เรียนเพื่อให้เกิดการรับรู้ถึงความสามารถของตน เกิดเจตคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน และต้องการการดึงประสบการณ์ของผู้เข้ารับการอบรมเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้เรียนอันจะส่งผลที่ดีต่อการเรียนรู้ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในบริบทของความเป็นจริง ซึ่งจากผลการศึกษาวิจัยแสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถตอบสนองวัตถุประสงค์ดังกล่าวได้

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต. (2543). คู่มือการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม. บรรณาธิการโดย วนิดา ชนินทยุทธวงศ์ พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพ ฯ : วงศ์กมล โปรดักชั่น.

กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2543,เมษ.). สถิติสาธารณสุข : จำนวนตายตามเพศและสาเหตุ ตามบัญชีตารางโรคพื้นฐานจากบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ แก้ไขครั้งที่ 10 กับอัตราต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2539 – 2542. (Online) Avaliable in http://203.157.19.191/2542.html.

กฤษณีย์ อุทุมพร. (2541). *การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการสร้างเครื่องมือสอบมาตรฐานฝีมือนักเรียนหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพ พุทธศักราช 2538 ระบบทวิภาคี.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.

เกสรี เลิศประไพ. (2539). *ประสิทธิผลของการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินสุลิน.* วิทยานิพนธ์ วท.ม.(พยาบาลสาธารณสุข) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

ขนิษฐา หาญประสิทธิคำ. (2535). *ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่ออาการไม่สุขสบาย ภาวะอารมณ์และความพร่องในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์) กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

จรัสศรี ธีระกุลชัย. (2536). ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์) กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

จารุวรรณ จินดามงคล. (2541). *ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท.* วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลศึกษา) กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ ความสามารถในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตและความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ.* วิทยานิพนธ์ วทม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร

โฉมยง เหลาโชติ. (2537). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี..* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

ดวงกมล วัชรดูลย์. (2537). *การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

พนารัตน์ เจนจบ. (2542). *การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร

ภาวนา กีรติยุตวงศ์. (2537). *การส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้ป่วยในระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัด.* วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

ภิญโญ สาธร. (2517). *การบริหารงานบุคคล.* กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์วัฒนาพานิช.

แม้นมนา จิระจรัส (2539). *รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก.* วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

ยุพิณ ทองสวัสดิ์. (2533). *ผลของการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลเฉพาะทางและผู้ป่วยเบาหวานที่ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองต่อภาวะการควบคุมโรคและความพึงพอใจในชีวิต.* วิทยานิพนธ์. วท.ม. (พยาบาลศาสตร์) กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

รัตนชฎาวรรณ มั่นกันนาน. (2542). ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองต่อความพร่องในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโตโรคธาลัสซีเมีย วิทยานิพนธ์ พย.ม.(พยาบาลเด็ก) กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

วิลาวัล ผลพลอย. (2539). *การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินสุลิน.* วิทยานิพนธ์ พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. ถ่ายเอกสาร.

วิลาพรรณ ผลผลา. (2541). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างทักษะชีวิตด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนสตรีวิทยา 2.* ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถ่ายเอกสาร.

วิชัย ดิสสระ. (2535). *การพัฒนาหลักสูตรและการสอน.* กรุงเทพ ฯ : สุวีริยาสาส์น.

วิชัย วงษ์ใหญ่. (2540). *กระบวนทัศน์ใหม่ : การจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคคล.* นนทบุรี : SR Printing Limited Partnership.

วิจิตร ศรีสอ้าน. (2525). หน่วยที่ 6. ปรัชญากับการศึกษา. ใน *เอกสารการสอนชุดวิชา พื้นฐานการศึกษา หน่วยที่ 1 – 10.* บรรณาธิการโดย วิจิตร ศรีสอ้าน, พันทิพา อุทัยสุข, ประดินันท์ อุปรมัย และ สุมนทิพย์ บุญสมบัติ. กรุงเทพ ฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

วัลลา ตันตโยทัย. (2540). *รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินสุลิน.* ปริญญานิพนธ์ พย.ด. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2537). *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล.* กรุงเทพ ฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี. เจ. พริ้นติ้ง.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2541). *ปฏิรูปแนวคิดคนไทย : สุขภาพมิใช่โรงพยาบาล.* กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซร์ จำกัด.

สุดาพร ดำรงค์วานิช. (2537). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินสุลิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

สุวรรณี มหากายนันท์. (2538). *ผลการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลของโอเร็มต่อความผาสุก ภาวะแทรกซ้อนและจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุ.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่) กรุงเทพ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). *การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล.* ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.

อมร รักษาสัตย์ และ โสรัส สุจริตกุล. (2524). *การบริหารงานบุคลากรในประเทศไทย.* กรุงเทพ ฯ : โรงพิมพ์สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

อริศรา ชูชาติ นวรัตน์ สุวรรณผ่อง และ วิไลวรรณ โกยแก้วพริ้ง. (ม.ป.ป.) *เทคนิคการศึกษาเพื่อการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม.* กรุงเทพ ฯ : อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

Anderson, R. M. (1995,March). "Patient Empowerment and the Traditional Medical Model," *Diabetes Care.* 18 (3) : 412 – 415.

Anderson, R. M., et al. (1995,July). "Patient Empowerment : Results of a Randomized Controlled Trial," *Diabetes Care.* 18 (7) : 943 – 949.

Baski, A.K. and Cradock, S. (2000, Aug). Empowerment of People with Diabetes. (Online). Available : http://www.Baski.demon.co.uk/idfbull.html.

Benson A. and Latter S. (1998,January). "Implementing Health Promotion Nursing : The Integration of Interpersonal Skills and Health Promotion," *Journal of Advanced Nursing.* 27(1) :100 – 107.

Berger B.A, Anderson-Harper H. M. and Kavookjian J. (2000, May). *Patient Empowerment.* (Online). Available : http://pharmacy.aubum.edu/pcs/download/empower.html.

Berckman, K.L. and Austin, J.K. (1993,January - February). "Causal Attribution, Perceived Control and Adjustment in Patients with Lung Cancer," *Oncology Nursing Forum.* 20(1) : 23 – 30.

Bramlett, M.H., Gueldner, S.H. and Sowell, R.L. (1990,May) "Consumer-centric Advocacy : Its Connection to Nursing Frameworks," *Nursing Science Quarterly.* 3(3) : 156-161.

Brighton, D. (1994). *The Patient, The Oncology Nurse and Power : An Analysis of The Concepts.* (Online). Available : http://www.david-brighton.co.uk/dissertation.html.

Callery, P. and Smith, L. (1991,July). "A study of role negotiation between nurses and the parents of hospitalised children," *Journal of Advanced Nursing.* 16(7) : 772 – 781.

Carpenito, L. (1991). *Handbook of Nursing Diagnosis.* Philadelphia : J.B. Lippincott.

Chandler, G. (1991,August). "Creating an environment to empower nurses," *Nursing Management.* 22(8) : 20 – 23.

Community Work Training Organization. (2000, October.). Evaluation As Participative Learning. (Online). Available : http://www.community-work-training.org.uk/evaluation/pl2.htm.

Curtin, M. and Lubkin, I.(1998). Chapter 1. What is chronicity?. In *Chronic Illness : Impact and Interventions.* 4th edition. Edited by Lubkin, M.I. and Larson, D.P. p. 3 – 25. Massachusetts : Jones and Barlett Pub.

Dirkson, S.R. (1989,May/June). "Perceived Well-being in Malignant Melanoma Survivors," *Oncology Nursing Forum.* 16(3) : 353 – 358.

Dixon, E. (1998). Chapter 14 : Change agent. In *Chronic Illness: Impact and Interventions.* 4th ed. Edited by Lubkin,I.M. and Larsen, P.D. p : 327 – 342. Massachusetts, MA : Jones & Bartllett.

Farrant, W. (1991,March). Addressing The Contradictions : Health Promotion and Communnity Health action in the United Kingdom. *International Journal of Health Services.* 21(3) : 423 – 439.

Feste, C. (1992,July). "A Practical look at Patient Empowerment," *Diabetes Care.* 15(7) : 922 – 925.

Funnell, M.M. et al. (1991,January.). "Empowerment : An Idea Whose Time Has Come In Diabetes Education," *The Diabetes Education.* 17(1) : 37 – 41.

Hawkes,J.H. (1991,June). "Power : A concept analysis," *Journal of Advanced Nursing.* 16(6) : 754 – 762.

Hawkes, J.H. (1992,May). "Empowerment in nursing education : concept analysis and application to philosophy, learning and instruction," *Journal of Advanced Nursing.* 17(5):609 – 618.

Hawison, (1995,January). "Nurses' power in interactions with patients," *Journal of Advanced Nursing.* 21(1) : 75 – 82.

Hummel, F. (1998). Chapter 16 : Advocacy. In *Chronic Illness: Impact and Interventions.* 4th ed. Edited by Lubkin,I.M. and Larsen, P.D. p : 327 – 342. Massachusetts, MA : Jones & Bartllett.

Gibson, C.H. (1991,March). "A Concept Analysis of Empowerment," *Journal of Advanced Nursing.* 16(3) : 354 – 361.

Gibson, C. H. (1995,June). "The Process of Empowerment in Mothers of Chronically Ill Children," *Journal of Advanced Nursing.* 21(6) : 1201 – 1210.

Gilbert, T. (1995,May). Nursing : "Empowerment and The Problem of Power." *Journal of Advanced Nursing.* 21(5) : 865 – 871.

Gott, M. and O'Brien M. (1991,February). "The Role of the Nurse in Health Promotion," *Health Promotion International.* 5(2) : 137 – 143.

Good, C.V. (1973). *Dictionary of education.* 3rd. ed. NewYork: McGraw-Hill.

Iphofen R. and Poland F. (1998). *Sociology in Practice for Health Care Professionals.* London : Macmillan.

Jones, P.S. and Meleis, A.I. (1993,March). "Health is Empowerment," *Advances in Nursing Science.* 15(3) : 1 – 4.

Kiser, M., Boario, M. and Hilton, D. (1995,Novvember-December). "Thranformation for Health : A Participatory Empowerment Education Training Model in The Faith Community," *Journal of Health Education.* 26(6) : 361 – 365.

Knafl, K.A. and Deatrick, J.A. (1993). Chapter 3 : Knowledge synthesis and concept development in nursing. In *Concept Development in Nursing : Foundations, Techniques, and Applications.* Edited by Rodgers, B.I. and Knafl, K.A. Philadelphia : W.B. Saunders Co.

Kolb, David A., Rubin, Irwin M. and McIntype, James M. (1984). *Organizational Psychology : An Experiential Approach to Organizational Behavior.* 4th edition. New Jersey : Prentice – Hall.

Lindsey, E. and Hartrick, G. (1996,January). "Health Promotiing Nursing Practice : The Demise of The Nursing Process?," *Journal of Advanced Nursing.* 23(1) : 106 – 112.

Lubkin, I. (1998). *Chronic Illness : Impact and Interventions*. Massachusetts : Jones & Bartllett.

Mackintosh, N. (1995,November). "Self-empowerment in Helath Promotion : A Realistic Target ?" *British Journal of Nursing.* 4(21) : 1273 – 1278.

Malin, N.M. and Teasdale, K. (1991,April). "Caring versus Empowerment : Consideration for Nursing Practice," *Journal of Advanced Nursing.* 16(4) : 657-662.

Marascuilo, L.A. and McSweency, M. (1977). *Nonparametric and Distribution-Free Methods for the Social Sciences.* California : Wadsworth.

Miller, J.F. (1992). *Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness.* 2nd ed. Philadelphia : F.A. Davis.

Mishel, M.H. (1988,Winter). "Uncertainty in Illness," *Image: Journal of Nursing Scholarship.* 20(4) : 225 – 232.

Mishel, M.H. (1990,Winter). "Reconceptualization of Uncertainty in Illness Theory," *Image: Journal of Nursing Scholarship.* 22(4) : 256 – 262.

Orem, D.E. (1995). *Nursing : Concepts of Practice.* 5th edition. St.Louis : Mosby.

Rafael, A.R.F. (1995,Fabruary). "Advocacy and Empowerment : Dichotomous or Synchronous Concepts ?," *Advanced Nursing Science.* 18(2) : 25-32.

Rappaport, J. (1985). "The Power of Empowerment Language," *Social Policy.* 16 :15-21.

Raven BH. And Litman-Adizes T. (1986). "Interpersonal Influence and Social Power in Health Promotion," *Advances in Health Education and Promotion.* 1 : 181 – 209.

Rodwell CM. (1996,Fab). "An Analysis Concept of Empowerment," *Journal of Advanced Nursing.* 23(2) : 305 – 313.

Seligman, M.E.P. (1975). Helplessness : On Depression, Development and Death. Sanfancisco : W.H. Freeman.

Sim, J. (1991,Nov). "Nursing Research : Is There An Obligation on Subjects to Participate ?," *Journal of Advanced Nursing.* 16(11) : 1284 – 1289.

Stapleton, S. (1992). Chapter 7. Etiologies and Indicators of Powerlessness in Persons with End-stage Renal Disease. In *Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness.* 2nd ed. Edited by Miller, J.F. p. 163 - 178 Philadelphia : F.A. Davis.

Stapleton, S. (1992). Chapter 12. Decreasing Powerlessness in The Chronically Ill : A Prototypical Plan. In *Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness.* 2nd ed. Edited by Miller, J.F. p. 305 – 322. Philadelphia : F.A. Davis.

Suk Bling, Mok Suen. (1998). *A Model of Empowerment for Hong Kong Chinese Cancer Patients and The Role of Self-help Group in The Empowering Process.* Dissertation : Ph.D. (Nursing). Hong Kong : Graduate school The Hong Kong Polytechnic University. Photocopied.

Tuner, Bryan S. and Samson, C. (1996). *Medical Power and Social Knowledge.* 2nd ed. London : SAGE.

Wallerstein, N. and Bernstein, E. (1988,Winter) "Empowerment Education : Friere's Ideas Adapted to Health Education." *Health Education Quarterly.* 15(4) : 379 – 394.

Zimmerman, M.A. and Rappaport, J. (1988,May). "Citizen Participation, Percieved Control, and Psychological Empowerment." *American Journal* of community Psychology. 16(5) : 725 – 750.

Zimmerman, M.A. (1995,May). "Psychological Empowerment : Issues and Illustrations." *American Journal of community Psychology.* 23 (5) : 581-599.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ข้อมูลการศึกษาในขั้นตอน
การศึกษาและวิเคราะห์แนวคิดพลังอำนาจและการกำหนดโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ
ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

การศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจ ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย

เพื่อทำความเข้าใจถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย สิ่งสำคัญประการแรกคือ การทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ต่อสภาพการณ์ของ "พลังอำนาจและภาวะสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย" วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังอำนาจในผู้ป่วย ซึ่งสรุปได้ว่ามาจาก 2 แหล่งด้วยกัน กล่าวคือ (Gibson. 1991; Hawks. 1992; Miller. 1992; Brighton. 1994; Hewison. 1995; Gilbert. 1995; Rodwell. 1996; Suk Bling. 1998; Lubkin. 1998; Crowe. 2000; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537)

1. การรับรู้ของผู้ป่วยถึงพลังอำนาจของตนในการจัดการกับการเจ็บป่วย
2. การรับรู้ของผู้ป่วยถึงอำนาจในระบบบริการสุขภาพที่มีต่อตนเอง

สำหรับการศึกษาครั้งนี้เป็นการทำความเข้าใจต่อพลังอำนาจและภาวะสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย ตามการรับรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีจุดเน้นไปที่การรับรู้ถึงพลังอำนาจของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วย และการรับรู้ถึงอำนาจในระบบบริการสุขภาพที่มีต่อผู้ป่วย เพื่อตอบคำถามที่ว่าพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจมีอยู่จริงในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของไทยหรือไม่ และถ้าจะเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย พยาบาลจะเข้าไปดำเนินการกับอะไรและอย่างไร เนื่องจากความคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจไม่ใช่เรื่องใหม่ แต่การทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจยังดูเหมือนคลุมเครืออยู่ ดังที่คลิฟเฟอร์ (Gilbert. 1995 : 866; citing Keiffer. 1984. *Citizen empowerment : a development perspective.*) ได้กล่าวไว้ว่า "ขณะที่ความคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจปรากฏให้เห็นทั้งทางภาคทฤษฎีและปฏิบัติ แต่การนำไปประยุกต์ใช้ยังถูกจำกัดด้วยแนวคิดที่ยังคลุมเครือ" นอกจากนั้นยังมุ่งหวังว่าข้อค้นพบที่ได้นี้จะเป็นแนวทางในการกำหนดบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และช่วยให้พยาบาลเข้าใจถึงบริบทของผู้ป่วยเพื่อให้การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับการเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา

การศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Exploratory study) ด้วยการใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จะช่วยในการทำความเข้าใจในมิติที่หลากหลายของการจัดการกับการเจ็บป่วย พลังอำนาจ และการสูญเสียพลังอำนาจที่ได้จากการแสดงออกของผู้ป่วยจากประสบการณ์ การรับรู้และการแสดงออกของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทุกรายด้วยตนเอง และนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาตีความหมายและหาข้อสรุป

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ประยุกต์ขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีจุดเน้นไปที่ (1) การจัดการกับการเจ็บป่วยและผลกระทบของการเจ็บป่วย และ (2) ผลกระทบของระบบการรักษาพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย ข้อคำถามเป็นคำถามปลายเปิดแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม กล่าวคือ

1. ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อผู้ป่วย
2. การจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย
3. ผลกระทบของระบบบริการสุขภาพที่มีต่อผู้ป่วย
4. ทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบทบาทของพยาบาล และการเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลให้กับผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทุกรายจะถูกบันทึกไว้ในเครื่องบันทึกแถบเสียง และนำมาถอดเทปคำสัมภาษณ์เพื่อค้นหาความหมาย กระบวนการในการวิเคราะห์คำสัมภาษณ์ประกอบด้วยขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. คำสัมภาษณ์ของผู้ป่วยจะได้รับการอ่านทบทวนจนกระทั่งสามารถที่จะทำความเข้าใจได้ถึงความหมาย
2. คำสัมภาษณ์จะได้รับการตรวจสอบเพื่อค้นหาข้อความสำคัญ (Significant Statements) จากนั้นนำมาจัดกลุ่ม (Categories) เพื่อนำมาสรุปเป็นประเด็นข้อค้นพบ (Themes)

การให้ความหมายของพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจ

ในการตีความหมายจากคำให้สัมภาษณ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากการศึกษาของมิลเลอร์ (Miller. 1992 : 68 – 71) ที่ได้อธิบายคุณลักษณะของการสูญเสียพลังอำนาจจากการวินิจฉัยทางการพยาบาลเกี่ยวกับการสูญเสียพลังอำนาจ จากการที่นักศึกษาพยาบาลระดับบัณฑิตศึกษาจำนวน 27 คน ทำการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังจำนวน 81 ราย เป็นเกณฑ์ในการจัดกลุ่มของการสูญเสียพลังอำนาจและการมีพลังอำนาจ โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ถึงผลของการเจ็บป่วยที่มีต่อตนเอง
2. ผลของการเจ็บป่วยต่อบทบาทหน้าที่
3. การแสดงออกถึงการควบคุมต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการเจ็บป่วย
4. การแสดงออกถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตน
5. การแสดงออกถึงการรับผิดชอบที่จะดูแลสุขภาพตนเอง
6. การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น
7. ความรู้สึกต่อการนับถือตนเอง

โดยการรับรู้ถึงการมีพลังอำนาจจะแสดงออกในทางบวก และในทางกลับกันการสูญเสียพลังอำนาจจะแสดงออกในทางลบต่อเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจเบื้องต้นเกี่ยวกับพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทยที่มีความจำกัดในเรื่องของบริบททางด้านวัฒนธรรมที่ทำการศึกษา การนำข้อค้นพบไปใช้ในบริบททางวัฒนธรรมที่แตกต่างไปจากนี้จะต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

คุณลักษณะของผู้ให้สัมภาษณ์

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มารับบริการตรวจรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์พระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี และโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 12 คน เป็นเพศชาย 5 คน และเพศหญิง 7 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่

ระหว่าง 61 – 70 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คู่ มี 2 คนที่เป็นโสด และ 2 คนเป็นม่าย ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่ของผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน นอกนั้นมีอาชีพรับราชการ ค้าขาย ทำสวน และรับจ้าง ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ส่วนอีก 4 คน จบชั้นมัธยมศึกษา ข้อมูลคุณลักษณะของผู้ให้สัมภาษณ์ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่ทำการศึกษา

1.	เพศ	ชาย	5
		หญิง	7
2.	อายุ	30 – 40 ปี	2
		41 – 50 ปี	-
		51 – 60 ปี	3
		61 – 70 ปี	5
		71 – 80 ปี	2
3.	ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	8
		มัธยมศึกษา	4
4.	สถานภาพสมรส	โสด	2
		คู่	8
		ม่าย	2
5.	การนับถือศาสนา	พุทธ	12
6.	อาชีพ	รับราชการ	2
		ทำสวน	1
		แม่บ้าน/ไม่ประกอบอาชีพ	5
		ค้าขาย	3
		รับจ้าง	1
7.	โรคที่เป็น	COPD	1
		SVT with Amputated right leg	1
		AF	1
		DM	4
		DM with HT	1
		DM with CRF, CHF, CVA	1

ตาราง 1 (ต่อ)

7. โรคที่เป็น (ต่อ)	UGI Bleeding with Cirrhosis	1
	HT with Spondylosis	1
	CVA	1

การสรุปข้อค้นพบ

ข้อความสำคัญ (Significant Statements) ที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่บอกเล่าถึงประสบการณ์ความรู้สึก ความคิดเห็นที่คล้ายคลึงกันจะถูกนำมาจัดอยู่ภายใต้กลุ่มเดียวกัน (Categories) และแต่ละกลุ่มที่มีความสอดคล้องกันจะถูกนำมาจัดให้อยู่ภายใต้ประเด็น (Themes) เดียวกัน ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างที่หลากหลายเกี่ยวกับประสบการณ์และการรับรู้ของผู้ป่วยในเรื่องนั้น ๆ ข้อความสำคัญที่ถูกนำมาอ้างอิงถึงมีทั้งที่นำมาบางส่วนและนำเสนอทั้งประโยค เช่นเดียวกับในบางประโยคอาจถูกนำไปจัดกลุ่มที่มากกว่าหนึ่งประเด็น ประเด็นหลักที่ได้จากการวิเคราะห์คำสัมภาษณ์ผู้ป่วยประกอบด้วย

1. ทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วยและการจัดการกับการเจ็บป่วย
2. พลังอำนาจในผู้ป่วย
3. การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย
4. การรับรู้ถึงบทบาทของพยาบาล

1. ทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วยและการจัดการกับการเจ็บป่วย

การเจ็บป่วย (Illness) คือการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วยแต่ละราย แพทย์สามารถวินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยเป็นโรค (Disease) อะไร แต่สำหรับประสบการณ์การเจ็บป่วยนั้นถือว่าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยแต่ละรายที่ไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กับสภาวะของโรคที่เป็นอยู่ในขณะนั้น สำหรับการเจ็บป่วยเรื้อรังแบบแผนของโรคเริ่มที่พยาธิสภาพ และตามด้วยสภาวะของโรคที่แย่ลงหรืออาจสิ้นสุดที่การเจ็บป่วยทางกายที่คงที่หรือตาย แต่สำหรับผู้ป่วยแล้ววงจรของการเจ็บป่วยขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยแต่ละคนจะจัดการกับการเจ็บป่วยของตนอย่างไร ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติตามแผนการรักษา การปรับตัวให้เข้ากับข้อจำกัด และการที่ต้องมีชีวิตอยู่กับการที่ต้องแยกตัวออกจากสังคมอันเป็นผลเนื่องมาจากการเจ็บป่วย (White and Lubkin. 1998 : 59)

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สรุปทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วยและการจัดการกับการเจ็บป่วยออกเป็น 3 ประเด็นได้แก่

1. การให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วย
2. การจัดการกับการเจ็บป่วย
3. ความรู้สึกมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล

โดยมีรายละเอียดในแต่ละประเด็นของข้อค้นพบดังนี้

1.1 การให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วย

การให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพของตนเอง เจ้าหน้าที่สุขภาพมีบทบาทในการให้การรักษา ให้ข้อมูล ความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพ เอื้ออำนวยทรัพยากรที่มีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย แต่สิ่งเหล่านี้จะเกิดผล

สัมฤทธิ์ต่อสุขภาพของผู้ป่วยได้ขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยจะนำเอาไปปฏิบัติมากน้อยแค่ไหนเพียงใด การให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการแสดงออกถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย พบว่าการให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยขึ้นกับการรับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกาย และการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

1.1.1 การรับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกาย จากการศึกษาพบว่าการให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกาย รวมถึงการที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงผลของการเจ็บป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้นถ้าได้รับการรักษาหรือควบคุมได้ไม่ดีพอ ตัวอย่างข้อสัมภาษณ์ที่นำมาเสนอแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อโรคและการให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย "ก็ต้องคอยมารักษา ต้องคอยดูแลตนเอง ถ้าเรารู้สึกว่าเป็นเราก็ต้องหยุดทำงาน แล้วรีบนอนพัก หมอนัดก็ต้องมา ไปดันทุรังไม่ได้ เดี๋ยวขึ้น 200 จะเวียนหัวแล้วมาไม่ได้ กลัวล้มไปอะไรอย่างนี้" "ช่วงก่อนหน้านี้ทานเหล้ามาก จนหมอตำรวจเขามาตรวจร่างกายประจำปี เขาบอกว่าตาบเริ่มมีเบาหวานแล้วน่ะ ตอนนั้นก็ไม่เชื่อเพราะเห็นยังอ้วนอยู่ ร่างกายสมบูรณ์อยู่ พอมีอาการเพลียผมก็มาหาหมอ หมอเขาก็แนะนำเขาก็บอก ก็เชื่อบ้างไม่เชื่อบ้าง" "ตอนนั้นอายุยังน้อย ยังมองว่าเป็นเรื่องไกลตัว" การให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยมีผลต่อความใส่ใจของผู้ป่วย ดังที่ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า "เป็นแผลนิดหนึ่งก็ไม่ได้สนใจ ยังเดินได้ ใส่ยาบ้างนิดหน่อย แล้วก็ลามขึ้น"

1.1.2 การรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ป่วยที่ให้สัมภาษณ์รายหนึ่งมองว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องของกรรมพันธุ์หลีกเลี่ยงไม่ได้ "ความดันเนี่ยะเป็นกรรมพันธุ์ เพราะเตี่ยเป็นลูก ๆ ก็ได้รับหลายคน เป็นก็ต้องรักษากันไป" และในผู้ป่วยที่สูงอายุจะมองว่าเรื่องการเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิต "ก็ไม่รู้สึกยังไง ก็รู้สึกเหนื่อย ไม่กลัวหรอก เขาเป็นกันเยอะ คงไปทำงานเหนื่อยแล้วก็หอบแล้วก็ตาย ไอ้ลูกฉันตื่นเต้นไปซื้อออกซิเจนไว้ที่บ้าน กลัวแม่มาไม่ทันหมอ"

1.2 การจัดการกับการเจ็บป่วย

การจัดการกับการเจ็บป่วย คือพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลที่ตอบสนองต่ออาการเจ็บป่วย อันเกิดจากการประเมินของบุคคลต่อสภาวะของตนและความต้องการการรักษาพยาบาล (Lewis and Lubkin. 1998 : 78 ; citing Wu. 1973. *Behavior and illness.*) ซึ่งการรับรู้ถึงอาการเจ็บป่วย การที่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตนเพื่อจัดการกับการเจ็บป่วยก็แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล (Lewis and Lubkin. 1998 : 78 ; citing Mechanic. 1961. *The concept of illness behavior.*) มิลเลอร์ (Miller. 1992 : 20) ได้ให้คำจำกัดความของการจัดการกับการเจ็บป่วยว่า คือ การจัดการกับสถานการณ์ที่มีผลต่อบุคคล เพื่อแก้ไขความรู้สึกไม่สบาย เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความรู้สึกขมขื่นและความรู้สึกผิด ปัญหาที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายเหล่านี้ มิลเลอร์เรียกว่า งานที่ต้องจัดการหรือภาระที่ต้องจัดการ (Coping Tasks) ภาระที่ต้องจัดการอันเกิดจากสิ่งเร้าภายนอก เช่นการจัดการกับความเจ็บปวด การผ่าตัด ความตาย ส่วนภาระที่ต้องจัดการอันเกิดจากสิ่งเร้าภายใน อันเป็นปรากฏการณ์ทางจิต เช่น การสูญเสียภาพลักษณ์ การรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของหน้าที่และความโกรธ กลวิธีในการจัดการเป็นเทคนิคเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่จะเลือกจัดการกับการเจ็บป่วยและผลกระทบของการเจ็บป่วย นอกจากนั้นปัจจัยทางด้านวัฒนธรรมทางสังคม สภาวะทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา และโครงสร้างของครอบครัวก็ส่งผลต่อการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน (Lewis and Lubkin. 1998 : 78 ; citing Helman. 1990. *Culture, health and illness : An introduction for health professionals.*)

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงวิธีของการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ทำการศึกษา แบ่งได้เป็น การจัดการกับการเจ็บป่วยตามแผนการรักษาและคำแนะนำที่ได้รับ การจัดการกับการเจ็บป่วยด้วยการแสวงหาความรู้ ทักษะและการรักษาทางเลือกอื่น และการดูแลสุขภาพตนเอง

1.2.1 การจัดการกับการเจ็บป่วยตามแผนการรักษาและคำแนะนำที่ได้รับ

ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการรับประทานยาเป็นอันดับแรก ซึ่งอาจเกิดจากความเชื่อที่ว่ายาสามารถที่จะควบคุมหรือทำให้อาการของโรคทุเลาลงได้ จึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด "ขึ้นกับยามากกว่า พอเป็นก็รีบกินยาอะไรอย่างนี้ แต่ขนาดยากินอยู่ก็ยังขึ้นได้ คงเกิดจากความเครียดมั้งค่ะบางทีก็เกิดจากความเหนื่อยของเราจากการทำงาน แต่ยาก็ต้องใช้ด้วย คือทานไปแล้วมันจะสบายใจว่าได้ทานยาแล้ว ถ้าไม่ทานมันจะหงุดหงิดไม่รู้จะเป็นอย่างไร กลัวจะเป็นมากๆอะไรอย่างนี้ ส่วนมากจะกลัวไปก่อน" "ทานยาให้ครบตามที่หมอสั่งและคอยควบคุมน้ำหนัก" การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคจะเป็นสิ่งที่ดูเหมือนจะสำคัญรองลงมา สิ่งที่ยืนยันความคิดนี้แสดงให้เห็นจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเบาหวานรายหนึ่งว่า "ช่วงไม่มียากิน ก็คุมเอาเอง พยายามไม่ทานของหวานอะไรอย่างนี้"

สำหรับการจัดการกับการเจ็บป่วยตามคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพ จากการศึกษาพบว่าขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ดังนี้

1.2.1.1 ขึ้นกับการรับรู้ถึงสภาพของร่างกายในขณะนั้น "ช่วงก่อนหน้านี้ทานเหล้ามากจนหมอตำรวจเขามาตรวจร่างกายประจำปี เขาบอกว่าดาบเริ่มมีเบาหวานแล้วน่ะ ตอนนั้นก็ไม่เชื่อเพราะเห็นยังอ้วนอยู่ ร่างกายสมบูรณ์อยู่ พอมีอาการเพลียผมก็มาหาหมอ หมอเขาก็แนะนำเขาก็บอก ก็เชื่อบ้างไม่เชื่อบ้าง" "ถ้าไม่สบายถึงที่สุดแล้วจะไม่ยอมมา(โรงพยาบาล)...มันกลัวครับ กลัวยุ่งยาก...มันไม่ไหวก็ต้องมา มันหมดแรงอะไรอย่างงี้ ไม่ค่อยมีแรง ใจคอมันห่อเหี่ยว ก็ต้องมา"

1.2.1.2 ขึ้นกับการเรียนรู้ถึงผลของการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ความเคร่งครัดของการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมอาการของโรคนั้น ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกายเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ "ปฏิบัติครับ(ตามที่แพทย์แนะนำ) บางทีก็ลืมบางทีนึกได้ บางทีก็หยุด แต่ถ้างงก็ไม่เอาแล้ว" "ก็เลือก ของที่กินแล้วเวียนหัวตาพร่าอย่างงี้ไม่กินมันจะมีอาการขึ้น....ก็ต้องพักผ่อนบ้าง ถ้าไปคิดอะไรแปลก ๆ มันก็จะทำให้งงขึ้น ถ้าไม่คิดอะไรมันก็เฉย ๆ" "ไม่ให้น้ำหนักมาก น้ำหนักมากไม่ดี โรคมันจะแทรกซ้อน แล้วก็อย่านอนดึก" "ความดันนี่นะ ไม่กินข้าวมาก กินน้อย ๆ อย่าคิดอะไรมาก มันขึ้น ความดันอยู่ธรรมดานี่ต้องบังคับของกินเหมือนกัน คิดอะไรมากก็เครียด ไม่ต้องคิดทุกอย่างไปแหละฉัน...เมื่อก่อนของเผ็ด ของเค็มนี่ชอบจริง ๆ เดี๋ยวนี้กินไม่ได้ กินแบบเหมือนเด็ก กินเผ็ดกินอะไรแล้วมันขึ้น"

1.2.1.3 ขึ้นกับความใส่ใจของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วย แม้ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อร่างกายจะเป็นสิ่งเร้าให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาและคำแนะนำที่ได้รับ แต่อีกปัจจัยหนึ่งที่พบจากการศึกษาครั้งนี้ คือ ความใส่ใจของผู้ป่วยและความเข้าใจต่อโรคที่เป็นอยู่มีอิทธิพลต่อการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคหอบหืดรายหนึ่งได้แสดงทัศนะที่มีต่อการจัดการกับการเจ็บป่วยของตนว่า "ก็จัดการ หนึ่งต้องทานอาหารตามเวลา ทานยาตามหมอสั่งและพยายามที่ว่าเรารู้ว่าเราแพ้อากาศอะไร พยายามที่จะหลบเลี่ยงจนสุดความสามารถ.....ผมยังแสวงหาคล้ายๆกับว่าพวกสมุนไพรอะไรที่เขาว่ามันดี ผมก็ซื้อมากิน....มันก็ดีพอสมควร ผมซื้อมาผมก็กินควบกับยาของโรงพยาบาลไปเลย เพราะยาโรงพยาบาลผมก็กินตามหมอสั่งบางทีมันก็ดีเหมือนกัน หน้านี้เราเคยเข้าสองเดือนมาเข้าครั้งหนึ่งก็เว้นระยะมา 4 เดือน 5 เดือนมาเข้า เออยาสมุนไพรนี่ก็ช่วยได้เหมือนกัน แต่ผลมันอาจจะช้ากว่ายาฝรั่ง.....เราต้องดูแลตัวของเรา

ก่อนเป็นอันดับแรก พันความสามารถเราถึงจะต้องอาศัยโรงพยาบาล .....ถ้าเราคิดอย่างนี้เราก็ไม่ต้องอยู่บ้านใช่ไหมครับ เราก็คิดแต่จะมาแต่โรงพยาบาล เราก็ต้องคิดที่จะควบคุมตัวเราเองก่อน มันไม่ไหวแล้วถึงจะมาโรงพยาบาล ถ้าคิดอย่างงั้นทุกคนโรงพยาบาลก็แย่ใช่ไหม" ผู้ป่วยเบาหวานสองรายได้กล่าวถึงการจัดการกับการเจ็บป่วยของตนว่า "เช้าขึ้นมาก็ทานยาเบาหวาน.....ปวดศรีษะก็ทานยาทัมใจ แล้วก็แช่เท้าในน้ำอุ่นทุกเช้า เพราะมันชาบางวันเดินไม่ได้เลย หมอก็แนะนำให้แช่น้ำอุ่นจะได้ดีขึ้น แล้วก็มีทานยาหม้อ น้องสาวเอามาให้จากอีสาน เขาว่ารักษาเบาหวาน" ผู้ป่วยเบาหวานอีกรายเล่าว่า "ก็คุมอาหาร กินน้อย ๆ ไม่กินมาก ของที่หวานจัดก็ไม่กิน กินแต่ของที่หวานน้อย ๆ ข้าวบางมื้อก็กินมาก บางมื้อก็กินน้อย นึกถึงเบาหวานก็กินน้อย ถ้าลืมก็กินมาก.....เวลามีอะไรขึ้นมาก็ถามหมอ หมอก็บอกว่าให้คุมอย่างนั้น ๆ ถ้ามีอะไรผมก็ถามหมอ...อย่างเช่นผมถามว่า ทำไมมันงง ทำไมมันพร่า หมอก็บอกว่าเปลี่ยนยา ยาแกเปลี่ยนเรื่อย ๆ ครับ" นอกจากนั้นผู้ป่วยรายนี้ได้แสดงให้เห็นถึงความช่างสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายของตนและรู้จักนำมาใช้กับการเจ็บป่วยของตน "ถ้ากินเข้าไปแล้วเซ่อ งง นัยตาพร่าผมไม่เอาแล้ว หยุด....เวลาหมอเขาว่าใคร ผมจำไว้ เวลาเขาเป็นมาก ๆ เขาว่าป้ายังงั้นลุงอย่างงี้ ไม่ดีอย่างนี้ผมก็นั่งฟัง..ผมก็จำไว้ไปใช้" ในผู้ป่วยที่ให้สัมภาษณ์บางรายได้เล่าถึงการจัดการกับการเจ็บป่วยของตัวเองว่า "ก็ต้องพึ่งหมอก่อน...ไม่ได้ดูแลตนเองเลย ปล่อยเลย" "ไม่จัดการอะไรเลย ก็อยู่มันไปอย่างนี้ ไม่รู้จะจัดการอะไร เป็นอะไรก็เป็นไป ถ้าไหวก็ทำไป ถ้าไม่ไหวลูกเขาก็ดูไป"

1.2.2 การจัดการกับการเจ็บป่วยด้วยการแสวงหาความรู้ ทักษะ และการรักษาทางเลือกอื่น

1.2.2.1 การแสวงหาความรู้และทักษะ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า โดยธรรมชาติแล้วผู้ป่วยก็มีการแสวงหาข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน ข้อมูลที่นำเสนอแสดงให้เห็นถึงรูปแบบของผู้ป่วยในการแสวงหาความรู้ "ชอบคุยกัน เพื่อน ๆ กันตามร้านค้า คนรู้จักเยอะ พวกที่มาซื้อขนมคุยกันไปคุยกันมา ส่วนมากจะคนรอบข้าง เขาทำอย่างไรเขาก็บอก" "ผมฟังทางวิทยุก็มี...ผมไม่เคยโทรไปถามแต่ฟังของคนอื่นที่เขาถาม อันไหนเทียบเคียงกับเราได้ก็เอามาใช้" "ก็อ่านจากหนังสือดู...ที่วางแจก ๆ อยู่ คนที่เป็นเบาหวานถ้าน้ำตาลลดจะทำอย่างไร" "เวลาหมอเขาว่าใคร ผมก็จำไว้ เวลาเขาเป็นมาก ๆ เขาว่าป้ายังงั้นลุงอย่างงี้ ไม่ดีอย่างนี้ผมก็นั่งฟัง....ผมก็จำไว้ไปใช้" "ชอบฟังโทรทัศน์ วิทยุ อ่านหนังสือ แต่อ่านหนังสือตอนนี้ตาไม่ค่อยดี"

1.2.2.2 การแสวงหาการรักษาทางเลือกอื่น ผู้ป่วยที่ให้สัมภาษณ์หลายรายมีการแสวงหาการรักษาทางอื่นนอกเหนือจากที่ได้รับจากโรงพยาบาล ซึ่งให้ผลในการรักษาที่ดีบ้าง ไม่เกิดผลต่อการเจ็บป่วยบ้าง แต่ก็เป็นสิ่งหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงความใส่ใจต่อการเจ็บป่วยของตน "หาหลายทาง นี่อัมพฤกษ์ที่ดีได้เพราะรักษาหมอที่กบินทร์ หมอ....แกเป็นหมอชาวบ้าน ฉีดยาเข้าเส้นตรงขา แล้วดีขึ้น มีคนไปรักษากันเยอะโรคแบบนี้ ให้ยามากินอาทิตย์หนึ่ง ฉีดยาเข็มหนึ่ง 300 แล้วก็ยาหม้อ ๆ หนึ่ง ยาหม้อนี่รู้ว่าเป็นยาขับถ่าย แล้วก็พามานวดที่โรงพยาบาล แล้วก็ไปอบสมุนไพรที่อนามัย" "ก็มีทานยาหม้อ น้องสาวเอามาให้จากอีสาน เขาว่ารักษาเบาหวาน" "ผมยังแสวงหาคล้าย ๆกับว่าพวกสมุนไพรอะไรที่เขาว่ามันดี ผมก็ซื้อมากิน....มันก็ดีพอสมควร ผมซื้อมาผมก็กินควบกับยาของโรงพยาบาลไปเลย เพราะยาโรงพยาบาลผมก็กินตามหมอสั่งบางทีมันก็ดีเหมือนกัน หน้านี้เราเคยเข้าสองเดือนมาเข้าครั้งหนึ่งก็เว้นระยะมา 4 เดือน 5 เดือนมาเข้า เออยาสมุนไพรนี่ก็ช่วยได้เหมือนกัน แต่ผลมันอาจจะช้ากว่ายาฝรั่ง" "ก็เคยรักษาหมอน้ำมนต์ หมอแมะบ้างก็ไม่ค่อยดีขึ้น"

1.2.3 การดูแลสุขภาพของตนเอง

ถึงแม้ผู้ป่วยจะเชื่อในเจ้าหน้าที่สุขภาพ บางครั้งก็พบว่าผู้ป่วยบางรายก็มิได้ปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างเคร่งครัด แม้จะรู้ว่าจะส่งผลดีต่อสุขภาพ สืบเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยยังไม่เกิดความรู้สึกที่จะควบคุมหรือปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างแท้จริง ผู้ป่วยโรคตับแข็งรายหนึ่งได้กล่าวถึงความรู้สึกของตนถึงสาเหตุที่ไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองตามคำแนะนำของแพทย์ว่า "ตอนนั้นอายุยังน้อย ยังมองว่าเป็นเรื่องไกลตัว...อาจเป็นเพราะใจก็ไม่อยากที่จะเลิกด้วย...ยังไงก็ได้ ไปยังไงก็ได้ มันตัวของเราเอง ไม่มีใครบังคับ" ผู้ป่วยชายรายหนึ่งป่วยด้วยโรคเส้นเลือดในสมองรั่ว แพทย์ได้แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ แต่ถึงกระนั้นผู้ป่วยก็ยังไม่ได้เลิกสูบในทันที "ก็ผมก็ยังสูบมาเรื่อย ๆ พอต่อมาแก(แพทย์ที่รักษา) เห็นบุหรี่ในกระเป๋าเสื้อผม แกบอกว่า แน๊ะผมขอร้องคุณ คุณยังสูบอยู่อีกหรือ ไม่ต้องสูบดูสิว่ามันจะเป็นยังไง ผมก็เลยเลิก เลิกเพราะอาจารย์แกเรียกไปบอกว่าคุณเลิกเสียเถอะ มันไม่มีประโยชน์ ให้แต่โทษ ไม่มีคุณอะไรเลย" เมื่อถามถึงเหตุผลที่ในครั้งแรกผู้ป่วยยังเลิกสูบบุหรี่ยังไม่ได้ทั้งที่ทราบว่าไม่ดีต่อสุขภาพ ผู้ป่วยกล่าวว่า "ตอนนั้นที่ยังทิ้งไม่ได้ ก็เคยบอกว่าจะค่อย ๆ ผ่อนไป แก(แพทย์)บอกไม่ต้องผ่อนเลิกไปเลย ผมก็เลยหยุดเลย...มันก็ท้อเหมือนกัน ผมก็อดเอา มานึกถึงอาจารย์"

ในผู้ป่วยที่ต้องควบคุมอาหาร เช่น ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการที่ต้องควบคุมอาหาร แต่ก็มักพบว่าบ่อยครั้งที่ไม่สามารถทำได้จนเกิดอาการผิดปกติและบางครั้งอาการหนักจนถึงต้องมานอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยเหล่านี้ให้เหตุผลว่า "นึกถึงเบาหวานก็กินน้อย ถ้าลืมก็กินมาก" "แหมกินอะไรไปก็ไม่รู้ฉันลืม พอหมอว่าเข้าก็ลดลงไม่กิน" ในผู้ป่วยบางรายมองการควบคุมอาหารเป็นความลำบากอย่างหนึ่ง โดยกล่าวว่า "ก็คงจะเป็นเรื่องอาหาร เพราะเป็นคนชอบของหวาน" ข้อสังเกตประการหนึ่งก็คือ การที่ผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเคร่งครัด ปัจจัยหนึ่งเกิดจากความเชื่อที่ว่ายาเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยควบคุมโรคได้ "สำคัญยา ครับ" "ขึ้นอยู่กับตัวเราเองด้วย แต่ขึ้นกับยามากกว่า พอเป็นก็รีบกินยาอะไรอย่างนี้ แต่ขนาดยากินอยู่ก็ยังขึ้นได้ (ความดัน) คงเกิดจากความเครียด แต่ยาก็ต้องใช้ช่วยด้วย คือทานไปแล้วมันจะสบายใจว่าได้ทานไปแล้ว ถ้าไม่ทานมันจะหงุดหงิด"

การควบคุมที่ผู้ป่วยตั้งใจทำอย่างเต็มที่ มักพบในผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบของการเจ็บป่วยที่รุนแรงอย่างชัดเจน เช่นในรายผู้ป่วยหญิงที่ป่วยเป็นโรคข้อเสื่อมจะหยุดพักก็ต่อเมื่อไม่ไหวจริง ๆ "ก็เป็นมากก็ไม่ทำ ก็บอกหลานว่าไม่ทำขอพักก่อนทำไม่ไหว" ผู้ป่วยชายป่วยด้วยโรคเบาหวานและมีไขมันในเส้นเลือดสูง ได้กล่าวถึงการเลือกรับประทานอาหารว่า "นึกถึงเบาหวานก็ทานน้อยถ้าลืมก็กินมาก....ถ้ากินเข้าไปแล้วเซ่อ งง นัยตาพร่าผมไม่เอาแล้ว หยุด" ผู้ป่วยชายรายหนึ่งป่วยด้วยโรคตับแข็งมานานหลายปี แพทย์เคยแนะนำให้งดเหล้า แล้วออกกำลังกาย ผู้ป่วยก็ทำได้บ้าง ณ วันนี้ผู้ป่วยมีอาการอาเจียนเป็นเลือด ความทรมานในช่วงเวลาที่เจ็บป่วยในครั้งนี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดที่จะปรับเปลี่ยน "งดเลิกเหล้า ทำร่างกายให้แข็งแรงช่วยภรรยา" เมื่อถามถึงเหตุผลที่ทำไมในอดีตถึงไม่ทำตามที่แพทย์แนะนำ ก็ได้รับคำตอบว่า "ตอนนั้นอายุยังน้อย ยังมองว่าเป็นเรื่องไกลตัว...อาจเป็นเพราะใจก็ไม่อยากเลิกด้วย"

ข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นว่าถึงแม้ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรค รู้ว่าจะทำอย่างไรจึงจะควบคุมโรคได้ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ แต่ปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนคือ ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากพอที่จะทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยน ซึ่งคงไม่ใช่สิ่งที่พึงปรารถนาของทั้งเจ้าหน้าที่สุขภาพและผู้ป่วย สิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อสุขภาพที่พบในการศึกษาครั้งนี้คือ การเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่คอย

ย้ำเตือนด้วยความห่วงใย และการที่ผู้ป่วยคำนึงถึงบุคคลสำคัญที่มีความหมายหรืออิทธิพลต่อตัวผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ก็คือครอบครัว

1.3 ความรู้สึกมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล

เมื่อสอบถามความรู้สึกถึงความต้องการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นว่าเรื่องการรักษาพยาบาลและการเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ของแพทย์ ผู้ป่วยมีหน้าที่เพียงการปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ก็พอ "เป็นหน้าที่ของหมอ...แค่นี้ก็ดีแล้ว ทำตามที่หมอบอกก็พอแล้ว" "ก็เรามาหาหมอก็ต้องเชื่อหมอ ถ้าไม่เชื่อหมอแล้วจะไปเชื่อใคร....เราไม่รู้เป็นอะไร มายังไงเราไม่รู้ แต่หมอรู้ว่าเป็นยังงั้นไปยังงั้นไปรั้นหมอไม่ได้ ต้องเชื่อ"

ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับความคิดเห็นของ สเตปลีตัน (Stepleton. 1992) ที่กล่าวว่าในฐานะผู้ป่วย เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียการควบคุมตนเองโดยอัตโนมัติ การตัดสินใจต่าง ๆ ถูกกำหนดขึ้นเพื่อผู้ป่วย ผลการกระทำต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในฐานะของผู้ถูกกระทำตามคำชี้แนะโดยปราศจากข้อสงสัย ผู้ป่วยจึงมักมีความรู้สึกว่าข้อมูลไม่มีความหมาย ไม่ตั้งคำถามแม้จะไม่เข้าใจว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพจะจัดการกับการเจ็บป่วยของตนอย่างไร "บางทีเป็นอะไรก็ถาม หมอเฉย ๆ ยาก็ไม่จัด คงไม่รุนแรงอะไรมั้ง"

2. พลังอำนาจในผู้ป่วย

ถึงแม้ว่าการเจ็บป่วย และระบบบริการรักษาพยาบาลจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย แต่ในขณะเดียวกัน ระบบบริการรักษาพยาบาล การได้รับการสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อม รวมถึงปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเองก็มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจ ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์พบปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจในการที่จะจัดการกับการเจ็บป่วยของตน ได้แก่

2.1 แรงจูงใจ
2.2 ความหวัง
2.3 การได้รับการสนับสนุนจากผู้อื่น
2.4 การมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง
2.5 พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ
2.6 การมีทัศนคติทางบวกต่อโรคที่เป็นอยู่
2.7 การยอมรับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้

2.1 แรงจูงใจ

ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แรงจูงใจมีความสำคัญในการเพิ่มศักยภาพ ส่งเสริมบทบาททางสังคมและการทำงาน รวมทั้งพัฒนาความเชื่อมั่นในตนที่จะกล้าเสี่ยง แรงจูงใจมีส่วนช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ และมีส่วนร่วมในการรักษา (Miller. 1992 : 13) การขาดแรงจูงใจทำให้ผู้ป่วยรีรอที่จะลงมือกระทำการใด ๆ เพื่อตนเอง (Miller. 1992 : 51) ผลการศึกษาของซุค บลิง (Suk Bling. 1998 : 104) พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งชาวจีนสูญเสียพลังอำนาจ คือ การขาดแรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่ อันเกิดจากความรู้สึกว่าตนเองขาดคนที่จะให้ความรักและสนับสนุนให้มีชีวิตอยู่ต่อไป เมื่อผู้ป่วยขาดการสนับสนุนทางด้านจิตใจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหมดหวัง

สำหรับในผู้ป่วยโรคเรื้อรังไทย จากการศึกษาพบว่า สิ่งที่เป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่และต่อสู้กับความยากลำบากและความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ได้แก่ การรับรู้ถึงความรับผิดชอบและการมีเป้าหมายในชีวิต และความเชื่อในศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์

2.1.1 การรับรู้ถึงความรับผิดชอบและการมีเป้าหมายในชีวิต เป้าหมายในชีวิตเกิดจากการที่บุคคลมีความเข้มแข็งและแรงจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อไปสู่เป้าหมายโดยพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ตนเองได้รับสิ่งที่ดีที่สุดแม้ว่าจะมีอุปสรรค (Suk Bling. 1998) การมีเป้าหมายในชีวิตและการรับรู้ถึงความรับผิดชอบที่มีต่อตนเองหรือบุคคลสำคัญ เป็นแรงจูงใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยอดทน มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับการเจ็บป่วย รวมถึงความพยายามที่จะปรับปรุงตัวเอง ผู้ป่วยที่มีครอบครัวแล้ว สิ่งจูงใจเพื่อมีชีวิตอยู่คือลูกหลาน "อยู่เพื่อลูกเพื่อหลาน" "ตอนนี้อยู่เพื่อทำให้ลูกมัน" "อยากจะปรับปรุงตัวเองให้ดีขึ้น หายไปคราวนี้ต้องปรับปรุงตัวให้ดีขึ้น...งดเลิกเหล้า ทำร่างกายให้แข็งแรง ทำงานช่วยภรรยา....เพื่อลูกเพื่อหลาน ทำให้เขาลำบากมาก" "ก็เพื่อลูก 2 คน อายุ 10 กว่าขวบ ยังเล็กอยู่...ผมต่อสู้จริง ๆ เจ็บป่วยแค่ไหนผมก็ทนเอาเพื่อลูกเพื่อครอบครัว"

2.1.2 ความเชื่อในศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้ป่วยใช้เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ถือได้ว่าเป็นแหล่งของพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วย ความเชื่อในศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความเข้มแข็งที่จะต่อสู้กับการเจ็บป่วยที่มีอยู่ "มาคิดถึงเวรกรรมมาประกอบกันด้วย ผมก็พยายามทำบุญทำทาน มันก็เป็นอีกทางที่ทำให้ใจสะอาด มีกำลังใจดี ผมตอนป่วยวิ่งรถมาหาอาจารย์ วัดไหนเขาทำบุญเรี่ยไรทอดกฐิน ผมบอกให้หลานชายแวะเข้าทำบุญ มีกุศลอยู่อย่างเหมือนกันคล้าย ๆ คุ้มครองน่ะ เจอหลวงพ่อพระพุทธรูปอยู่ข้างทางแวะทำบุญเรื่อย ๆ เดี๋ยวนี้มันทำให้กำลังใจเราดีไม่ท้อแท้" "ฉันเป็นคนทำใจได้ ไม่ส่งผลเพราะภูมิใจที่มีลูกดี ลูกบุญธรรมดี.. ไม่เสียใจ เรานึกว่าเรามีกรรมเราก็สู้ไป แต่บุญกุศลก็ยังส่งลูกมาให้เพราะเราไม่แต่งงาน" "ก็นึกถึงคุณพระคุณเจ้า สวดมนต์ทุกคืน ขอพรพระ ลูกทำมาแค่ไหนก็ไปแค่นั้น ทำใจให้สนุกอย่าคิดกังวลเรื่องของคนอื่น" การใช้ความเชื่อทางศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่จะช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยนั้น จะต้องทำให้ผู้ป่วยสร้างการตัดสินใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับชีวิตและลดความวิตกกังวลอันเนื่องมาจากผลของการเจ็บป่วย อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นว่าทุกสิ่งสามารถควบคุมได้แม้จะมีความไม่แน่นอน ในทางกลับกันถ้าผู้ป่วยใช้ความเชื่อดังกล่าวไปในทางที่ทำให้เกิดความรู้สึกที่หมดหวังต่อการมีชีวิตอยู่ นิ่งเฉยต่อการที่จะจัดการกับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่เช่นนี้ไม่ถือว่าเป็นใช้ความเชื่อเพื่อสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย เช่นในผู้ป่วยหญิงรายหนึ่งได้แสดงออกถึงความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองว่า "มันเกิดของมันเองมั้ง บุญก็ทำอะไรก็ทำ อะไรก็ดีทุกอย่างทำไมกรรมมันมากแท้ นึกว่ากรรมอะไรมันมากแท้ เราไม่รู้ว่าครั้งก่อนเราทำอะไรไว้ มันถึงได้ตามเราครั้งนี้" เมื่อถามว่าถ้าคิดว่าเป็นกรรมเก่าก็เลยคิดว่าคงจะแก้ไขอะไรไม่ได้ ผู้ป่วยรายนี้ได้ตอบว่า "ใช่ ตายก็ตายไป แล้วนี่อะไรก็แล้วแต่ ขอให้ไปดี ฉันไม่นึกอะไรแล้วฉันเฉย ๆ"

ความเชื่อทางศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นคุณลักษณะพิเศษในสังคมไทย การใช้ความเชื่อทางศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นที่พึ่งทางด้านจิตใจช่วยลดความเครียดและความทุกข์ทางด้านจิตใจ และส่งผลถึงความสงบทางด้านจิตวิญญาณอันมีผลดีต่อสุขภาวะของผู้ป่วย

2.2 ความหวัง

ความหวังถือได้ว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญสำหรับการจัดการกับสุขภาพ โดยมีเป้าหมายหลักคือ ละทิ้งความรู้สึกหมดหวัง (Hasting. 1992 : 235 ; citing Korner. 1970. *Hope as a method of coping.*) ความหวังเป็นประสบการณ์อันสลับซับซ้อนของมนุษย์ ความรู้สึกที่ผสมผสาน และเป็นความคิดที่อยู่บนพื้นฐานของความเชื่อว่าจะเป็นตัวจัดการกับปัญหาและความต้องการของมนุษย์ที่สำคัญ (Hasting. 1992 : 235 ; citing Lange. 1978. *Hope.*) ซึ่งตรงข้ามกับความรู้สึกหมดหวัง (Hopelessness) ซึ่งเป็นการรับรู้ว่าสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นนั้นเป็นไปไม่ได้ตามที่ตนปรารถนา บุคคลเหล่านี้จะรู้สึกว่าชีวิตมีเรื่องมากมายที่

ต้องจัดการและอาจจะรู้สึกว่ามันหนักเกินไปที่จะเอาชนะหรือรู้สึกสูญเสียการควบคุมตนเอง (Hasting. 1992 : 235 ; citing Lange. 1978.Hope.; Roberts. 1978. *Behavioral concepts and nursing throughout the life span.*; Schneider. 1980. *Hoplessness and helplessness.*) สำหรับข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาสิ่งที่ช่วยสร้างความหวังให้กับผู้ป่วย ได้แก่

2.2.1 โอกาสในการรักษาหรือหายจากโรคที่เป็นอยู่ ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจต่อโรคที่เป็นอยู่ "ก็คิดว่าจะหาย ก็ลองรักษามันเรื่อยไป ก็ยานี่แหละ ออกกำลังกายไป" "หมอบอกเปอร์เซ็นต์หายมี" "รู้จากคนทั่ว ๆ ไป ว่าเป็นโรคไม่หายง่าย แต่มีสิทธิทุเลาลง" การที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงผลของการรักษาที่มีต่อเจ็บป่วยหรือวิธีการรักษาใหม่ ๆ เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วย (Suk Bling. 1998 : 110)

2.2.2 การได้พบเห็นตัวอย่างของผู้ป่วยรายอื่นที่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมโรค ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการพบเห็นผู้ป่วยรายอื่นที่มีการเจ็บป่วยเช่นเดียวกับตนแต่สามารถควบคุมโรคได้ ช่วยสร้างความหวังและกำลังใจให้กับผู้ป่วยต่อโรคที่เป็นอยู่ "ป้าคนที่ตลาดเขามารักษาที่นี่ เขาทานยาสมุนไพรอะไรอย่างนี้ เขาก็หาย น้ำตาลไม่ขึ้นไม่อะไร แล้วหมอก็นัด 6 เดือนมาเช็คที" "เห็นคนในซอยเดียวกันเขาเป็นเส้นเลือดมีไขมันเยอะ เขาจะไม่ทานของที่มีไขมัน เดี๋ยวนี้ผอมแล้วตัวเนื้อเหี่ยว แต่เขาคุมได้" แต่ทั้งนี้ก็ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยจะปฏิบัติตามตัวแบบนั้นเพราะการจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามตัวแบบนั้นก็ยังมีปัจจัยอื่นประกอบด้วย "เคย(คิดที่จะทำตาม) แต่ยาเขาไปซื้อไกล ไม่มีเวลาไปซื้อ" การได้เห็นตัวแบบจากผู้ป่วยรายอื่นที่ประสบความสำเร็จในการรักษาหรือควบคุมโรค/การเจ็บป่วย ได้มีรายงานให้เห็นจากการศึกษาของซุค บลิง (Suk Bling. 1998 : 111) พบว่าผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีความหวังต่อการรักษาและมีชีวิตอยู่ถ้าเขาเชื่อว่าผู้ป่วยรายอื่นก็สามารถมีชีวิตอยู่ได้ พวกเขาก็น่าที่จะมีชีวิตอยู่ได้เหมือนกัน การใช้กลุ่มสนับสนุนกันเอง (Self – Help Group) จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่ซุค บลิงใช้ในการช่วยให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์ทางด้านบวกจากผู้ป่วยรายอื่น เนื่องมาจาก (1) ได้พบเห็นตัวอย่างที่ประสบผลสำเร็จในการรักษาหรือควบคุมการเจ็บป่วย (2) ได้เห็นตัวแบบในการจัดการกับการเจ็บป่วย และ (3) ช่วยให้เกิดความคิดทางด้านบวกต่ออนาคตของตน

การดำรงไว้ซึ่งความรู้สึกถึงความหวังมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการเจ็บป่วยเรื้อรัง ในการเผชิญหน้ากับความไม่แน่นอนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต (Hasting. 1992 : 235 ; citing Craig and Edwards. 1983. *Adaptation in chronic illness.*) ซึ่งมิลเลอร์ได้กล่าวถึงการดำรงไว้ซึ่งความหวังถึงแม้จะเกิดความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วยหรือสถานการณ์การเจ็บป่วยที่แย่ลงว่าเป็นภาระงานที่ต้องจัดการ (Coping Tasks) (Hasting. 1992 : 235) ในขณะที่การเจ็บป่วยอาจมองว่าเป็นสถานการณ์ที่วิกฤตที่นำไปสู่ความรู้สึกหมดหวัง แต่ในขณะเดียวกันในสถานการณ์ดังกล่าวก็สามารถช่วยให้เกิดความหวังด้วยเช่นกัน ความหวังช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงจากความรู้สึกอ่อนแอและต้องพึ่งพาไปสู่ความรู้สึกถึงหน้าที่และการมีชีวิตอยู่อย่างเต็มศักยภาพที่เป็นไปได้ ความหวังช่วยให้บุคคลใช้วิกฤตเป็นโอกาสสำหรับการเติบโต (Hasting. 1992 : 235 ;citing Miller. 1985. *Inspiring hope.*)

2.3 การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น

การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น ไม่ว่าจะเป็นคนในครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน ช่วยสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่นส่วนใหญ่จะเป็นในเรื่องของการให้กำลังใจและการดูแล

2.3.1 การได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัว ครอบครัวเป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย จุดเด่นของสังคมไทยคือ ความเอื้ออาทร กตัญญูต่อผู้มีพระคุณ สิ่งเหล่านี้ทำให้ปัญหาของการที่ผู้ป่วยถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังขาดผู้ดูแลจึงไม่พบในการศึกษาครั้งนี้ "ครอบครัวก็ช่วยผม เป็นอย่างไร พอไหวไหมหรือว่าถ้าไม่ไหวก็ให้ลูกพามาหรือให้คนอื่นมาส่ง" "แก(สามี)ก็ดี บอกว่ายังไงก็ให้หายแล้วกัน แกเป็นคนดี ไม่เคยด่า" "พึ่งพิงญาติพี่น้อง เขาก็ดีมีอะไรก็ถึงเลย จัดการช่วยเหลือ" "(ลูก) ไม่เคย (บ่น)เลย มีแต่ให้กำลังใจ แม่ไม่ต้องคิดมากน่ะ" "มีลูก 4 คน ช่วยเหลือตลอดเวลา" "บุคคลในครอบครัวก็ให้กำลังใจ" "รู้ว่ายังไงอายุแกก็ไม่ยืน แต่ยังไงก็จะรักษาจนสุดท้าย (คำบอกเล่าภรรยาของผู้ป่วย)" และอีกประการหนึ่ง คนในครอบครัวของผู้ป่วยก็ถือได้ว่าเป็นบุคคลที่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา จึงมีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยผู้ป่วยในการควบคุมโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม "แม่ก็คอยแนะนำ คอยเตือนให้ทานยา เพราะใหม่ ๆ จะไม่ค่อยทานยา เพราะเป็นคนทานยายาก...พอตอนหลังเราก็ทานยาตามที่หมอสั่งเองโดยปกติ...พอใจ บุคคลในครอบครัวก็ให้กำลังใจ" "ว่าหมดเลยทั้งเพื่อนทั้งพี่ทั้งน้อง บอกเอาแต่ความทุกข์มาให้ เพราะเวลามามาให้กินเหล้าสูบบุหรี่ บอกเลยว่าไม่ต้องมาเยี่ยมยังไม่ตาย ไล่เลย ที่ไล่เพราะมาไม่ดีหลายครั้งแล้ว.....พอด่าแล้วไม่มาถึงเลยเลิกได้ บางครั้งก็ตีเอาพูดแล้วไม่รู้เรื่อง บางครั้งทำไปแล้วก็สงสาร แล้วก็สอนฉันเองก็ร้องไห้ไปด้วย (คำบอกเล่าภรรยาของผู้ป่วย)"

2.3.2 การได้รับการสนับสนุนจากสังคม สังคมในที่นี้หมายถึงเพื่อนบ้านที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเวลาที่เกิดปัญหาการเจ็บป่วยขึ้นมา ในผู้ป่วยที่ทำการสัมภาษณ์รายหนึ่ง ไม่มีครอบครัวอาศัยอยู่กับหลาน เวลาเจ็บป่วยก็ได้ร้านขายยา และคนข้างบ้านช่วยเหลือ "มีร้านขายยาข้าง ๆ บ้าน ไปขอเขาวัด (ความดันโลหิต) คือเขาสงสารเขาก็ให้วัด ถ้าเป็นมาก ๆ เขาก็ไล่มาโรงพยาบาล" ผู้ป่วยหญิงรายหนึ่งสูญเสียขาจากอุบัติเหตุได้กล่าวถึงเพื่อนของเธอว่า "ก็จะปิดตัวเองไงอยู่ที่บ้าน แต่เพื่อนมันก็มาจังเลย...จึงได้ออกมาได้บ้าง"

สำหรับในประเด็นของการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่นนี้ ข้อค้นพบที่ได้อาจมีความแตกต่างไปบ้างถ้าเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในสังคมเมืองที่มีลักษณะของครอบครัวและความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านแบบสังคมคนเมือง แต่อย่างไรก็ตามข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่นโดยเฉพาะคนในครอบครัวและเพื่อนบ้านในอันที่จะช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย

2.4 การมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง

การที่ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยของตนได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง แหล่งของข้อมูลส่วนใหญ่สำหรับผู้ป่วยแล้ว จะได้รับจากแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่ผู้ป่วยเชื่อถือได้มากที่สุด เนื่องด้วยผู้ป่วยเชื่อว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรค นอกจากข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สุขภาพแล้วผู้ป่วยยังแสวงหาความรู้จากแหล่งต่าง ๆ ได้แก่ จากสื่อต่าง ๆ เพื่อน และผู้ป่วยด้วยกัน ข้อมูลต่อไปนี้แสดงให้เห็นถึงการแสวงหาข้อมูล ความรู้และทักษะในการจัดการกับการเจ็บป่วยที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย"ก็ต้องควบคุมอาหาร ควบคุมน้ำหนักทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ตัวเองไม่ทานเนื้อสัตว์อยู่แล้ว จะทานข้าวมากกว่าทานกับ ผักก็ไม่ค่อยทาน เป็นคนทานอาหารยาก ทานแต่น้ำแกงไก่ พวกแกงปลายังไม่ทานอะไรเลย.....ก็คุมเอาเอง (ช่วงที่ไม่มียากิน) พยายามไม่ทานของหวานอะไรอย่างนี้....ให้ทานยาให้ครบตามที่หมอสั่งและคอยควบคุมน้ำหนัก....ถ้าน้ำตาลสูงไปจะรู้ตัวเองว่าจะปัสสาวะบ่อย อย่างเช่นครั้งนี้จะปัสสาวะบ่อย สูงไปก็จะพยายามลดของหวาน ถ้าต่ำไป เคยต่ำแล้วจะเวียนหัวก็จะหาของหวานมาแทนมา

เสริม เคยมีร่างกายอ่อนเปลี้ยเพลียแรงไปเลย มีครั้ง สองครั้ง....ก็อ่านจากหนังสือดู อะไรอย่างงี้ ที่วางแจกๆ อยู่ คนที่เป็นเบาหวานถ้าน้ำตาลลดจะทำอย่างไร หาลูกอมมาอมไว้อะไรอย่างนี้....มันต้องควบคู่กันไป ต้องดูแลตนเองและทานยาตามที่หมอให้ด้วย"

"ก็ต้องคอยมารักษา ต้องคอยดูแลตนเอง ถ้าเรารู้สึกว่าเป็นเราก็ต้องหยุดทำงาน แล้วรีบนอนพัก หมอนัดก็ต้องมา ไปดันทุรังไม่ได้ เดี๋ยวขึ้น 200 จะเวียนหัวแล้วมาไม่ได้ กลัวล้มไปอะไรอย่างนี้....ชอบฟังโทรทัศน์ วิทยุ อ่านหนังสือ แต่อ่านหนังสือตอนนี้ตาไม่ค่อยดี อ่านหนังสือตัวเล็กๆไม่ค่อยเห็น แว่นตาก็มีตอนนี้ใช้ไม่ค่อยได้.....หมอก็แนะนำดี เป็นอะไรเราก็บอกเขา เขาก็จัดยาให้ เขาไม่ให้ทานของเค็ม ของมันจัดอะไรอย่างนี้ และไม่ให้อดนอน เค็มลดน้อยลงหน่อย ของมันก็มีบ้าง เช้าตื่นมาก็ทานปาท่องโก๋ เมื่อก่อน 2 ตัว เดี๋ยวนี้เหลือตัวเดียว ทานกับน้ำเต้าหู้ ไม่ทานกาแฟเพราะกินแล้วใจสั่น เลยทานเฉพาะโอวัลตินกับน้ำเต้าหู้ (อาหาร) เราก็เลือกเอาร้านที่ทำไม่จัดเกินไป อันไหนที่เค็มจัดเราก็ทำให้ไม่เค็มเจือจาง กินเค็มไปแล้วความดันจะขึ้น หมอบอกอย่างนั้นด้วย.....หมอบอกว่าอ้วนเกินไป เช้าให้เดินออกกำลัง แต่เราไม่ค่อยมีเวลาต้องออกไปขายของ ถ้าวันไหนหยุดก็เดิน อย่างเมื่อเช้าหยุดก็เดินมาพักหนึ่ง เราเดินเองเพราะคนข้างบ้านเขาเดิน เราก็เดินไปกับเขา ประมาณ 20 นาที ช้าหน่อยก็ครึ่งชั่วโมง ให้เดินเหงื่อมันออก เขาบอกอย่างนั้น....เราต้องสังเกตตัวเราเอง (อาการผิดปกติ) หมอไม่เคยบอก ไม่งั้นก็เปิดโทรทัศน์ดู ถ้าเป็นน้อยๆก็กินยาแล้วพักผ่อน ถ้าเป็นมากขึ้นมาก็ต้องรีบไปหาหมอ ถ้าเรามาได้ก็มาเอง ถ้ามาไม่ได้ก็ให้หลานมาส่ง หรือให้คนข้างบ้าน.....ก็คิดว่าทุกวันนี้มันก็ดีขึ้นแล้วค่ะ แบบมันไม่รุนแรง เคยฟังคนอื่นเขาพูดขึ้นทีตั้ง 400 เราก็ตกใจ พอเราไปวัดแค่ 100 กว่าก็ไม่เป็นอะไรมาก ถ้าไปวัด 200 ก็ต้องรีบมารักษา...ชอบคุยกัน เพื่อนๆกันแบบตามร้านค้า คนรู้จักเยอะ พวกที่มาซื้อขนมคุยกันไปคุยกันมา ส่วนมากจะคนรอบข้างเขาทำอย่างไรเขาก็บอก แต่ไอ้โรคแบบนี้มันก็อยู่กับตัวเราเองน่ะ รู้สึกอาการมันจะอยู่กับตัวเราเอง พออาการไม่ดีขึ้นมามันก็จะมีอาการเวียนศรีษะ บางครั้งก็คลื่นไส้อะไรอย่างนี้ มันก็จะมีขึ้นมาเอง"

"คือว่าอันนี้ผมสังเกตอาการของผมเองน่ะ คือว่าผมเป็นโรคหอบหืดนั้นผมเป็นโรคภูมิแพ้ด้วย ผมจะเข้าโรงพยาบาลมากที่สุดก็ตอนหน้าหนาว เวลาฝนตกฟ้าร้องผมต้องเข้ามุ้งห่มผ้าไม่งั้นหอบ ถ้าเข้ามุ้งซะไม่โดนละอองฝนไม่เป็นหวัดซะไม่ต้องมาโรงพยาบาล ใช้ยาพ่นยาเป่าที่หมอให้มาตามระยะเวลาที่เขาให้ปฏิบัติตัว แต่ถ้าหากว่าไปโดนละอองฝนหรือว่าเป็นหน้าหนาวนี่ ตอนตี 4 ตี 5 ละก็.....ก็จัดการ หนึ่งต้องทานอาหารตามเวลา ทานยาตามหมอสั่งและพยายามที่ว่าเรารู้ว่าเราแพ้อากาศอะไรพยายามที่จะหลบเลี่ยงจนสุดความสามารถเรียกว่าบางครั้งไปเจอะการประชุมนี่ ทานข้าวผิดเวลาไปมีอาการหอบขึ้นมาเลยต้องมาโรงพยาบาล ไม่งั้นผมไม่มาหรอกเพราะยาก็ยังไม่หมด....เท่าที่ประเมินแล้วผมว่าดีพอสมควร นอกจากนั้นแล้วผมยังแสวงหาดล้ายๆกับว่าพวกสมุนไพรอะไรที่เขาว่ามันดี ผมก็ซื้อมากิน มันก็ดีพอสมควร ผมซื้อมาผมก็กินควบกับยาของโรงพยาบาลไปเลย เพราะยาโรงพยาบาลผมก็กินตามหมอสั่งบางทีมันก็ดีเหมือนกัน หน้านี้เราเคยเข้าสองเดือนมาเข้าครั้งหนึ่งก็เว้นระยะมา 4 เดือน 5 เดือนมาเข้า เออยาสมุนไพรนี่ก็ช่วยได้เหมือนกัน แต่ผลมันอาจจะช้ากว่ายาฝรั่ง....รู้ตามที่หมอเขาแนะนำ ชี้แจงให้ฟัง เขาบอกว่าลุงเป็นโรคหอบหืดที่มีสาเหตุมาจากวัณโรคแล้วก็เป็นแผลที่ปอด เชื้อมันหายแล้ว แต่แผลที่ปอดมันยังมีติดต่อเรื้อรังทำให้เกิดถุงลมโป่งพอง รักษาไม่หายต้องกินยาไปโดยตลอด แล้วไอ้สาเหตุภูมิแพ้ก็จากละอองฝุ่น อย่างผมนี่เปิดแอร์ผมหอบเลย...คล้ายๆว่าผมก็ฟังทางวิทยุก็มี ไอ้โรคนี้เกิดจากอย่างนั้นๆ หมอทางราชวิถีเขาเคยจัดทางวิทยุแล้วเขายังให้โอกาสคนไข้ทุกจังหวัดโทรศัพท์ไปสอบถามได้ ผมไม่เคยโทรไปถามแต่ฟังของคนอื่นที่เขาถาม อันไหนเทียบเคียงกับเราได้ก็เอามาใช้ ที่ควรปฏิบัติตัวคือที่นอนไม่ควรใช้ของที่ทำด้วยนุ่น ควรใช้ที่ไม่มีฝุ่นละออง แล้วก็ต้องซักบ่อยๆ...เราต้องดูแลตัวของเราก่อนเป็นอันดับแรก พันความสามารถเราถึงจะต้อง

อาศัยโรงพยาบาล อย่างเช่นฝนตกฟ้าร้องผมก็เตรียมเข้ามุ้งแล้ว ใครจะว่ายังไงก็ช่างเถอะ ได้เวลาผมก็ต้องทานอาหารแล้ว คนอื่นไม่ทานก็เรื่องของคุณ เพราะผมต้องทานยาตามเวลา ผมกลัวผม...ถ้าเราคิดอย่างนี้เราก็ไม่ต้องอยู่บ้านใช่ไหมครับ เราก็คิดแต่จะมาแต่โรงพยาบาล เราก็ต้องคิดที่จะควบคุมตัวเราเองก่อน มันไม่ไหวแล้วถึงจะมาโรงพยาบาล ถ้าคิดอย่างงั้นทุกคนโรงพยาบาลก็แย่ใช่ไหม เราก็ต้องคิดเพราะว่าเราก็เป็นประชาชนเหมือนกัน เราก็เสียภาษีอากรให้กับรัฐ รัฐก็เอาภาษีอากรมาตั้งโรงพยาบาลอยู่แล้ว แล้วเขาก็ช่วยเหลือเราอยู่แล้ว ระเบียบแบบแผนของเขา ควบคุมตัวเองได้เราก็ควบคุมตัวเองไป"

จากตัวอย่างผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นถึงการสร้างแบบแผนในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ประสิทธิภาพของการจัดการขึ้นกับข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ การนำไปปรับใช้ ความใส่ใจและการให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมถึงการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งทรัพยากรต่างๆเพิ่มเติมเพื่อสร้างแบบแผนการจัดการกับการเจ็บป่วยให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตน ข้อค้นพบนี้ช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยประการหนึ่งว่า ข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วยไปนั้นเจ้าหน้าที่สุขภาพจะต้องประเมินว่าผู้ป่วยสามารถนำไปปรับใช้กับชีวิตประจำวันของตนได้ดีเพียงใด การรับรู้ของผู้ป่วยเป็นอย่างไรต่อข้อมูลที่ได้รับ และมีข้อมูล ความรู้และทักษะอื่นใดอีกที่ผู้ป่วยยังขาดอยู่ สิ่งหนึ่งที่พบในการศึกษาคือ โดยธรรมชาติผู้ป่วยทุกคนพยายามที่จะแสวงหาวิธีการที่ทำให้การเจ็บป่วยของตนดีขึ้น เพียงแต่ว่าเขาจะมีโอกาสที่จะได้รับรู้หรือสอบถามหรือแสวงหาข้อมูลที่ต้องการหรือไม่ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยทราบถึงสภาพของตนและกระทำกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อตนเอง ข้อมูลไม่เพียงแต่ช่วยทำนายการควบคุมตนเองสำหรับผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังช่วยสร้างทางเลือกเพื่อตัดสินใจที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

2.5 พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ

เจ้าหน้าที่สุขภาพที่ให้การดูแลรักษา เป็นบุคคลที่ผู้ป่วยให้การยอมรับว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บดีที่สุด ดังแสดงให้เห็นจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยรายหนึ่งว่า "ก็เรามาหาหมอก็ต้องเชื่อหมอ ถ้าไม่เชื่อหมอแล้วจะไปเชื่อใคร.....เราไม่รู้ เป็นอะไรมายังไงเราไม่รู้ แต่หมอรู้ว่าเป็นยังงั้นไปยังงั้น ไปรั้นหมอไม่ได้ ต้องเชื่อ" "ทำตามที่หมอบอกก็พอแล้ว" "ผมว่ามันจะหายนะน่ะ ต้องอาศัยหมอ" "ยากลางบ้านไม่เคยเลย ไม่กิน เชื่อหมออย่างเดียว" ในผู้ป่วยบางรายความเชื่อในแพทย์ร่วมกับการใส่ใจ เอาใจใส่จากแพทย์ก็สามารถทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพได้ ดังเช่นในกรณีผู้ป่วยรายหนึ่งที่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้เพราะคำเตือนของแพทย์ "ก็ผมยังสูบมาเรื่อย ๆ พอต่อมาแก(แพทย์ที่รักษา)เห็นบุหรี่ในกระเป๋าเสื้อผม แกบอกว่า แน๊ะผมของร้องคุณ คุณยังสูบอยู่อีกหรือ ไม่ต้องสูบเลยดูสิมันจะเป็นยังไง ผมก็เลยเลิก"

นอกจากนั้นยังพบประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย ได้แก่

2.5.1 ความสามารถของเจ้าหน้าที่สุขภาพ มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยด้านกำลังใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ที่มีความสามารถ "ก็ทำให้เกิดความมั่นใจ ก็มีผลดี เหมือนให้กำลังใจด้วย" "เนี่ยะคนนี้ยิ่งเก่ง คนนี้ปริญญาโทน่ะเนี่ยะ" ผู้ป่วยหญิงรายหนึ่งมาโรงพยาบาลด้วยแขนขาอ่อนแรงมาด้านหนึ่งได้กล่าวถึงแพทย์ที่ตนมีความเชื่อถือศรัทธาว่า "หมอ.....อย่างกับหมอเทวดา เป็นอะไรก็หาย หมอคนอื่นก็ดี แต่เราไม่เชื่อเขา กินยาคนอื่นไม่ถูก กินยาหมอ....ประจำ" แต่มาคราวนี้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากแพทย์ที่เธอไว้วางใจว่าควรนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่เนื่องจากสามีผู้ป่วยไม่ต้องการให้นอนโรงพยาบาลในครั้งแรก แต่สุดท้ายเธอก็ต้องมานอนโรงพยาบาลเนื่องจากอาการไม่ดีขึ้น เธอกล่าวว่า "ดูสิไม่เชื่อหมอ

ถ้าไปนอนวันนั้นก็ได้ห้อง มาคราวนี้ไม่ได้ห้อง ไปอยู่กับหมออะไรก็ไม่รู้พิเศษรวมกินยาไม่ดีขึ้น กินแต่ยาอ่อน ๆ ทั้งนั้น จะตายเอา" ซุค บลิง (Suk Bling. 1998 : 110 – 111) ได้ทำการสัมภาษณ์ระดับลึกในผู้ป่วยมะเร็งชาวจีน 12 ราย พบว่า ถ้าผู้ป่วยรับรู้ว่าแพทย์ไม่มีความสามารถเพียงพอในการที่จะรักษาการเจ็บป่วยของตนและพยาบาลไม่สามารถสื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพได้ดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยท้อแท้และหมดหวัง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถให้ความไว้วางใจกับความเชี่ยวชาญของเจ้าหน้าที่สุขภาพได้ ในทัศนะของผู้ป่วยเจ้าหน้าที่สุขภาพที่มีคุณภาพ คือ เจ้าหน้าที่สุขภาพที่สามารถให้การตรวจรักษาและวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องแม่นยำ รวมถึงให้การรักษาที่มีประสิทธิภาพ ที่จะช่วยบรรเทาการเจ็บป่วยได้ การให้การดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยสามารถฝากชีวิตไว้กับเจ้าหน้าที่สุขภาพได้และไว้วางใจในเจ้าหน้าที่สุขภาพได้

2.5.2 การแสดงออกถึงพฤติกรรมที่เสริมสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วย ได้แก่ คำพูดและท่าทางการแสดงออก ผู้ป่วยจะชื่นชมกับคำพูดและท่าทีของเจ้าหน้าที่ที่ให้กำลังใจกับตน "ก็ด้วยคำพูดของเขา (พยาบาล) การต้อนรับของเขา การถามไถ่อาการทุกข์สุข เขาเป็นห่วงเป็นใย ลุงเหนื่อยไหมอะไรไหม เราก็มีกำลังใจ" ในผู้ป่วยบางรายที่เกิดความท้อแท้ วิตกกังวลกับโรคที่เป็นอยู่คำพูดของเจ้าหน้าที่สุขภาพก็ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับการเจ็บป่วย "ผมขอร้องอาจารย์.....ว่าลูกผมยังเล็ก ๆ อยู่ แกบอกช่วยเต็มที่ไม่เป็นไรหรอก แกก็ให้กำลังใจ ค่อยเป็นค่อยไปแกบอก" "พยาบาลนั่นแกก็บอกว่าคนที่เป็นมากกว่าลุงก็มี อย่าไปท้อแท้น่ะให้มีกำลังใจต่อสู้" "พยาบาลที่นี่เขาก็ดีทุกคน บางคนดีกว่าหมออีก เก่งกว่าหมออีกที่เก่งเพราะอะไร เพราะเขาพูดจากับเราดี เขามาถามอยู่เรื่อยลุงเป็นอะไรไหม ลุงเหนื่อยไหม เขาเอาใจใส่ดีผมว่าพยาบาลที่นี่ดี ดีกว่าหมอบางคนเสียอีก"

ข้อค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโดยพื้นฐานแล้วผู้ป่วยให้ความไว้วางใจเจ้าหน้าที่สุขภาพอย่างมากในเรื่องเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและสุขภาพของตน การให้คำแนะนำจะปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้นได้ถ้าได้รับความเอาใจใส่ สอบถามอย่างสม่ำเสมอ ประกอบกับพฤติกรรมที่แสดงออกของเจ้าหน้าที่สุขภาพซึ่งก็มีผลอย่างมากต่อผู้ป่วยในอันที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย

2.6 การมีทัศนคติทางบวกต่อโรคที่เป็นอยู่

การมีทัศนคติทางบวกเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากภายในตัวของบุคคล ผู้ป่วยโรคหอบหืดรายหนึ่งได้แสดงให้เห็นถึงทัศนคติที่ตนมีต่อโรคที่เป็นอยู่ว่า "โรคนี้มันทรมานก็จริง แต่พอมันหายมันก็เหมือนปกติ ถ้าเป็นมะเร็งต้องเข้าผ่าตัดอย่างงี้สิหดหู่เลย อัมพาตอีกอย่างไม่ต้องพูดถึง มันคือตายทั้งเป็น" นอกจากนั้นความเชื่อที่ว่าโรคที่เจ็บป่วยมีโอกาสในการรักษาหรือหาย ก็เป็นปัจจัยที่ช่วยผู้ป่วยเกิดความหวังต่อโรคที่เป็นอยู่ และมีความคิดในทางบวกต่อชีวิตของตน "ก็คิดว่าจะหาย ก็ลองรักษามันเรื่อยไป ก็ยานี่แหละ ออกกำลังกายไป" "หมอบอกเปอร์เซ็นต์หายมี" "รู้จากคนทั่ว ๆ ไป ว่าเป็นโรคไม่หายง่าย แต่มีสิทธิทุเลาลง"

สำหรับมิลเลอร์ (Miller. 1992) ได้ใช้คำว่าอัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self-sonsept) ว่าเป็นเช่นแหล่งพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยที่อัตมโนทัศน์ คือ ความคิดและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง (Miller. 1992. : 10 ; citing Rosenberg.1979.*Conceiving the self.*) องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ในตนประกอบด้วย ภาพลักษณ์ (Physical self or body image) การทำหน้าที่ของตน (Functional self or role performance) ความเป็นตัวตนของบุคคล (Personal self) (ได้แก่ คุณธรรม ความคิดและความคาดหวังส่วนบุคคล) และการนับถือตนเอง (Self – esteem) การสร้างอัตมโนทัศน์ในตนขึ้นมาใหม่เป็นการปรับตัวในระยะเจ็บป่วย คือการบูรณาการการรับรู้รับที่ถูกต้องเกี่ยวกับร่างกายไปสู่อัตมโนทัศน์เกี่ยวกับตนในทางบวก โดยการทำความเข้าใจว่าความสามารถหรือศักยภาพในการจัดการดูแลปัญหาสุขภาพอยู่ในตนเอง

และพยายามที่จะกำจัดอิทธิพลของการเจ็บป่วยที่มีต่อตนเอง (Miller. 1992 : 10) การสร้างการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับร่างกายเพื่อให้เกิดอัตมโนทัศน์เกี่ยวกับตนเองในทางบวกจึงเป็นหน้าที่สำคัญของพยาบาล ดังนั้น การให้ข้อมูลหรืออธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับหน้าที่ ความเข้มแข็ง ความสามารถและเป้าหมายของการดำรงชีวิต จึงมีความสำคัญมากกว่าการอธิบายพยาธิสภาพหรือกลไกการเกิดโรค

บุคลิกภาพถือได้ว่ามีอิทธิพลโดยตรงกับการสร้างอัตมโนทัศน์ในตน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เชื่ออำนาจภายในตน (Internal Locus of Control) บุคคลเหล่านี้จะรับรู้ว่าเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นตนสามารถควบคุมได้ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านบวกและลบเป็นผลมาจากการกระทำของตน อยู่ภายใต้การควบคุมของตน (Miller. 1992. : 11 ; citing Lefcourt. 1966. *Belief in personal control: Research and implications.* ; Rotter. 1966. *Generalized expectaticies for internal versus external control of reinforcement.*) "รู้ตามที่หมอเขาแนะนำ ชี้แจงให้ฟัง เขาบอกว่าลุงเป็นโรคหอบหืดที่มีสาเหตุมาจากวัณโรคแล้วก็เป็นแผลที่ปอด เชื้อมันหายแล้ว แต่แผลที่ปอดมันยังมีติดต่อเรื้อรังทำให้เกิดถุงลมโป่งพอง รักษาไม่หายต้องกินยาไปโดยตลอด แล้วไอ้สาเหตุภูมิแพ้ก็จากละอองฝุ่น อย่างผมนี่เปิดแอร์ผมหอบเลย... คล้ายๆว่าผมก็ฟังทางวิทยุก็มี ไอ้โรคนี้เกิดจากอย่างนั้นๆ หมอทางราชวิถีเขาเคยจัดทางวิทยุแล้วเขายังให้โอกาสคนไข้ทุกจังหวัดโทรศัพท์ไปสอบถามได้ ผมไม่เคยโทรไปถามแต่ฟังของคนอื่นที่เขาถาม อันไหนเทียบเคียงกับเราได้ก็เอามาใช้ ที่ควรปฏิบัติตัวคือที่นอนไม่ควรใช้ของที่ทำด้วยนุ่น ควรใช้ที่ไม่มีฝุ่นละออง แล้วก็ต้องซักบ่อยๆ...เราต้องดูแลตัวของเราก่อนเป็นอันดับแรก พ้นความสามารถเราถึงจะต้องอาศัยโรงพยาบาล อย่างเช่นฝนตกฟ้าร้องผมก็เตรียมเข้ามุ้งแล้ว ใครจะว่ายังไงก็ช่างเถอะ ได้เวลาผมก็ต้องทานอาหารแล้ว คนอื่นไม่ทานก็เรื่องของคุณ เพราะผมต้องทานยาตามเวลา ผมกลัวผม...ถ้าเราคิดอย่างนี้เราก็ไม่ต้องอยู่บ้านใช่ไหมครับ เราก็คิดแต่จะมาแต่โรงพยาบาล เราก็ต้องคิดที่จะควบคุมตัวเราเองก่อน มันไม่ไหวแล้วถึงจะมาโรงพยาบาล ถ้าคิดอย่างงั้นทุกคนโรงพยาบาลก็แย่ใช่ไหม เราก็ต้องคิดเพราะว่าเราก็เป็นประชาชนเหมือนกัน เราก็เสียภาษีอากรให้กับรัฐ รัฐก็เอาภาษีอากรมาตั้งโรงพยาบาลอยู่แล้ว แล้วเขาก็ช่วยเหลือเราอยู่แล้ว ระเบียบแบบแผนของเขา ควบคุมตัวเองได้เราก็ควบคุมตัวเองไป"

2.7 การยอมรับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้

ผู้ป่วยบางรายได้สร้างกำลังใจให้กับตนเองด้วยการพยายามที่จะยอมรับสภาพของตนเอง "การต่อสู้ทุกสิ่งทุกอย่าง เราเกิดมาเราก็รู้ว่าเราเป็นไอ้นั่นเป็นไอ้นี่ ปล่อยไว้มันมากก็จะเป็นมากกว่าเก่า พยายามให้ใจแข็ง คุมอารมณ์มันไว้ให้อยู่" "ทำยังไงได้ เราเป็นไปแล้ว ถ้าปล่อยมันจะแย่กว่านี้มาก ต้องเอาชนะมันให้ได้ ผมพยายามอยู่เรื่อย" "ไม่หาย มันอยู่ที่เราปฏิบัติ กินน้อย กินยาให้มันมาก มันก็ดีขึ้น" "ไม่พอใจจะทำอย่างไรได้ (สภาพร่างกาย) จำเป็นจะต้องพอใจอยู่แล้ว ทำไงได้" ผู้ป่วยจะยอมรับว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่สิ่งที่ผู้ป่วยจะทำได้ คือ พยายามที่จะควบคุมและยอมรับ พร้อมกับที่จะต่อสู้ต่อไป

คลิฟเฟอร์ (Suk Bling. 1998 : 135 ; citing Kieffer. 1984. *Citizen empowerment : A developmental perspective.* p. 9) ได้กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจให้เกิดขึ้นในบุคคลว่าเป็นการพัฒนาทัศนะใหม่ให้กับตนเองโดยใช้กระบวนการทางปัญญาของแต่ละบุคคล การเสริมสร้างพลังอำนาจไม่ใช่สิ่งที่จะหาซื้อกันได้ แต่เกิดมาจากกระบวนการปรับเปลี่ยนที่ผ่านการกระทำและความคิด ในบริบทของการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่ใช่แค่รู้ว่าร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปแล้วเท่านั้น แต่การรับรู้ของผู้ป่วยจะต้องเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย กระบวนการของการเปลี่ยนแปลงการรับรู้จะช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการสร้างความเชื่อใหม่ให้กับตนและตระหนักรู้ในตนที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วย (Bling. 1998 : 135)

3. การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย

จากแนวคิดที่ว่า การสูญเสียพลังอำนาจ คือสภาวะที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองขาดการควบคุมตนหรือเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้น ๆ หรือเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะควบคุมสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของตน (Carpenito. 1991 : 474) โดยที่การสูญเสียพลังอำนาจอาจนำไปสู่ความรู้สึกเก็บกด ซึมเศร้า และการนับถือตนเองที่ต่ำลง เป็นสาเหตุของความรู้สึกหมดหวัง (Hopelessness) ที่หมุนเวียนอยู่ในตัวบุคคล (Miller. 1992 : 416) สำหรับการศึกษาในครั้งนี้พบปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยที่เกิดจาก (1) ผลกระทบของการเจ็บป่วย (2) การขาดความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและทักษะในการดูแลตนเอง และ (3) พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ

3.1 ผลกระทบของการเจ็บป่วย

3.1.1 ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกาย ผู้ป่วยรับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกายโดยให้ความสำคัญกับสมรรถภาพของร่างกาย ด้วยคำกล่าวที่ว่า "มันไม่ค่อยอยากทำอะไรมันไม่แข็งแรง" "กำลังก็หายไป เมื่อก่อนปลูกข้าวได้" "ช่วยตัวเองไม่ได้ต้องให้ลูกมาดูแลมันก็ลำบากเหมือนกันน่ะค่ะ" "ลดลง 100 % เลยหล่ะ เพราะว่าเราเหนื่อยหอบเราก็ทำอะไรไม่ได้ จะทำงานไม่ว่าจะทำกิจการอะไรก็ตาม เวลามันหอบก็ทำอะไรไม่ได้ มันก็ต้องมีผลกระทบต่อร่างกาย" "หายใจไม่ค่อยออก....เมื่อก่อนนี้เดินเองได้ ตอนนี้ไม่ได้ต้องพยุง" แต่ในผู้ป่วยบางรายก็รู้สึกว่าการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ไม่ได้มีผลต่อสมรรถภาพของร่างกาย "เหมือนเดิมไม่เปลี่ยนแปลงหรอกครับ" และในผู้ป่วยบางรายรับรู้ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับร่างกายเป็นเรื่องธรรมดา "พละกำลังไม่สูญเสียเลย เหมือนธรรมดา แต่ว่าหน้ามืดตาพร่าแล้วก็เวียนศีรษะและมึนงงอะไรอย่างนี้ เป็นธรรมดาทุกวันบางวันมากบางวันน้อย"

สมรรถภาพของร่างกายหรือสิ่งที่มิลเลอร์ (Miller. 1992 : 9) เรียกว่าความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength) เป็นแหล่งพลังอำนาจที่จะช่วยให้บุคคลสามารถทำหน้าที่ได้เต็มตามศักยภาพทางกาย เมื่อระบบของร่างกายเกิดการเจ็บป่วย อำนาจในการกระทำการใด ๆ ของบุคคลก็จะลดลง สภาวะความเข้มแข็งทางกายภาพขณะนั้นจะมีอิทธิพลต่อพลังอำนาจของผู้ป่วย ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาของการเจ็บป่วย เช่น สภาพการเจ็บป่วยที่แย่ลงหรือขณะที่ผู้ป่วยกำลังฟื้นฟูสภาพ

3.1.2 ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อด้านจิตใจ แบ่งได้เป็น

3.1.2.1 ความกลัวต่อผลของการเจ็บป่วย ความกลัวในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากการศึกษา พบว่าเกิดได้จากปัจจัยสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ ประสบการณ์ที่ผู้ป่วยมีต่อการเจ็บป่วย และการที่ผู้ป่วยไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตน

3.1.2.1.1 ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วย จากการศึกษาพบว่าเกิดจากการที่ผู้ป่วยได้เคยพบเห็นผู้ป่วยรายอื่นที่ป่วยเป็นโรคเดียวกับตนเองแล้วมีภาวะของโรคที่รุนแรงขึ้นหรือสภาพร่างกายที่แย่ลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวว่าตนเองจะเป็นเหมือนผู้ป่วยรายนั้น ๆ "เคยเห็นคนที่มานอนข้างกัน เขาล้างไตตัวผอมตำ แล้วพูดเสียงก็ไม่มี ญาติพากันนั่งอย่างนี้ เขาบอกลุงระวังเหอะล้างไตแล้วต้องเป็นอย่างนี้ แล้วก็กลัวว่าล้างไตแล้วจะช้อค เพราะตอนนี้ก็อาการไม่ค่อยดีเท่าไหร่ ลุงคนที่นอนข้างเตียงนอนรอล้างไตแล้วช้อค เบาหวานก็ขึ้น เห็นแล้วก็กลัว แต่ถ้ามันจำเป็นก็จะลองดู" "กลัวจะตัดอีกนิ้ว กลัวตัดขึ้นมาเรื่อย ๆ แบบคนอื่นเขา...ญาติห่าง ๆ ตัดถึงหัวเข่าเพิ่งเสียชีวิตไป แกก็เพิ่งเป็นเหมือนกัน แล้วก็เป็นแผลลาม แล้วก็พี่ญาติทางพ่อก็ตัดนิ้วโป้ง แล้วก็เสียชีวิต กลัวโดนตัดขานี่แหละค่ะ ความตายไม่กลัว ถ้าหากตัดขาดราวนี้ขอตายดีกว่า กลัวเรื่องตัดนี่แหละค่ะ" "กลัวทรมาน...จากโรคเบาหวาน ต้องตัดมือตัด

อะไรอย่างนี้...มาเยี่ยมญาติแล้วเห็นก็กลัว" "บางครั้งมานอนที่โรงพยาบาล เห็นคนอื่นนอนใส่สายแล้วก็กลัว กลัว อยากนอนหลับไปเฉย ๆ"

3.1.2.1.2 ความกลัวอันเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตน เป็นการสร้างจินตนาการของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน "กลัวจะทำอย่างที่เคยทำไม่ได้" "กลัว กลัวว่ามันคล้าย ๆ กับว่าจะหายหรือเปล่า หมอทางนี้จะรักษาหายหรือเปล่า" ผู้ป่วยรายหนึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเส้นเลือดฝอยในสมองรั่ว เมื่อสอบถามความรู้สึกเมื่อแรกได้รับการวินิจฉัยนั้นผู้ป่วยกล่าวว่า "กลัวมาก มาคิดว่า เอ...ชีวิตผมมันเป็นยังไงนี่ไม่เหมือนคนอื่นเขา น้อง ๆ เขาไม่เห็นมีใครเป็น วงศ์ตระกูลก็ไม่เห็นมีใครเป็น" ผู้ป่วยที่ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นความตายจึงไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยกลัว แต่ในผู้ป่วยเหล่านี้จะกลัวการที่จะต้องเป็นโรคที่มีความรุนแรงมากกว่า เช่น อัมพาต "ความตายไม่กลัว เกิดมามันก็ต้องตายใช่ไหม ปุบปับตายแหละดี จะกลัวว่าจะเป็นอัมพาตอะไรอย่างนี้ก็กลัว" แต่สำหรับในผู้ป่วยบางราย การที่ไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนนั้น ก็ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้เหมือนกันว่าจะกลัวอะไร "ไม่รู้ว่าโรคนี้เป็นมาอย่างไร เลยไม่รู้ว่าจะต้องกลัวอะไร" "มันก็เป็นอยู่อย่างนี้ ไม่รู้จะกลัวอย่างไหน ไอ้ที่สมองตีบมาอย่างนี้ก็ไม่รู้จะกลัวอย่างไหน เป็นทุกอย่างก็ไม่รู้จะทำอย่างไร" "ไม่รู้ แต่เวลาเป็นแผลก็ใจไม่ดีเหมือนกัน แต่มันก็หาย"

3.1.2.2 ความรู้สึกท้อแท้ ความรู้สึกท้อแท้เป็นผลกระทบทางด้านจิตใจที่พบได้ในผู้ป่วยที่ทำการศึกษา ความรู้สึกท้อแท้เกิดได้จากสาเหตุสำคัญ 3 ประการ คือ (1) ความรู้สึกหมดหวัง (2) ความรู้สึกไม่แน่นอนของโรค/การเจ็บป่วย และ (3) ความทรมาน

3.1.2.2.1 ความรู้สึกหมดหวัง พบในผู้ป่วยที่ภาวะของโรคส่งผลอย่างมากต่อร่างกาย ภาวะของโรคที่รุนแรงขึ้น "รู้สึกท้อแท้ ที่เมื่อมาเป็นซีกหนึ่ง ตอนที่เป็นใหม่ ๆ รู้สึกเบื่อ ไม่อยากต่อสู้ชีวิต อยากตาย" "พอมาตอนหลังที่เป็นมากขึ้น ยิ่งหมอบอกว่าเป็น 9 โรค เลยรู้สึกท้อแท้" การได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ว่าเหลือเวลามีชีวิตอยู่ไม่นาน หรือหมดหวังที่จะรักษา ก็เป็นอีกปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหมดหวัง "หมดหวัง หมดแรง...ก็หมอบอกว่าหมดหวัง แล้วก็คิดดูแล้วก็หมดหวัง อีกอย่างลูกก็โตหมดแล้ว คนโต 28 คิดแล้วบางทีก็อยากตาย ๆ ไปเลย" "ไม่หวังอะไรเลย หมอบอกไม่หายก็ไม่หาย" "ก็หมอบอกว่า อยู่ได้ 5 เดือน นี่ก็เข้า 3 เดือน แต่โรคมันก็เข้ามาเยอะ มันก็เป็นแบบที่แกพูดนะน่ะ แต่ก็ไม่น่าพูดตรง ๆ หรอก วันที่ 13 นี่ก็เข้า 3 เดือน โรคก็เยอะมาเลย" สุดท้ายคือการที่ผู้ป่วยไม่รู้ว่าจะหวังอะไรกับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ "ไม่คาดหวังอะไร เดี๋ยวนี้ไม่ค่อยอยากคิดอะไรมาก ก็ปล่อยรักษาไปเรื่อย ๆ ไม่รู้จะทำอย่างไร" "ก็ไม่คาดหวังอะไร เฉย ๆ ...ไม่รู้จะหวังอะไร แล้วแต่ดวงชะตา รู้ตัวมันไม่ดีขึ้น โรคนี้มันทรมาน"

3.1.2.2.2 ความรู้สึกไม่แน่นอนของโรค/การเจ็บป่วย ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย (Uncertainty in Illness Theory) ของมิเชล (Mishel, 1988) ใช้อธิบายปรากฏการณ์ความรู้สึกไม่แน่นอนของโรค/การเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้เป็นอย่างดี ซึ่งแสดงให้เห็นได้จากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถคาดการณ์ ทำนายเกี่ยวกับการดำเนินและพยากรณ์ของโรคได้ "นึกจะชักก็ชัก... ก็กังวลเหมือนกัน ก็ท้อแท้เหมือนกันว่าเกิดขึ้นบ่อยแท้ ท้อแท้ครับ....ก็ต้องมีคนอยู่ด้วยตลอด" "บางวันก็เพลียบางวันก็ดี" "บางทีมันไม่ได้กินอะไรมันก็ขึ้น (น้ำตาลในเลือด) นอนโรงพยาบาลก็เอาแน่ไม่ได้น่ะเบาหวานนี่ บางทีมันก็ขึ้น บางทีกินมาก ๆ มันก็ไม่ขึ้น" ความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถคาดเดาหรือเตรียมตัวได้ว่าโรคจะเกิดความรุนแรงขึ้นเมื่อไหร่ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล การได้รับข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงหรือแตกต่างไปจากข้อมูลที่ได้รับ เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสงสัยต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ "ทีแรกแกบอกไม่ล้าง (ไต) น่ะ ถามว่าหมอไตไม่ดีล้างไม่ล้างหรือครับ แกบอกไตไม่ดีไม่ต้องล้างมันเสียหมดแล้ว กินยาพอประทังไป เป็นอะไรแล้วค่อยมาแล้วกัน....นี่ไม่รู้ทำไมหมอ

ถึงจะให้ไปล้างไตที่โรงพยาบาลตำรวจ" สำหรับความสลับซับซ้อนเกี่ยวกับแผนการรักษาและระบบการดูแล สำหรับการศึกษาครั้งนี้ไม่พบว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้ความเชื่อถือกับการตัดสินใจให้การรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นสำคัญ

สิ่งที่ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่รู้ถึงสาเหตุการกำเริบของโรค เช่นในผู้ป่วยหอบหืด เบาหวาน ผู้ป่วยเหล่านี้จะเรียนรู้ถึงวิธีการที่จะหลีกเลี่ยงหรือป้องกันสิ่งที่เป็นสาเหตุหรือสิ่งที่จะทำให้อาการของโรคกำเริบขึ้น "อันนี้ คือ ผมสังเกตของผมเองน่ะ คือว่าผมเป็นโรคหอบหืดนั้นผมเป็นภูมิแพ้ด้วย ผมจะเข้าโรงพยาบาลมากที่สุดก็ตอนหน้าหนาว เวลาฝนตกฟ้าร้องผมต้องเข้ามุ้งห่มผ้าไม่งั้นหอบ ถ้าเข้ามุ้งชะไม่โดนละอองฝนไม่เป็นหวัดชะก็ไม่ต้องมาโรงพยาบาล" "ถ้าน้ำตาลสูงไปจะรู้ตัวเองว่าปัสสาวะบ่อย..สูงไปก็พยายามจะลดของหวาน ถ้าต่ำไป เคยต่ำแล้วจะเวียนหัวก็จะหาของหวานมาแทนมาเสริม" จะเห็นได้ว่าความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ มีส่วนช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถป้องกันภาวะคุกคามของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.1.2.2.3 ความทรมานอันเกิดจากโรคที่เป็นอยู่ โรคเรื้อรังในช่วงของภาวะที่อาการกำเริบหรือภาวะของโรคที่แย่ลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทรมาน ความรุนแรงมากน้อยขึ้นอยู่กับชนิดของการเจ็บป่วยและระยะเวลาของการเจ็บป่วย "ความทรมานนี่แหละครับ หอบมันทรมานจะตายไป แรงก็ไม่มีหอบก็หอบ เดินไปไหนก็ไม่ได้ ถ้าเวลาหายก็เหมือนคนดี ๆ ทำอะไรได้" "คิดท้อแท้มากไม่คิดอยู่...คือเจ็บปวดมากเหลือเกิน จนลืมไปหมดทุกสิ่งทุกอย่าง....แม้กระทั่งสายน้ำเกลือยังคิดจะเอามาผูกคอตายเพราะความปวด"

3.1.2.3 ความเครียด อาการแสดงที่เกิดขึ้นต่อร่างกายอันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยหรือต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างในชีวิตเป็นสาเหตุของความเครียด การเจ็บป่วยมีผลทำให้เกิดความไม่สมดุลในทุก ๆ ส่วนของชีวิต รวมทั้งทางด้านอารมณ์ ระบบการทำงานของร่างกาย สัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม แบบแผนของชีวิต รวมถึงอัตมโนทัศน์เกี่ยวกับตนเอง "เครียดนิด ๆ เหมือนกันครับ แต่จำเป็นต้องปฏิบัติตามหมอสั่ง" "ไม่อยากทำ ไม่อยากอะไรทั้งนั้น มันเดินไม่ได้ มันเครียด"

การที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตของตน การที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงการที่ชีวิตต้องถูกจำกัดทำให้เกิดความเครียด ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับคำแนะนำให้มีการควบคุมอาหาร แม้ผู้ป่วยจะรับทราบถึงข้อจำกัดดังกล่าว แต่การถูกจำกัดนั้นก็สร้างความคับข้องใจให้กับผู้ป่วยไม่น้อย "ตอนแรกก็ไม่ไหวเหมือนกัน นึกเบื่อตัวเองเนอะ อะไรก็กินไม่ได้" แต่สำหรับผู้ป่วยบางคนมองการควบคุมอาหาร คือการต้องอด "เรื่องกินก็อด ๆ หน่อย กินมากไม่ได้....เครียดนิด ๆ เหมือนกันครับ แต่จำเป็นต้องปฏิบัติตามหมอสั่ง" "ก็ต้องควบคุมอาหาร...ก็อดไม่ค่อยทานอะไร" "ต้องระวังเรื่องกินเรื่องอะไรทุกอย่าง ถ้าฉันไม่ทำแบบนี้ฉันก็เป็นมากต้องทำ คนอื่นเขาบอกกินอะไรก็กินไปเหอะ ฉันไม่กิน ต้องทำ แบบว่าข้าวก็ต้องกินน้อย ๆ ผลไม้ก็เลือก ทุเรียนไม่กิน ลำไยไม่กิน กินของไม่หวาน" การจัดหาอาหารการกินก็เป็นอีกสิ่งที่ต้องระมัดระวังมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้ทำเอง "เราก็เลือกเอาร้านที่ทำไม่จัดเกินไป อันไหนที่เค็มจัดเราก็ทำให้ไม่เค็ม เจือจาง กินเค็มแล้วความดันจะขึ้น" แต่บางครั้งผู้ป่วยที่ทำอาหารเองก็อาจประสบกับปัญหาได้ "วันนั้นผัดหมี่พลาดไปหน่อย โอ้โห ความดันขึ้นเลย" ข้อสังเกตประการหนึ่ง คือ คำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารที่ผู้ป่วยได้รับนั้น ผู้ป่วยรู้แต่เพียงว่าเป็นเบาหวาน ต้องงดของหวาน กินอาหารให้น้อยลง เป็นความดันโลหิตสูง ต้องงดของเค็ม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่าการควบคุมโรคคือการ*ต้องอด* ผู้ป่วยไม่รู้ว่าที่แท้จริงแล้วในแต่ละวันตนควรได้รับปริมาณ

อาหารเท่าไหร่จึงจะเหมาะสมกับโรคของตน อาหารที่ตนเคยรับประทานอยู่นั้นสามารถรับประทานต่อได้หรือไม่ นั่นหมายถึงทำให้ผู้ป่วยไม่มีทางเลือกอื่นในการจัดการกับอาหารที่ตนรับประทานในแต่ละวันที่สอดคล้องกับความต้องการของตนและความเหมาะสมของร่างกาย

3.1.2.4 ความรู้สึกถึงความสูญเสีย ความรู้สึกถึงความสูญเสียในที่นี้ หมายถึงความรู้สึกสูญเสียความสามารถในการควบคุม และความสามารถทางร่างกายที่จะทำกิจวัตรต่าง ๆ ได้ตามปกติ ความรุนแรงของความรู้สึกสูญเสียแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและอาการแสดงที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถของร่างกาย รวมถึงภาพลักษณ์ของร่างกาย ในผู้ป่วยโรคหอบหืด ความรู้สึกนี้เกิดขึ้นเมื่ออาการหอบกำเริบขึ้น "เราเหนื่อยหอบเราก็ทำอะไรไม่ได้ จะทำงานไม่ว่าจะทำกิจการอะไรก็ตาม เวลามันหอบก็ทำอะไรไม่ได้" ในผู้ป่วยที่มีการสูญเสียความสามารถทางร่างกาย จะเกิดความรู้สึกลำบากที่ต้องมีคนมาคอยดูแลหรือต้องพึ่งพิงผู้อื่น "ช่วยตัวเองไม่ได้ต้องให้ลูกมาดูแลมันก็ลำบากเหมือนกันน่ะค่ะ" แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการสูญเสียอวัยวะเกิดขึ้นโดยเฉพาะถ้าเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย เช่น แขน ขา นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สะดวกที่จะทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติเหมือนเดิมแล้ว ยังส่งผลทางด้านจิตใจในหลาย ๆ ด้าน รวมทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยหญิงรายหนึ่งได้รับการวินิจฉัยสำหรับการมาโรงพยาบาลครั้งนี้ว่าเป็น SVT แต่ผู้ป่วยรายนี้ก็ยังรู้สึกว่าสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นกับหัวใจของตนนั้นเล็กน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับขาที่สูญเสียไปเมื่อ 1 ปีที่แล้ว "ทำใจไม่ได้เนอะ เสียขาทำใจลำบากกว่าที่เป็นอย่างนี้เสียอีก คนมีขาแล้วมันไม่มี....เสียขาทำใจลำบากเพราะเราเคยมีขาไง เคยทำมาหากินได้" "เพื่อน อสม. เคยมีอะไรไปไหนกันตลอด ตอนนี้มันทำใจอยู่เลยหยุดหมด หยุดไปเป็นปีเลย ธรรมดาอยู่กลุ่มแม่บ้านมีกิจกรรมก็ไปกันตลอด มันไม่สะดวกไงเพราะนิสัยตัวเองวิ่งตลอดจะไว พอตัวเองไปไม่ได้อย่างใจมันก็เลยจอดที่นี้ทำงานต้องทำงานจริง ๆ น่ะ เหลาแหละไม่ชอบ" นอกจากจะทำใจไม่ได้กับขาที่สูญเสียไปแล้ว การสูญเสียขาของผู้ป่วยยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ด้วย "อายมีส่วนจริง ๆ ทำใจไม่ได้ เป็นปีแล้วยังทำใจไม่ได้เลย.....ก็ตัวเองขาไม่ดีจะไม่ใส่แล้วของสวย ๆ งาม ๆ ยกให้เขาหมดเลย ไม่มีเหลือในตู้ ยิ่งกระโปรงสวย ๆ งาม ๆ ...เวลาไปไหนจะใส่คลุมหมดเลย ใส่ถุงเท้า ใส่ผ้าใบ ใส่กางเกงยีนส์ จะไม่ให้ใครรู้เลย" และเมื่อสอบถามถึงผลกระทบที่มีต่อความรู้สึกถึงการมีคุณค่าและความเชื่อมั่นในตนเอง ผู้ป่วยกล่าวว่า "ลดลงเยอะเลย เมื่อก่อนตัดส้มโอ เราปีนขึ้นไปตัดเอง ตอนนี้ทำไม่ได้ รายได้ลดลงไปครึ่งหนึ่งเลย" ความมีคุณค่าของตนสำหรับผู้ป่วยรายนี้ ผู้ป่วยนำไปเปรียบเทียบกับรายได้ของครอบครัวก่อนที่จะสูญเสียขาไป "เมื่อก่อนตอนขาดี ๆ เชื่อมั่นน่ะ มันจะไวทุกอย่าง ตอนนี้มันผิดกันเยอะเลย" สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยรายนี้สะท้อนให้เห็นถึงการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยเพื่อเผชิญกับบทบาทใหม่ ในระบบบริการสุขภาพมักจะให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลัน การรักษาและให้กำลังใจอย่างเต็มที่เกิดขึ้นในช่วงระยะวิกฤตของชีวิตผู้ป่วย แต่เมื่อผ่านภาวะนี้ไปแล้วผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและการปรับเปลี่ยนตนเองตามลำพัง บทบาทของพยาบาลคือการช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจว่าความพิการที่เกิดขึ้นมิได้หมายความว่าบทบาทหน้าที่ที่มีอยู่จะหมดสิ้นไป แต่บทบาทหน้าที่จะต้องได้รับการปรับปรุงใหม่ให้เหมาะสม การที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยไม่มีหน้าที่อีกต่อไป (Miller. 1992 : 407)

ความรุนแรงของความรู้สึกสูญเสียโดยเฉพาะอวัยวะที่สำคัญนั้นมีปรากฏให้เห็นในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหญิงอีกรายที่ป่วยเป็นเบาหวานแล้วต้องถูกตัดนิ้วโป้งเท้าไปเมื่อหนึ่งปีมาแล้ว ในตอนแรกแพทย์บอกว่าจะต้องตัดถึงใต้หัวเข่า ซึ่งความรู้สึกของผู้ป่วยในตอนนั้นผู้ป่วยเล่าให้ฟังว่า "ฉันก็บอกว่าถ้าตัดถึงใต้หัวเข่าฉันไม่ตัดหรอก ฉันยอมตาย" แต่ต่อมาผู้ป่วยก็ยินยอมที่จะตัดนิ้วโป้งเท้าข้างที่เป็นแผลเน่าเมื่อผู้ป่วยย้ายไปอีกโรงพยาบาลหนึ่ง "หมอที่เป็นเพื่อนหลานชายก็มากันเยอะแยะ มาให้กำลังใจ บอกคุณ

ป้าทำใจดี ๆ น่ะครับ ไม่ต้องตัดถึงใต้หัวเข่าหรอก ตัดนิ้วเดียวเท่านี้ ก็ตัดคืนนั้นเลยค่ะ...ไม่ยอมได้ไงหล่ะ เขาฉีกหมดน่ะ (หมายถึงโรงพยาบาลแรกได้เปิดแผลผู้ป่วยออกดู)" แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยก็ยังกลัวเรื่องการที่จะต้องถูกตัดขา โดยเฉพาะการมานอนโรงพยาบาลในครั้งนี้ ผู้ป่วยมาด้วยแผลที่นิ้วโป้งของเท้าอีกข้างเป็นแผลคล้ายกับนิ้วที่เคยถูกตัดมาก่อน สำหรับความรู้สึกครั้งนี้ผู้ป่วยก็ยังยืนยันที่จะไม่ยอมตัดขา ถ้าแพทย์ต้องให้ตัด โดยกล่าวว่า "ความตายไม่กลัว ถ้าหากตัดขาคราวนี้ขอตายดีกว่า กลัวเรื่องตัดนี่แหละค่ะ"

3.1.2.5 ความรู้สึกว่าเป็นภาระผู้อื่น การรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระเกิดขึ้นเมื่อบุคคลกลายมาเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นและมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นภาระผู้อื่น การรู้สึกถึงคุณค่าในตนจะลดลง การที่ต้องพึ่งพิงทั้งทางกายภาพ เศรษฐกิจและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นภาระต่อคนอื่น "รู้สึกสงสารลูก ต้องใช้จ่ายเงินมากเพราะเขาไม่ใช่เบิกได้" "ก็รู้สึกเหมือนกัน ทำให้ลูกเขาลำบาก เขาทำมาหากินแล้วยังต้องมาเฝ้า" "โรคนี้มันเป็นแบบแก่ง่ายตายยาก เป็นโรคหัวใจยังดีกว่าปุบปับตายเลย โรคทรมานลูกหลาน เวลาเราช่วยตัวเองไม่ได้มันทรมานลูกหลานอยู่แล้วครับ แทนที่เขาจะมาทำงานทำการ เขาก็ต้องมาช่วยหรือหาคนมาช่วย" "พึ่งเรื่องการเป็นอยู่ การกินอยู่"

นอกจากความรู้สึกต้องพึ่งพิงแล้ว ในผู้ป่วยบางรายก็เกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความผิดของตนและรู้สึกผิดต่อครอบครัว ผู้ป่วยโรคตับแข็งรายหนึ่ง ได้แสดงออกถึงความรู้สึกผิดที่ตนเองไม่ได้เอาใจใส่ต่อสุขภาพและทำให้ต้องเป็นภาระของคนในครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งภรรยา ผู้ป่วยได้บอกเล่าถึงสิ่งที่ตัวเองทำผิดพลาดในอดีตว่า "ไม่ได้ทำตัวให้ดีขึ้นเลย พอใจจะทำก็ทำไม่พอใจจะทำก็ไม่ทำ...ผิดครับ ผิดมาก" จนถึงวันที่ผู้ป่วยต้องเข้าโรงพยาบาลด้วยภาวะของโรคที่รุนแรงขึ้น นอกจากจะทำให้ภรรยาที่มาเฝ้าล้มป่วยลง ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวอีก "รู้สึกจะเดือดร้อนไปหมด เรื่องการเรียนของเด็กน้อย ไม่มีใครไปรับไปส่ง เขาไปทำงานกันหมด แบบเช้าไปเย็นกลับ ปู่กับย่ามาซะไม่มีคนช่วย" ผู้ป่วยโรคไตวายอีกรายหนึ่งได้กล่าวถึงความรู้สึกที่มีต่อภรรยาของตนว่า "สงสารที่เมียปฏิบัติมานานแล้ว เห็นแล้วบางทีอยากตาย"

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของซุค บลิง (Suk Bling. 1998 : 99 – 105) ที่ทำการศึกษาภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งชาวจีนพบว่า ปัจจัยอันเนื่องมาจากสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยเฉพาะความรู้สึกที่ต้องพึ่งพิงและเป็นภาระของครอบครัวเป็นผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ผู้ป่วยจะรู้สึกเก็บกดซึมเศร้า (Depress) และสูญเสียพลังอำนาจ เนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าแทนที่ตนจะมีส่วนช่วยเหลือครอบครัวและทำหน้าที่เช่นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัวอย่างที่ควรจะเป็น แต่เพราะการเจ็บป่วยทำให้ตนต้องกลายมาเป็นภาระของคนในครอบครัว

3.2 การขาดความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและทักษะในการดูแลตนเอง

การขาดความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและทักษะในการดูแลตนเองส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกที่ไม่สามารถจะคาดเดาได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตน ดังได้กล่าวไปแล้วในประเด็นความรู้สึกไม่แน่นอนของโรค/การเจ็บป่วย ผู้ป่วยเบาหวานรายหนึ่งได้เล่าถึงความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองให้ฟังว่า "อาหารต้องอด หมอเขาบอกว่า ลำไย ทุเรียน ขนุน มะม่วงสุก นอกนั้นกินได้นิดๆหน่อย ๆ....ก็อดไม่ค่อยทานอะไร...ก็มีทานสมุนไพรด้วย ยาลูกชายซื้อมาให้จากภาคอีสานเป็นเปลือกไม้....เห็นก็ดีเหมือนกัน ลดเบาหวาน.....ไม่รู้ (ความรู้เกี่ยวกับดูแลตนเอง ดูแลเท้า) แต่เวลาเป็นแผลก็ใจไม่ดีเหมือนกัน แต่มันก็หาย...ก็อยากจะรู้ ปฏิบัติอย่างไร ก็มีสมุดยาวๆที่ทางโรงพยาบาลเขาให้ไป.....เขาบอกไม่ให้กินของมันอะไรอย่างงี้ ไม่ให้กินของกะทิ ออกกำลังกาย ทำเหมือนกันแหละค่ะ ออกกำลังกาย แต่ทำไม่มากเพราะมันแก่ ออกประมาณ 20 นาที ทำไปนานๆหัวมันจะเวียน....ไม่ได้บอกไม่

ได้ถาม ไม่รู้ว่าจะถามอะไร เพียงแต่บอกว่าบางวันก็เพลียบางวันก็ดี ก็ให้ยาบำรุงมากิน...ไม่รู้ (อาการที่ต้องระวัง) หมอนัดก็มา.....ก็ต้องยา ตัวรักษาไม่ได้ จะช่วยได้ก็กินก็ต้องอด กินมากแล้วขึ้นกลัว....เคยคิดค่ะ (ทำให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง) แต่ไม่รู้จะทำอย่างไร ก็ได้แต่ออกกำลังกายบ้าง" ผู้ป่วยบางรายได้กล่าวถึงความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองว่า "มันก็เป็นอยู่อย่างนี้ไม่รู้ว่าจะกลัวอย่างไหน ไอ้ที่สมองตีบมาอย่างนี้ ก็ไม่รู้จะกลัวอย่างไหน เป็นทุกอย่างไม่รู้จะทำอย่างไร" "ไม่รู้ รู้แต่ว่าเขาไม่ให้ทำงานหนัก ไม่ให้เครียด" "ก็ไม่รู้หรอกได้แต่กินยา ยาจะไม่ให้ขาดเลย" "ไม่รู้ แต่ก็อยากรู้เหมือนกัน จะได้ทำตัวเองถูก ก็ถามหมอทุกวัน...หมอบอกใจเย็น ๆ ไม่ต้องไปคิดอะไรมาก" "ไม่มีเลย เจ็บมาถึงหมอปุ๊บเลย"

การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษารวมถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกที่จะรับหรือไม่รับการรักษาก็ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกตื่นกลัว "หมอไม่ให้เหตุผล(ในการตัดขา)....ฉันก็บอกถ้าตัดถึงถึงใต้หัวเข่าฉันไม่ตัดหรอกฉันยอมตาย...หมอก็บอกว่าทำไมคุณป้าไม่ตัด ตัดเถอะครับ"

การให้ข้อมูลบางครั้งก็กระทำในลักษณะของการให้แบบชุดของข้อมูล ข้อสังเกตประการหนึ่งที่พบจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในครั้งนี้คือการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร "เรื่องกินก็อด ๆ หน่อย กินมากไม่ได้....ก็คุมอาหาร กินน้อย ๆ กินไม่มาก ของที่หวานจัดก็ไม่กิน กินแต่ของที่หวานน้อย ๆ" "กินอาหารให้เลือกกิน อย่ากินมากและให้ออกกำลังกาย" "อาหารต้องอด หมอบอกว่าลำไย ทุเรียน ขนุน มะม่วงสุก นอกนั้นกินได้นิด ๆ หน่อย ๆ" "ก็ต้องควบคุมอาหาร..ก็อดไม่ค่อยทานอะไร" จากคำสัมภาษณ์ของผู้ป่วยเป็นที่น่าสังเกตประการหนึ่งที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่พูดตรงกัน คือ อาหารต้องอด เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาหารที่ผู้ป่วยให้ความหมายและตีความเพื่อการปฏิบัติสำหรับตนเอง ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่เจ้าหน้าที่สุขภาพที่จะให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยควรที่จะต้องให้ความสนใจและคำนึงถึง

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการจัดการกับการเจ็บป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการควบคุมมากขึ้นและช่วยบรรเทาความวิตกกังวลจากความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย แผนการรักษาที่ผู้ป่วยต้องลงมือปฏิบัติเองนั้นต้องอาศัยการเรียนรู้ทักษะ ต้องมีการปรับเปลี่ยนนิสัยและการกระทำตามกิจวัตรประจำวันบางอย่างรวมถึงความเครียดทั้งทางกายและจิต (Miller. 1992 : 12 ; citing Reif. 1975. *Beyond medical intervention strategies for managing life in face of chronic illness.)* ความรู้ของผู้ป่วยช่วยในการตัดสินใจและตระหนักถึงทางเลือกและความคาดหวังถึงผลอันเกิดเนื่องมาจากการกระทำ ความรู้ถือได้ว่าเป็นสิ่งสนับสนุนที่ช่วยลดความไม่แน่นอน (Miller. 1992 : 12 ; citing Mishel. 1988. *Finding meaning : Antecedents of uncertainty*.) ช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความหมายของสภาพการณ์ที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วย (Miller. 1992 : 12 ; citing Turk. 1979. *Factors influencing the adaptation process with chronic illness.*) การขาดความเข้าใจนำไปสู่ความท้อแท้และนิ่งเฉย ซึ่งเป็นลักษณะของการสูญเสียพลังอำนาจ (Miller. 1992 : 12)

3. 3 พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ

การแสดงออกของพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นสิ่งซึ่งผู้ป่วยรับรู้และสัมผัสได้ บางพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่แสดงออกกับผู้ป่วยช่วยสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยที่ผู้ป่วยเรียกว่า "กำลังใจ" และในบางพฤติกรรมก็บั่นทอนพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยได้เช่นเดียวกัน

สำหรับในส่วนของพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียพลังอำนาจที่สำคัญคือ การแสดงออกทางด้านคำพูดและการแสดงออกถึงท่าทีของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่มีต่อผู้ป่วย

การพูดเป็นพฤติกรรมการแสดงออกที่บางครั้งทำให้ผู้ป่วยเกิดความท้อแท้และหมดกำลังใจโดยที่บางครั้งเจ้าหน้าที่สุขภาพเองอาจไม่รู้ตัว "พยาบาลอีกคนหนึ่งพูด ตัดอีกนิ้วหนึ่ง ตัดให้คู่กันเลย พยาบาลที่เป็นผู้ช่วยน่ะ ตัวนายแพทย์เขาไม่เห็นพูดว่าจะตัด พอหมอไปพยาบาลคนนี้พูดเสียใจจัง มานอน

คิด....พยาบาลมาพูดอย่างงี้ใจเสียเลย หมอไม่พูดพยาบาลมาพูดไม่สวย พูดไม่เพราะเลย ไม่ให้กำลังใจคนไข้เลย นั่นน่ะเขาตัดกันเยอะแยะไป พูดอย่างงี้น่ะค่ะ ตัดไปสองนิ้วจะได้คู่กัน" "บางครั้งรีบ ๆ ตรวจ นัดเรามา 1 เดือน เราก็มาตามนัด แต่บางครั้งเราก็ถามเขา หมออารมณ์ไม่ดี หมอบอกว่าคุณมีแต่เรื่องมาให้ผมนี่ถ้าไม่มีจะมาหาหมอทำไม โรคโน้นโรคนี้บางครั้งมันเป็นอะไรที่แทรกซ้อน แบบเป็นหวัดเป็นอะไรนี่ เขาไม่ค่อยรับฟัง อันนี้เราต้องทำใจ" "การพูด พยาบาลบางคนที่โรงพยาบาลนี้เมื่อก่อนนี้น่ะตึกสามัญ โอ้โห..เจ้าประคุณเอ๋ย ประชาชนร้องกันไม่ไหว" "หมอไม่ให้กำลังใจ พูดห้วน ๆ แล้วก็ดุ บางครั้งมาวันเดียว วันที่สองไล่กลับ ก็บอกคุณหมอเบาหวานตั้ง 300 กว่าจะให้กลับแล้วหรือ" "หมอบอกตรง ๆ บางครั้งก็เบื่อ"

ท่าทีที่แสดงออก ก็มีส่วนทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจได้เช่นกัน "บางทีเป็นอะไรก็ถาม หมอก็เฉย ๆ ยาก็ไม่จัด คงไม่รุนแรงอะไรมั้ง บางทีก็จัดไปให้บ้างนิดหน่อย" และในผู้ป่วยบางรายก็ไม่กล้าที่จะซักถาม "ไม่กล้าถาม เห็นหมอหน้าเครียด ๆ เวลามาตรวจเราไม่กล้า พอจะถามก็เบนหน้าไปโน่นแล้ว"

คำพูดและท่าทีของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ผู้ป่วยต้องการ คือท่าทีที่เอาใจใส่และคำพูดที่ให้กำลังใจ "หมอคนผู้ชายจีน ๆ นั่นดีมาก แกถามละเอียด ซักว่าอาการเป็นอย่างไรดีขึ้นไหม เจ็บป่วยตรงไหน บางคนแค่แป๊บ ๆ ก็ออก ถ้าหมอผู้หญิงแกไม่ค่อยซักหรอก แกสั่งยาอย่างเดียว" "เรามาหาหมอก็ต้องการให้หมอพูดดี อธิบายให้เข้าใจ เหมือนคนโรคหนักนี่มันก็อาจจะเบา แหมมานี่ไม่เคยให้ความเห็นดีเลย" "ต้องให้กำลังใจคนไข้ค่ะกับคนไข้ ไม่ใช่มาทะเลาะกับคนไข้" "พยาบาลคนไหนพูดจาอ่อนหวาน ฉันรัก"

พฤติกรรมการสื่อสารระหว่างบุคคลของเจ้าหน้าที่สุขภาพ จะมีอิทธิพลโดยตรงต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการสื่อสารทางคำพูด (Verbal Communication) ที่เจ้าหน้าที่สุขภาพให้ต่อผู้ป่วยนั้นถูกจำกัด หรือให้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอแก่ผู้ป่วย โดยทั่วไปผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะรับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล นอกจากนั้นผู้ป่วยยังประเมินการปฏิบัติงานโดยทั่วไปของเจ้าหน้าที่สุขภาพโดยอาศัยดูจากพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและพฤติกรรมด้านความรู้สึก ท่าทีของเจ้าหน้าที่สุขภาพ ฟลอเร้นซ์ไนติงเกลได้กล่าวเตือนไว้ว่า การที่แพทย์ พยาบาลพูดกระซิบกระซาบกันและชำเลืองไปที่ผู้ป่วยเป็นการเสียมารยาทและทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลได้เป็นอย่างมาก (สมจิต หนุเจริญกุล. 2543. : 140 ; อ้างอิงจาก Nitingale. 1959. *Note on nursing : What it is, and what it is not*. p. 26.) ทั้งจากข้อค้นพบและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องชี้ให้เห็นว่าการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพมีความสำคัญที่จะต้องให้ความระมัดระวังเป็นอย่างยิ่ง

4. การรับรู้ถึงบทบาทของพยาบาล

จากการสอบถามผู้ป่วยถึงบทบาทของพยาบาลตามทัศนะของผู้ป่วย พบว่ามีความแตกต่างหลากหลายกันไปขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผู้ป่วยแต่ละคนได้รับจากการปฏิบัติงานของพยาบาล สรุปได้ดังนี้

4.1 บทบาทของพยาบาล คือการปฏิบัติงานตามคำสั่งของแพทย์ ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวถึงหน้าที่ของพยาบาลว่า "หน้าที่ของเขาคือปฏิบัติตามคำสั่งของหมอ" แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยก็มีความรู้สึกที่ดีต่อพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาโดยกล่าวว่า "พยาบาลที่นี่เขาก็ดีทุกคน บางคนดีกว่าหมออีก เก่งกว่าหมออีกที่เก่งเพราะอะไร เพราะเขาพูดจากับเราดี เขามาถามอยู่เรื่อยลุงเป็นอะไรไหม ลุงเหนื่อยไหม เขาเอาใจใส่ดีผมว่าพยาบาลที่นี่ดี ดีกว่าหมอบางคนเสียอีก" เมื่อสอบถามถึงบทบาทของพยาบาลเกี่ยวกับการให้ความรู้คำแนะนำในการปฏิบัติตน ผู้ป่วยกล่าวว่า "การปฏิบัติตนเขาถือว่าหมอแนะนำไปแล้ว การใช้ยาก็เภสัชมาให้วิธีแบบให้ยามาแล้วยานี้จะกินอย่างไร พ่นอย่างไรตอนไหน.....พยาบาลเขาก็ไม่ได้แนะนำอะไรหรอกครับทำตามคำสั่งหมออย่างเดียว" กับคำถามที่ว่าพยาบาลควรมีบทบาทอะไรที่มากไปกว่านี้หรือไม่ ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นว่า "ผมว่าบทบาทของพยาบาลที่ทำอยู่นี้ก็พอสมควรแล้ว"

4.2 บทบาทของพยาบาล คือ การปฏิบัติงานตามหน้าที่ ได้แก่ วัดปรอท ความดัน ให้ยาและสอบถามอาการผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป ผู้ป่วยหญิงรายหนึ่งเมื่อสอบถามว่าตั้งแต่มานอนโรงพยาบาล พยาบาลได้ให้ข้อมูลหรือได้ทำสิ่งใดให้บ้าง เธอตอบว่า "เขาก็ดีทุกคน แต่ไม่เคยมาแนะนำอะไรเลย...มาให้ยา วัดปรอท ความดันแล้วก็ไป แต่ถ้าหมอ...มา หมอก็จะถามว่าเป็นยังบ้าง หมอก็มาบอกว่าวันโน้นวันนี้จะดีขึ้น" "มาให้ยา วัดความดันเฉย ๆ ไม่ได้พูดอะไร...ก็มาถามบ้างแต่ไม่ค่อยมาเวลามาคุยมากหรอก แต่พยาบาลตึกนี้เขาดี...พูดดีอะไรดี" "เขาก็ทำตามหน้าที่ของเขา เช้าขึ้นก็วัดปรอท วัดความดัน วัดชีพจร...ถามว่าเป็นอะไรมาวันนี้ฉี่กี่หนถ่ายกี่หน นอกนั้นไม่เห็นมีอะไร"

ผู้ป่วยหญิงโรคเบาหวานมาด้วยแผลที่เท้า ได้กล่าวถึงพยาบาลเมื่อได้สอบถามถึงสิ่งที่พยาบาลปฏิบัติต่อเธอระหว่างที่อยู่ที่โรงพยาบาลว่า "เขาเดินมาฉีดยา มาให้ยาป้า ทำแผลไม่ได้ดูอะไร..ไม่เคยแนะนำอะไร" สำหรับเรื่องคำแนะนำ "ไม่เคยแนะนำอะไร" สิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังกับพยาบาล "ก็ไม่ได้คาดหวังอะไร แต่เขาก็บอกว่าอย่าให้ติดเชื้อมาอีก ถ้ากลับบ้านให้มาล้างแผลทุกวัน"

4.3 บทบาทของพยาบาลในการช่วยสนับสนุนทางด้านจิตใจ ในบริบทของการเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล ความเครียด ความทุกข์ทรมาน และอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้บรรยากาศของความเครียด ความทุกข์ทรมานลดความรุนแรงลงได้ "พยาบาลก็เตือนใจเย็น ๆ แหมก็เครียดเต็มที่เหมือนกัน บางครั้งพอคนเราโมโห พอมีคนเตือนสติมันก็อารมณ์เย็นเหมือนกัน" "เขามานี่ต้อนรับเราดี มาจะพูดจาหยอกล้อเล่นกันดี บางครั้งฉันไม่อยู่ก็มาดูแล(ผู้ป่วย)ให้ดี ความสะอาดก็ดี พอตอนจะกลับก็บอกว่าถ้ามีอาการอะไรก็มา" "พยาบาล..... พูดจาเพราะ บริการดี ถึงเสีย (ตาย) ก็ไม่เสียใจหรอกเพราะเขาทำให้เต็มที่แล้ว นี่แหละที่ดี"

ในด้านการให้กำลังใจ พยาบาลซึ่งถือได้ว่าเป็นเจ้าหน้าที่สุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดมีบทบาทอย่างมากในการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยให้ความชื่นชมกับพยาบาลที่แสดงออกถึงท่าทีเอาใจใส่และห่วงใยผู้ป่วย "ก็ด้วยคำพูดของเขา (พยาบาล) การต้อนรับของเขา การถามไถ่อาการทุกข์สุข เขาเป็นห่วงเป็นใย ลุงเหนื่อยไหมอะไรไหม เราก็มีกำลังใจ" ในภาวะวิกฤตด้วยคำพูดของพยาบาลก็มีส่วนในการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย "พยาบาลนั่นแกก็บอกว่าคนที่เป็นมากกว่าลุงก็มี อย่าไปท้อแท้ใจน่ะให้มีกำลังใจต่อสู้" "พยาบาลช่วยได้เยอะเลย...เขาบอกพี่ไม่ต้องไปเสียใจหรอก เขาไม่รักเราก็ไม่ต้องไปรักมัน คนที่แย่กว่าพี่สองข้างสามข้าง (หมายถึงถูกตัดแขน ขา) อูยเขาพูดเยอะเลยพยาบาล" "พยาบาลที่นี่ก็ดีน่ะค่ะ อธิบายว่าไม่เจ็บหรอกไม่ต้องกลัว...วันนี้เอาแล้ว (ยอมไปล้างไต) ถ้าไปก็ไป ถ้าตายก็ตาย ถ้าไม่ตายก็ไม่ตาย แต่มาเจอพยาบาลเขาพูดดี"

4.4 บทบาทของพยาบาลในการช่วยกระตุ้น "ให้ออกกำลังกาย ลุงอย่านอนเฉย ๆ พลิกตัวบ้าง แกว่งขาบ้าง หมั่นพลิกซ้ายพลิกขวา พยาบาลคนเมื่อกี้จี้ทุกวัน..ดีครับ คือว่าไม่ถือตัวกับคนไข้"

เป็นที่น่าสังเกตว่าการรับรู้ของผู้ป่วยต่อบทบาทของพยาบาลจะเน้นไปที่การปฏิบัติกิจกรรมตามคำสั่งแพทย์และการปฏิบัติการพยาบาลถูกมองว่าเป็นไปในเรื่องของการทำงานตามหน้าที่ เช่น วัดปรอท ความดัน สอบถามอาการทั่วไป ในขณะที่การให้ข้อมูลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอ้างอิงว่าได้รับจากแพทย์ แต่สิ่งหนึ่งที่ผู้ป่วยได้กล่าวถึงพยาบาลโดยบางครั้งไม่ได้มีการตั้งประเด็นในการถามก็คือ การให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจกับผู้ป่วย และผู้ป่วยเองเมื่อเกิดความคับข้องใจ ไม่เข้าใจ บุคคลแรกที่ผู้ป่วยและญาติจะเข้าไปหาคือพยาบาล ข้อเท็จจริงนี้ปรากฏในขณะที่ผู้วิจัยอยู่ในระหว่างการเก็บข้อมูลผู้ป่วย ณ หอผู้ป่วยแห่งหนึ่ง แล้วพบว่าญาติผู้ป่วยเข้ามาพบพยาบาลเพื่อสอบถามถึงแผนการรักษาของสามี เนื่องด้วยไม่เข้าใจถึงเหตุผล

ของการที่จะต้องถูกส่งตัวไปรักษาต่อเนื่องที่อื่น ความจริงที่ปรากฏนี้แสดงให้เห็นถึงความไว้วางใจของผู้ป่วยและความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติว่าพยาบาลจะสามารถช่วยให้ความกระจ่างและแก้ไขภาวะความคับข้องใจให้กับตนเองได้ ซึ่งถือว่าเป็นพื้นฐานเบื้องต้นของการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยและพยาบาลเป็นฐานอยู่แล้ว นอกจากนั้นในผู้ป่วยบางรายยังได้แสดงออกถึงความเห็นใจในภารกิจของพยาบาล "ผมว่าบทบาทของพยาบาลที่ทำอยู่นี้ก็พอสมควรแล้ว" "คนไข้เยอะบางทีก็วิ่งพล่านหมด"

ข้อค้นพบเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลนี้เป็นเพียงมุมมองที่เกิดจากการรับรู้และตีความของผู้ป่วยที่ศึกษาจำนวนหนึ่งเท่านั้น แต่ก็สามารถใช้เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงบทบาทของพยาบาลในบริบทของระบบบริการสุขภาพได้

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยได้นำข้อค้นพบที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร่วมกับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อนำมาใช้ในการอธิบายเกี่ยวกับพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจ การนำไปประยุกต์ใช้ในการงานการพยาบาล โดยได้รวบรวมประเด็นสำคัญในการนำเสนอไว้ดังนี้

1. พลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจ
2. การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยและการจัดการกับการเจ็บป่วยกับการนำมาใช้ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
3. บทบาทพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
4. สมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

1. พลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจ

จากผลการศึกษาพบสภาวะหรือปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจและมีพลังอำนาจดังนี้

1. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีพลังอำนาจ
    - 1.1 แรงจูงใจ
        - 1.1.1 การรับรู้ถึงความรับผิดชอบและการมีเป้าหมายในชีวิต
        - 1.1.2 ความเชื่อในศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์
    - 1.2 ความหวัง
        - 1.2.1 โอกาสในการรักษาหรือหายจากโรคที่เป็นอยู่
        - 1.2.2 การได้พบเห็นตัวอย่างของผู้ป่วยรายอื่นที่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมโรค
    - 1.3 การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น
        - 1.3.1 จากคนในครอบครัว
        - 1.3.2 จากสังคม
    - 1.4 ความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง
    - 1.5 พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ
        - 1.5.1 ความสามารถของเจ้าหน้าที่สุขภาพ
        - 1.5.2 การแสดงออกถึงพฤติกรรมที่เสริมสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วย
    - 1.6 การมีทัศนคติทางบวกต่อโรคที่เป็นอยู่
    - 1.7 การยอมรับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจ

2.1 ผลกระทบของการเจ็บป่วย

2.1.1 ผลกระทบที่มีต่อร่างกาย : สมรรถภาพที่ลดลง

2.1.2 ผลกระทบที่มีต่อจิตใจ

2.1.2.1 ความกลัวต่อผลของการเจ็บป่วย

2.1.2.1.1 ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วย

2.1.2.1.2 ความกลัวอันเนื่องมาจากการที่ไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตน

2.1.2.2 ความรู้สึกท้อแท้

2.1.2.2.1 ความรู้สึกหมดหวัง

2.1.2.2.2 ความรู้สึกไม่แน่นอนของโรค/การเจ็บป่วย

2.1.2.2.3 ความทรมานอันเกิดจากโรคที่เป็นอยู่

2.1.2.3 ความเครียด

2.1.2.4 ความรู้สึกถึงความสูญเสีย

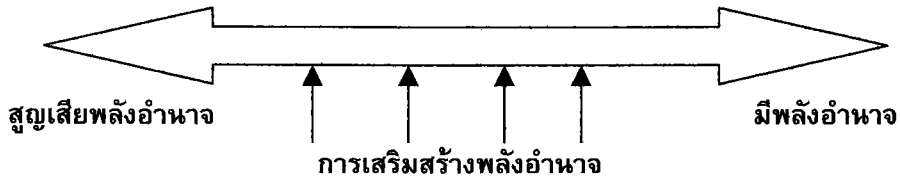
2.1.2.5 ความรู้สึกว่าเป็นภาระผู้อื่น

2.2 การขาดข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคและทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

2.3 พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ

ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวมีความสอดคล้องกับที่มิลเลอร์ (Miller. 1992) ได้กล่าวถึงแหล่งของพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยที่มีด้วยกัน 7 แหล่ง คือ (1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ (2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (3) อัตมโนทัศน์เชิงบวก (4) พลังงาน (5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (6) แรงจูงใจ และ (7) ระบบความเชื่อ

นอกจากนี้ข้อค้นพบแสดงให้เห็นถึงการเคลื่อนที่ไปมาระหว่างพลังอำนาจกับการสูญเสียพลังอำนาจภายในตัวผู้ป่วยที่อยู่บนฐานของแหล่งพลังอำนาจเดียวกัน เมื่อใดก็ตามที่แหล่งของพลังอำนาจแหล่งใดแหล่งหนึ่งหรือหลาย ๆ แหล่งลดลงหรือเกิดความพร่อง ผู้ป่วยจะเกิดภาวะที่เรียกว่า สูญเสียพลังอำนาจ และในทางกลับกันถ้าแหล่งของพลังอำนาจนั้นได้รับการช่วยเหลือ เอื้ออำนวยหรือสนับสนุนให้มีความเข้มแข็งขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดภาวะที่เรียกว่า มีพลังอำนาจ แสดงให้เห็นว่าการสูญเสียพลังอำนาจและการมีพลังอำนาจเป็นสภาวะที่อยู่คนละขั้วบนเส้นตรงที่มีความต่อเนื่องกัน



ภาพประกอบ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการสูญเสียพลังอำนาจ การมีพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ซึ่งการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเปลี่ยนจากการสูญเสียพลังอำนาจไปสู่การมีพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของตน คือสิ่งที่เรียกว่า **การเสริมสร้างพลังอำนาจ**

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาวะทั้งสองจากผลการศึกษาครั้งนี้ได้แก่

1. การเจ็บป่วย
2. พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ
3. สัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม อันได้แก่ ครอบครัว สังคม
4. ความรู้ และทักษะในการดูแลตนเอง

สอดคล้องกับที่สเตปลีตัน (Stapleton. 1992 : 321)ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถึงการสูญเสียพลังอำนาจ ได้แก่ การเจ็บป่วย ระบบบริการสุขภาพ สัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม อันได้แก่ ครอบครัว สังคม ความเชื่อ ค่านิยมและวัฒนธรรมของผู้ป่วย และความรู้เกี่ยวกับโรคและทักษะในการจัดการกับการเจ็บป่วย และ ซุค บลิง (Suk bling .1998) ที่พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งชาวจีนเกิดการสูญเสียพลังอำนาจ คือ ความเจ็บป่วย สัมพันธภาพกับผู้อื่น และการไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่เคยกระทำได้และปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ

พลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจ เมื่อนำมาเขียนในรูปแบบของคุณลักษณะ จะพบว่า

ปัจจัย	คุณลักษณะ	
	การสูญเสียพลังอำนาจ	**การมีพลังอำนาจ**
1. ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกาย	สมรรถภาพของร่างกายลดลง	สมรรถภาพของร่างกายปกติ
2. ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อจิตใจ	หมดหวังในการรักษาหรือหายจากโรคที่เป็นอยู่	มีโอกาสในการรักษาหรือหายจากโรคที่เป็นอยู่
	ได้พบเห็นตัวอย่างผู้ป่วยรายอื่นในทางลบ	ได้พบเห็นตัวอย่างผู้ป่วยรายอื่นในทางบวก
	ไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตน	คาดเดาเหตุการณ์ของการเจ็บป่วยได้
	การที่ต้องถูกจำกัด	สามารถที่จะเลือก
	รู้สึกสูญเสีย	ยอมรับสภาพที่เปลี่ยนแปลงได้
	เป็นภาระผู้อื่น	รับรู้ถึงความรับผิดชอบที่มี
	ทัศนคติทางลบต่อโรค	ทัศนคติทางบวกต่อโรค

ปัจจัย	คุณลักษณะ	
	การสูญเสียพลังอำนาจ	การมีพลังอำนาจ
3. ความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง	ขาดข้อมูล ความรู้และทักษะ	มีความรู้และทักษะเพียงพอ
4. พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ	เฉยเมย	ห่วงใย
	บั่นทอนกำลังใจ	ให้กำลังใจ
	ไม่มีความสามารถ	มีความสามารถ
5. การได้รับการสนับสนุน ครอบครัว	ทอดทิ้ง	ดูแล
	บั่นทอนกำลังใจ	ให้กำลังใจ
สังคม	ไม่ให้ความช่วยเหลือ	ให้ความช่วยเหลือ
	บั่นทอนกำลังใจ	ให้กำลังใจ

คุณลักษณะดังกล่าวมีประโยชน์ในอันที่จะช่วยให้พยาบาลใช้ในการประเมินผู้ป่วยถึงสภาวะของพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจและแหล่ง/ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียพลังอำนาจ เพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย

2. การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยและการจัดการกับการเจ็บป่วยกับการนำมาใช้ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยและการจัดการกับการเจ็บป่วยสามารถนำมาใช้เป็นข้อคิดที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ดังนี้

2.1 การให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อการเจ็บป่วยนั้นส่งผลกระทบอย่างมากหรือชัดเจนต่อสมรรถภาพของร่างกาย ดังนั้นการให้ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยตามสภาพที่เป็นจริงแก่ผู้ป่วยรวมถึงผลดีของการปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและผลเสียของการไม่ใส่ใจต่อสุขภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความรับผิดชอบของตนที่มีต่อสุขภาพ

2.2 การรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ส่งผล 2 ทาง กล่าวคือ

2.2.1 ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับในสภาพของสังขาร เป็นการช่วยสนับสนุนทางด้านจิตใจช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับและมีชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วย

2.2.2 แม้เป็นเรื่องของธรรมชาติที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ก็สามารถควบคุมและมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขได้แม้มีข้อจำกัด

2.3 การจัดการกับการเจ็บป่วยตามแผนการรักษา

2.3.1 เรื่องการรับประทานยาเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากอยู่แล้ว แต่การให้ความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา อาการผิดปกติและแนวทางแก้ไขยังดูเหมือนเป็นสิ่งที่ยังขาดอยู่

2.3.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติตามปัจจัยในเรื่องการรับรู้ถึงผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อสภาพร่างกาย ผลของการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก นอกจากนั้นจะต้องประเมินถึงบุคลิกภาพของผู้ป่วยร่วมด้วยว่าเป็นประเภทที่ใส่ใจต่อสุขภาพของตนหรือไม่

2.4 การดูแลสุขภาพของตนเอง การศึกษาชี้ให้เห็นว่าการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่คอยย้ำเตือนด้วยความห่วงใยและการให้ผู้ป่วยคำนึงถึงครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงบทบาทของพยาบาลในการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วย

3. บทบาทพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

พยาบาลถือได้ว่าเป็นเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นจึงเป็นที่คาดหวังว่าจะดูแลและช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยเป้าหมายของการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537 : 19 ; อ้างอิงจาก Cluff. 1981. *Chronic disease, function and the quality of care.*; Brighton. 1994 : 12 ; citing Neufeld and Duck. 1993. *A nursing intervention strategy to foster patient involement in treatment decisions.*)

3.1 การควบคุมโรคและการรักษาพยาบาลตามอาการเพื่อลดความรุนแรงของอาการและอาการแสดง ยับยั้งความก้าวหน้าของโรค ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค

3.2 การช่วยเหลือผู้ป่วยให้เพิ่มขีดความสามารถในการปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสมและรับผิดชอบในการดูแลตนเอง

3.3 การดำรงไว้และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือความสามารถที่จะแสดงบทบาทที่มีความสำคัญต่อตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า มีความรู้สึกถึงความเป็นอิสระ มีความรู้สึกพึงพอใจกับตนเอง ความสามารถและสัมพันธภาพ และมีความรู้สึกถึงการมีสุขภาวะที่ดีแม้จะมีข้อจำกัดอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย

ถึงแม้ว่าจะมีผลกระทบทางด้านลบที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้จากการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย สภาพทางร่างกายที่แย่ลง การที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น บทบาทที่ต้องปรับเปลี่ยน ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนให้มีการปรับตัวให้เข้ากับการเจ็บป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเผชิญกับการเจ็บป่วยได้ ผู้ป่วยจะมองเห็นว่ายังมีแหล่งของความช่วยเหลือ/ทรัพยากรมากมายที่ช่วยให้ตนสามารถที่จะควบคุมชีวิตของพวกเขาได้ ซึ่งตามนัยดังกล่าวคือ การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย

ตามแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ระบบการบริการรักษาพยาบาลจะต้องเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วย ด้วยการ

3.1 ส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของร่างกายและบทบาท

3.2 ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาวิธีการควบคุมในบริบทของโรคและจำแนกแยกแยะชนิดของการควบคุมและสิ่งที่สามารถควบคุมได้

3.3 ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้

3.4 เตรียมผู้ป่วยให้รับรู้ถึงข้อจำกัดและพฤติกรรมที่จะต้องปรับเปลี่ยน ด้วยการให้ข้อมูลความรู้และทักษะเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลที่เหมาะสม อันจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

3.5 ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับต่อสภาพการเจ็บป่วยตรงตามสภาพจริง เชื่อว่าตนเองสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตของตนเองได้ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่และเชื่อว่าในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ยังมีความหมาย

โดยอยู่บนพื้นฐานของการให้ความเคารพต่อความเชื่อ ค่านิยมและประสบการณ์ของผู้ป่วย ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความสนใจและเป้าหมายในชีวิตของผู้ป่วย ความเชื่อในความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจ และการยอมรับในหน้าที่ความรับผิดชอบและการกระทำของผู้ป่วย

จากข้อค้นพบที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น ทำให้ได้แนวคิดเกี่ยวกับการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่จะปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยดังนี้

3.1 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้เอื้ออำนวยทรัพยากรสำหรับผู้ป่วยเพื่อการรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

3.2 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลง

3.3 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วยและต่อตนเอง

3.4 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ

3.5 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ

3.1 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้เอื้ออำนวยทรัพยากรสำหรับผู้ป่วยเพื่อการรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากรเพื่อการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ถือได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และถือได้ว่าเป็นแหล่งของพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วย การสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบจากการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความรู้ ความเข้าใจที่ไม่เพียงพอต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ท้อแท้ เครียด และรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น จากการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยที่ขาดข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคและทักษะในการดูแลตนเอง ส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย เกิดความรู้สึกที่ไม่สามารถจะคาดเดาได้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตน การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษารวมถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกที่จะรับหรือไม่รับการรักษาก็ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว นอกจากนั้นการได้รับข้อมูลที่ให้ในลักษณะแบบชุดของข้อมูลทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจในการปฏิบัติตาม แม้จะทราบดีว่าเป็นผลดีต่อการเจ็บป่วย แต่ก็ไม่มีทางเลือกอื่นในการจัดการที่จะสอดคล้องกับความต้องการของตนและความเหมาะสมของการเจ็บป่วย ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ เข้าใจถึงสภาพของโรคที่เป็นอยู่ จะสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยได้ดี

นอกจากนั้นจากการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยมีการสร้างแบบแผนในการจัดการกับการเจ็บป่วยของตน ประสิทธิภาพของการจัดการขึ้นกับข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ การนำไปปรับใช้ ความใส่ใจและการให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมถึงการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งทรัพยากร

ต่าง ๆ เพิ่มเติมเพื่อสร้างแบบแผนการจัดการกับการเจ็บป่วยให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตน ข้อค้นพบนี้ช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยประการหนึ่งว่า ข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วยไปนั้นเจ้าหน้าที่สุขภาพจะต้องประเมินว่าผู้ป่วยสามารถนำไปปรับใช้กับชีวิตประจำวันของตนได้ดีเพียงใด การรับรู้ของผู้ป่วยเป็นอย่างไรต่อข้อมูลที่ได้รับ และมีข้อมูล ความรู้และทักษะอื่นใดอีกที่ผู้ป่วยยังขาดอยู่ สิ่งหนึ่งที่พบในการศึกษาคือ โดยธรรมชาติผู้ป่วยทุกคนพยายามที่จะแสวงหาวิธีการที่ทำให้การเจ็บป่วยของตนดีขึ้น เพียงแต่ว่ามีโอกาสที่จะได้รับรู้หรือสอบถามหรือแสวงหาข้อมูลที่ต้องการหรือไม่ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยทราบถึงสภาพของตนและกระทำกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อตนเอง ข้อมูลไม่เพียงแต่ช่วยทำนายการควบคุมตนเองสำหรับผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังช่วยสร้างทางเลือกเพื่อตัดสินใจที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

นอกเหนือจากข้อมูล ความรู้ ทักษะในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยแล้ว ยังมีทักษะอื่น ๆ ที่มีความสำคัญและเป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วย ได้แก่

3.1.1 ทักษะการสื่อสาร จากการศึกษาพบว่ามีผู้ป่วยหลายรายที่เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน แต่ไม่กล้าซักถาม โดยให้เหตุผลว่า "ไม่รู้จะถามอะไร" "ไม่กล้าถาม" บทบาทของพยาบาลคือการช่วยผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการของผู้ป่วยและข้อสงสัย และในบางโอกาสจะต้องเป็นตัวกลางในการช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการซักถามข้อข้องใจกับทีมสุขภาพ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มั่นใจที่จะถาม พยาบาลจะต้องทำหน้าที่แสวงหาข้อมูลให้กับผู้ป่วย ข้อเท็จจริงที่มักพบเสมอคือ หลังจากที่แพทย์มาตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ผู้ป่วยหรือญาติมักจะมาสอบถามพยาบาลถึงเหตุผลของการที่แพทย์จะให้การรักษาแบบนั้นแบบนี้เสมอ

3.1.2 ทักษะในการแสวงหาข้อมูล ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนมากมีการแสวงหาข้อมูล ความรู้ วิธีการที่ช่วยในการรักษาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ แหล่งข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยนอกเหนือจากโรงพยาบาลก็คือสังคมของผู้ป่วยเอง ซึ่งความถูกต้องเชื่อถือได้หรือไม่ของข้อมูลบางครั้งก็ไม่ได้รับการยืนยันว่าจะเป็นผลดีกับสุขภาพหรือไม่ บทบาทของพยาบาลนอกจากจะเตรียมแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยแล้ว พยาบาลยังมีส่วนช่วยในการให้ข้อเสนอแนะผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับมาว่าจะมีประโยชน์ต่อสุขภาพและการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยหรือไม่ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้ป่วยในการตัดสินใจ

3.1.3 ทักษะในการตัดสินใจ ทักษะการตัดสินใจช่วยให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักเกี่ยวกับข้อจำกัด และทางเลือกที่จะนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมสอดคล้องกับค่านิยมของตน ปัญหาเกี่ยวกับการตัดสินใจของผู้ป่วยที่พบจากการศึกษา ไม่ได้เกิดจากไม่ทราบจะตัดสินใจอย่างไร แต่เกิดจากไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะช่วยให้เกิดการตัดสินใจ กรณีที่เห็นในการศึกษาครั้งนี้คือ กรณีผู้ป่วยเบาหวานต้องได้รับการตัดขา และผู้ป่วยไตวายที่จะถูกส่งไปล้างไตต่อที่กรุงเทพ ปัญหาเกี่ยวกับประเด็นนี้ พยาบาลจะต้องประเมินว่าผู้ป่วยไม่มีข้อมูลเพียงพอแก่การตัดสินใจหรือไม่รู้ว่าจะตัดสินใจอย่างไร

3.1.4 ทักษะในการจัดการกับปัญหา ผู้ป่วยเมื่อออกจากโรงพยาบาลต้องกลับไปใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน อาจต้องเผชิญกับปัญหาอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยโดยตรง หรือผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อบทบาทหน้าที่และสัมพันธภาพที่มีต่อครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย ตัวอย่างของผู้ป่วยที่สูญเสียขากับการทำใจของผู้ป่วย แสดงให้เห็นถึงปัญหาการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาล

3.1.5 ทักษะการแสวงหาการสนับสนุนจากสังคม ในบางภาวะที่ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่อ่อนแอ ต้องการการช่วยเหลือ พยาบาลต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติถึงความจำเป็นที่ต้องแสวงหา

ความช่วยเหลือจากครอบครัวเพื่อนบ้านในบางโอกาส และทำความเข้าใจว่าการที่ผู้ป่วยต้องการช่วยเหลือนั้นมิใช่เป็นภาระ เพราะจากการศึกษาพบว่าความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่นนำไปสู่ความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย

3.2 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลง

ในการเจ็บป่วยเรื้อรังผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ มากมาย ทั้งจากอาการที่เกิดจากการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ การที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมถึงการที่ต้องถูกจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยมีรวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ สเปรดเลย์ (Dixon. 1998 : 330 ; citing Spradley. 1980. *Managing change creatively.*) ได้กล่าวถึงผลของการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยว่าไม่ใช่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นยังส่งผลต่อสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยด้วย ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว เพื่อน และการทำงาน ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายหนึ่งที่สูญเสียขาเนื่องจากอุบัติเหตุพบว่าผู้ป่วยยังทำใจไม่ได้กับการสูญเสียขาแม้เวลาจะผ่านมาแล้วหนึ่งปีก็ตาม ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าความสามารถในการทำงานของตนลดลง มีผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัว และรู้สึกอับอายที่ต้องออกไปพบผู้อื่น ในสภาพการณ์เช่นนี้ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือในการที่จะปรับตนเองให้เข้ากับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น พยาบาลที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจึงต้องแสดงบทบาทของผู้ช่วยเหลือในการเปลี่ยนแปลง จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในแนวคิดของการเปลี่ยนแปลงและนำทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวให้สามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537 : 186)

การเปลี่ยนแปลงประการหนึ่งที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ การที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น บางช่วงเวลาผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะต้องยอมรับและพึ่งพาการตัดสินใจของผู้อื่น เช่น คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน ซึ่งการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองต้องพึ่งพาผู้อื่น คือภาระที่มีต่อบุคคลอื่น แม้คนที่ผู้ป่วยพึ่งพานั้นจะเป็นคนในครอบครัวของผู้ป่วยเอง ความรู้สึกว่าเป็นภาระผู้อื่นส่งผลต่อความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองที่ลดลง พยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจถึงวิถีของการเจ็บป่วยที่บางระยะของการเจ็บป่วยผู้ป่วยก็สามารถที่จะมีอิสระในการดูแลตนเอง และเมื่อถึงเวลาที่เกิดภาวะวิกฤตขึ้นก็รู้จักที่จะขอการสนับสนุนและช่วยเหลือจากผู้อื่น หน้าที่ของพยาบาลคือการช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความแตกต่างระหว่างการแสวงหาแหล่งทรัพยากรที่เอื้อต่อการจัดการกับการเจ็บป่วยของตนกับความรู้สึกที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือความรู้สึกเป็นภาระของผู้อื่น รวมถึงการทำความเข้าใจกับครอบครัวหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยที่คาดหวังว่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ในบริบทของการศึกษาครั้งนี้ข้อค้นพบประการหนึ่งคือตราบใดที่ผู้ป่วยยังช่วยเหลือตนเองได้ ครอบครัวจะไม่รู้สึกถึงการเป็นภาระ ดังนั้นจึงมักพบคำบอกเล่าของผู้ป่วยต่อความกลัวที่เกิดขึ้นกับการเจ็บป่วยว่า "กลัวแต่จะเป็นอัมพาต" เพราะคนส่วนใหญ่รับรู้ว่าการเป็นอัมพาตนั้นจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองใด ๆ ได้เลย

การช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจว่าการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่อาจจำเป็นต้องปรับบทบาทบางอย่างทั้งบทบาททางสังคมและครอบครัว เพื่อการควบคุมการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ สำหรับพยาบาลก็มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามลำพัง ในขณะเดียวกันก็ต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ของตนได้อย่างอิสระ

3.3 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วยและต่อตนเอง

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อันนำไปสู่ความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ การที่สมรรถภาพของร่างกายที่แย่ลง ความกลัวต่อผลของการเจ็บป่วย ความรู้สึกท้อแท้หมดหวังต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ความรู้สึกสูญเสียและความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระผู้อื่นเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความนับถือในตนเองที่ต่ำลง เชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ใด ๆ ที่มีผลต่อชีวิตของตน มองเห็นว่าตนเองไม่มีค่าเป็นภาระผู้อื่น อันนำไปสู่ความรู้สึกเก็บกดซึมเศร้า

การปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วยและต่อตนเองถือได้ว่าเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติจากเดิมที่เห็นว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่มีอำนาจในการต่อรองหรือตัดสินใจในการรักษาพยาบาล ไปสู่ความเข้มแข็งและให้คุณค่าต่อตนเอง มีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการที่จะนำพาชีวิตตนไปสู่เป้าหมายที่ตนต้องการ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่และเชื่อว่าชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ยังมีความหมาย ซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาวะที่ดีในผู้ป่วย แม้จะมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย

ในผู้ป่วยบางรายที่ทำการศึกษา แม้การเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ แต่ผู้ป่วยก็ได้แสดงออกถึงพลังอำนาจที่จะต่อสู้และพยายามที่จะเอาชนะกับการเจ็บป่วยที่มีอยู่ด้วยการมีทัศนคติทางบวกต่อโรคที่เป็นอยู่และยอมรับต่อสภาวะที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ สิ่งนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถที่จะปรับตัวให้เข้าได้กับการเจ็บป่วยที่มีอยู่ได้ บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วยและต่อตนเอง ได้แก่

3.3.1 การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยยอมรับต่อสภาวะที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ผู้ป่วยจะต้องพยายามยอมรับกับสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ "ทำยังไงได้ เราเป็นไปแล้ว ถ้าปล่อยมันจะแย่กว่านี้มาก ต้องเอาชนะมันให้ได้ ผมพยายามอยู่เรื่อย" การเริ่มต้นด้วยการให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นสามารถควบคุมได้หรือไม่ ถ้าไม่สามารถแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงได้พวกเขาก็จะต้องยอมรับต่อสิ่งที่ได้เกิดขึ้นและพยายามปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม

3.3.2 การช่วยเหลือผู้ป่วยในการให้ความหมายต่อการเจ็บป่วย โดยทั่วไปผู้ป่วยมักพยายามที่จะตีความของสถานการณ์การเจ็บป่วยของตนเพื่อให้เกิดการยอมรับต่อการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เช่น "เป็นเพราะกรรมเก่า" ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้แต่เขาสามารถที่จะจัดการได้ การปรับเปลี่ยนความคิดซึ่งประกอบด้วยการประเมินค่า การทบทวนเหตุการณ์และการพิจารณาตนเองในการยืนยันที่จะก้าวต่อไปข้างหน้า จะช่วยในการพัฒนาความมุ่งมั่นผูกพันที่มีต่อการรักษาพยาบาล

3.3.3 การช่วยผู้ป่วยให้มีการใช้กระบวนการทางปัญญา เป็นการนำกระบวนการทางปัญญาเข้ามาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันและมีความคิดในเชิงบวกต่อชีวิตด้วยการ (Suk Bling. 1998.)

3.3.3.1 การตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน

3.3.3.2 อดทนต่อความยากลำบากที่เกิดขึ้นและเชื่อว่าตราบใดที่มีชีวิตอยู่ โอกาสที่จะพบสิ่งที่ดีกว่าย่อมเกิดขึ้นได้

3.3.3.3 มีทัศนคติทางบวกต่อการเจ็บป่วยและชีวิต

3.3.3.4 มีความหวังที่จะกลับไปสู่การดำเนินชีวิตที่ปกติ

3.3.3.5 เชื่อว่าความทุกข์ทรมานคืออดีต และมีจุดสิ้นสุด

3.3.3.6 ทำให้ชีวิตมีภาระกิจที่ต้องทำอยู่ตลอดเวลา

3.3.3.7 มีชีวิตอยู่กับปัจจุบัน (Living in the moment) มีความรู้สึกที่ดีต่อการมีชีวิตอยู่ในแต่ละวัน

3.3.4 การช่วยให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายสำหรับตัวเองและความรับผิดชอบที่มีต่อตนเองและครอบครัว เป็นแรงจูงใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยต่อสู้กับความยากลำบากที่เกิดขึ้น ในผู้ป่วยที่ทำการศึกษาพบว่าเป้าหมายและความรับผิดชอบของการมีชีวิตอยู่สำหรับผู้ป่วยคือ ครอบครัว

3.4 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ

จากผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการกำลังใจจากเจ้าหน้าที่สุขภาพในช่วงระยะเวลาที่เจ็บป่วย ไม่ว่าจะด้วยคำพูด ท่าทางการแสดงออก "ก็ด้วยคำพูดของเขา (พยาบาล) การต้อนรับของเขา การถามไถ่อาการทุกข์สุข เขาเป็นห่วงเป็นใย ลุงเหนื่อยไหมอะไรไหม เราก็มีกำลังใจ" "พยาบาลนั่นแกก็บอกว่าคนที่เป็นมากกว่าลุงก็มี อย่าไปท้อแท้ใจน่ะให้มีกำลังใจต่อสู้" พยาบาลเป็นเจ้าหน้าที่สุขภาพประเภทเดียวที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จึงถือได้ว่ามีบทบาทอย่างมากในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยด้านจิตใจ นอกจากนั้นผู้ป่วยเองก็คาดหวังการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากพยาบาลด้วยเช่นเดียวกัน "ต้องให้กำลังใจคนไข้ค่ะกับคนไข้ ไม่ใช่มาทะเลาะกับคนไข้" สิ่งที่จะต้องให้ความระมัดระวังในสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยคือ การแสดงออกทั้งคำพูดและท่าทีที่มีต่อผู้ป่วย เพราะนอกจากจะบั่นทอนกำลังใจผู้ป่วยดังที่ได้กล่าวแล้วในประเด็นของการสูญเสียพลังอำนาจแล้วยังเป็นการทำลายความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยซึ่งเป็นพื้นฐานของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.5 บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ

การพิทักษ์สิทธิ (Advocacy) คือความเป็นหุ้นส่วนกัน (Partnership) ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเรื้อรัง (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537 : 124)

การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในทางการพยาบาลถูกมองว่าเป็นเช่นส่วนหนึ่งของการพยาบาลแบบองค์รวมและเป็นการเน้นไปที่การดูแลมากกว่าการรักษา (Care more than cure) (Hummel. 1998 : 368; citing Nelson.1988. *Advocacy in nursing.*) ในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ พยาบาลจะพูดในนามของผู้ป่วยที่ไม่อาจพูดและแสดงความต้องการของตนเองออกมาได้ ผู้พิทักษ์สิทธิจะเป็นตัวแทนของผู้ป่วย เป็นที่ปรึกษาที่ช่วยลดความกลัวและคืนความเป็นอิสระและความสามารถในการควบคุมตนเอง หรือเป็นผู้สร้างการเชื่อมโยงระหว่างค่านิยมของผู้ป่วยกับเป้าหมายและการรักษาพยาบาล (Hummel. 1998 : 368 ; citing Segesten. 1993. *Patient advocacy- An important part of the daily work of the expert nurse.*) รวมถึงการเป็นผู้ให้การสนับสนุนข้อมูล ควบคุมกำกับคุณภาพการดูแลหรือผู้แถลงแทน (Spokesperson)

ปัญหาที่พบในผู้ป่วยที่ทำการศึกษา คือความไม่เข้าใจถึงเหตุผลในการรักษาพยาบาลบางอย่าง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกคับข้องใจ เกิดความสงสัยว่าเพราะสภาวะการเจ็บป่วยของตนแย่ลงจึงต้องได้รับการรักษาแบบนี้หรือเพราะเหตุใด "ทีแรกแกบอกไม่ล้างน่ะ ถามว่าหมอไตไม่ดีไม่ล้างหรือครับ แกบอกไตไม่ดีไม่ต้องล้างมันเสียหมดแล้วกินยาพอประทังไป เป็นอะไรแล้วค่อยมาแล้วกัน.....นี่ไม่รู้ว่าทำไมหมอถึงจะให้ไปล้างไตที่โรงพยาบาลตำรวจ.....แกไม่อธิบายอย่างงี้เนอะ นี่มาหงุดหงิด พาให้เราเครียดเราโมโห" นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยหลายรายที่เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน แต่ไม่กล้าซักถาม โดยให้เหตุผลว่า "ไม่รู้จะถามอะไร" "ไม่กล้าถาม" บทบาทของพยาบาลคือการช่วยผู้ป่วยในการค้นหา

ความต้องการของผู้ป่วยและข้อสงสัย และในบางโอกาสจะต้องเป็นตัวกลางในการช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสในการซักถามข้อข้องใจกับทีมสุขภาพ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มั่นใจที่จะถาม พยาบาลจะต้องทำหน้าที่แสวงหาข้อมูลให้กับผู้ป่วย

พยาบาลในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยเรื้อรังจะปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทของผู้พิทักษ์สิทธิ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่กำหนดขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งตกอยู่ในภาวะสูญเสียพลังอำนาจให้ได้รับและใช้พลังอำนาจที่เกิดขึ้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่สุขภาพและสังคมโดยรวมหันมาให้ความสนใจเอาใจใส่กับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรัง ดังนั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลที่ทำหน้าที่ผู้พิทักษ์สิทธิจะต้องเป็นผู้ที่ผู้ป่วยไว้วางใจ เป็นคู่คิดของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยเชื่อถือได้ ยินยอมให้กระทำหรือพูดแทนตัวผู้ป่วยเอง (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537 : 130)

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยอาศัยการสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา เป็นบทบาทที่สามารถใช้ได้กับพยาบาลทุกคนโดยมิต้องคำนึงถึงการรับรองสถานภาพในระบบสุขภาพ พยาบาลทุกคนสามารถพิทักษ์สิทธิให้กับผู้ป่วยทุกราย หรืออาจกล่าวได้ว่า การพิทักษ์สิทธิเป็นหน้าที่อิสระของพยาบาล (Hummel. 1998 : 378 ; citing Mitty. 1991. *The nurse as advocate. Issue in LTC.*; Copp.1993. *Response to "Patient advocacy-An important part of the daily work of expert nurse".*; Sellin. 1995. *Out of limb : A qualitative study of patient advocacy in institutional nursing.*; Love. 1995. *Patient advocacy at the end of life.*)

การพิทักษ์สิทธิเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยเพื่อกำหนดการตัดสินใจที่มีผลต่อทั้งสุขภาพของตนเอง ความพึงพอใจและความต้องการของตน ผู้ป่วยจะมิใช่ผู้ถูกกระทำอีกต่อไป แต่จะกลายเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการกระทำในการกำหนดทั้งความต้องการทางด้านสุขภาพของตนเองและการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม ด้วยการใช้การดูแลแบบองค์รวม การพิทักษ์สิทธิไม่เพียงแต่มีผลต่อความต้องการทางชีวภาพ แต่ยังส่งผลต่อสังคม เศรษฐกิจซึ่งมีผลต่อสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วย (Hummel. 1998 : 378 ; citing Salladay and McDonnell. 1989. *Spiritual care, ethical choices, and patient advocacy.*)

4. สมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากการกำหนดบทบาทของพยาบาลในการปฏิบัติงาน นำไปสู่การกำหนดสมรรถนะของพยาบาลที่จะปฏิบัติงานเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังนี้

4.1 สมรรถนะของพยาบาลด้านความรู้ ในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยนั้น ข้อมูลและความรู้เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการควบคุมมากขึ้นและช่วยบรรเทาความวิตกกังวลจากความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย แผนการรักษาที่ผู้ป่วยต้องเป็นผู้ลงมือปฏิบัติเองนั้นต้องอาศัยการเรียนรู้ทักษะไม่ว่าจะเป็นทักษะที่ต้องใช้ในการปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวัน หรือทักษะทางด้านการปฏิบัติ เช่น เทคนิคการฉีดยา หรือต้องเรียนรู้เกี่ยวกับผลของยารวมถึงการจัดการกับปฏิกิริยาที่เป็นผลอันเนื่องมาจากยา การที่พยาบาลจะสามารถเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้และทักษะเหล่านี้ได้อย่างถูกต้อง และตามความต้องการของผู้ป่วยนั้น จำเป็นที่พยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งไม่เพียงแต่เฉพาะทางด้านพยาธิสภาพ การรักษา การป้องกันและการฟื้นฟูสภาพเท่านั้น แต่ยังรวมถึงทางด้านจิตสังคมอีกด้วย

4.2 สมรรถนะของพยาบาลด้านทัศนคติ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยต้องการการปรับเปลี่ยนทัศนคติทั้งของพยาบาล เจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ และผู้ป่วย โดยคำนึงถึงหลักการของความเท่าเทียมกันหรือการเป็นหุ้นส่วนทางด้านสุขภาพร่วมกัน การยอมรับในคุณค่าของผู้ป่วยในด้านของประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และที่สำคัญคือพยาบาลจะต้องเชื่อว่าความ

สามารถของผู้ป่วยพัฒนาได้ถ้าได้รับการเอื้ออำนวยและการสนับสนุนข้อมูล ความรู้และทักษะอย่างเหมาะสม การร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยจะต้องเกิดจากการที่ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการกระทำนั้น ๆ ว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยของตน บทบาทของพยาบาลจะเปลี่ยนไปจากการเป็นผู้ให้ไปสู่การเป็นผู้เอื้ออำนวยและสนับสนุนทรัพยากรตามความต้องการของผู้ป่วย เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่บทบาทจะเปลี่ยนแปลงไปจากผู้ที่ถูกกระทำไปสู่ผู้ที่ต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง แต่ทั้งนี้ต้องไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าเป็นการผลักภาระให้กับผู้ป่วย

4.3 สมรรถนะของพยาบาลด้านทักษะ

4.3.1 ทักษะทางด้านการสื่อสาร จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแสดงออกด้วยท่าทาง และคำพูด มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจและการมีพลังอำนาจในผู้ป่วย ดังนั้นจึงถือได้ว่าทักษะในการสื่อสารมีความสำคัญยิ่งสำหรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลนั้น ความสามารถในการสื่อสารของพยาบาลเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล การสื่อสารที่ดีระหว่างกันส่งผลต่อความมั่นคงทางจิตใจ ความเชื่อมั่นในตนเอง แต่ในขณะเดียวกันการสื่อสารก็อาจเป็นการทำลายสัมพันธภาพไปด้วยเช่นกัน ถ้าพยาบาลใช้การสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นทักษะการสื่อสารที่ดีจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องพัฒนาให้เกิดขึ้นในพยาบาล ทักษะการสื่อสารที่จำเป็นประกอบด้วย ทักษะการฟัง และทักษะในการสนทนา

4.3.2 ทักษะทางด้านการให้ข้อมูล ความรู้และทักษะที่จะเป็นสำหรับผู้ป่วย ข้อมูลความรู้ ทักษะและทรัพยากรเพื่อการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ถือได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และถือได้ว่าเป็นแหล่งของพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วย การสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบจากการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความรู้ ความเข้าใจที่ไม่เพียงพอต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ท้อแท้ เครียด และรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น จากการศึกษายังพบว่าผู้ป่วยที่ขาดข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคและทักษะในการดูแลตนเอง ส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วย เกิดความรู้สึกที่ไม่สามารถจะคาดเดาได้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตน การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษารวมถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกที่จะรับหรือไม่รับการรักษาก็ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว นอกจากนั้นการได้รับข้อมูลที่ให้ในลักษณะแบบชุดของข้อมูลทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจในการปฏิบัติตาม แม้จะทราบดีว่าเป็นผลดีต่อการเจ็บป่วย แต่ก็ไม่มีทางเลือกอื่นในการจัดการที่จะสอดคล้องกับความต้องการของตนและความเหมาะสมของการเจ็บป่วย ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยที่มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ เข้าใจถึงสภาพของโรคที่เป็นอยู่ จะสามารถที่จะจัดการกับการเจ็บป่วยได้ดี

ในการให้ข้อมูลแม้ผู้ป่วยจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน แต่ไม่ได้หมายความว่าการให้ข้อมูลแบบเดียวกันจะเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อผู้ป่วยเหมือนกัน ทั้งนี้เนื่องจากบุคลิกภาพที่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยบางรายชอบที่จะรับฟังข้อมูลในรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ การรักษา การพยากรณ์โรคและการดูแลตนเอง บางรายไม่สามารถรับฟังข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง บางรายมีความวิตกกังวลหมกมุ่นกับโรคที่เป็นอยู่จนไม่มีสมาธิที่จะรับฟังเรื่องอื่น ๆ ดังนั้นหลักการสำคัญในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยแต่ละรายคือ การประเมินสถานการณ์ของผู้ป่วยในขณะนั้นว่ามีความพร้อมที่จะรับฟังและเรียนรู้ข้อมูลที่พยาบาลจะให้หรือไม่มากน้อยแค่ไหน ในผู้ป่วยที่มีภาวะสูญเสียพลังอำนาจในระดับสูง การให้ข้อมูลหรือความรู้ควรทำแบบมีโครงสร้าง สอนการดูแลตนเองทีละน้อยจนผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถึงการควบคุมโดยไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ นอกจากนั้นควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม โดยให้ผู้ป่วยประเมินว่าการดูแลด้านใด

ที่ผู้ป่วยพร้อมที่จะเรียนรู้และต้องการที่จะเรียนรู้ สิ่งสำคัญของการเรียนรู้ข้อมูลที่จะใช้ในการควบคุมสุขภาพของตน คือ การที่ผู้ป่วยจะต้องเกิดความรู้สึกถึงการควบคุมสถานการณ์บางอย่างได้ก่อนหรือก็คือรับรู้ว่าสถานการณ์บางอย่างควบคุมได้ แล้วจึงจะกระตุ้นผู้ป่วยให้รู้ว่าถ้าผู้ป่วยรู้สิ่งนี้แล้วจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (Miller. 1992 : 55)

4.3.3 ทักษะในการสร้างแรงจูงใจ แรงจูงใจถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย โดยพบว่าการรับรู้ถึงความรับผิดชอบและการมีเป้าหมายในชีวิตและความเชื่อถือในศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นแรงจูงใจสำหรับผู้ป่วยให้มีพลังอำนาจ ในขณะที่ความรู้สึกหมดหวังต่อโรคที่เป็นอยู่และความรู้สึกไม่แน่นอนของโรค/การเจ็บป่วย เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ การที่พยาบาลมีความสามารถในการจูงใจผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะเผชิญกับความยากลำบากที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยและอดทนต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล นอกจากนั้นการจูงใจเมื่อผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ เช่นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตนในการทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพอื่น ๆ ต่อไป

4.3.4 ทักษะในการทำงานร่วมกับผู้อื่น การรักษาพยาบาลเป็นการทำงานในลักษณะของทีมสุขภาพที่แต่ละวิชาชีพได้นำความเชี่ยวชาญของตนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโดยมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือเพื่อสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วย ในการเสริมสร้างพลังอำนาจก็เช่นเดียวกันก็ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม แม้พยาบาลจะมีบทบาทเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ ผู้ช่วยเหลือการเปลี่ยนแปลง ผู้เอื้ออำนวยความรู้และทักษะและทรัพยากรสำหรับการรักษาและดูแลผู้ป่วย แต่พยาบาลก็อาจมีข้อจำกัดในบางประการอันเนื่องมาจากการรับรองสถานะในระบบสุขภาพ ดังนั้นในบางประเด็นที่อยู่นอกเหนือขอบเขตความรับผิดชอบของพยาบาล แต่พยาบาลเห็นว่าเป็นความต้องการของผู้ป่วยและจะก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย พยาบาลก็จะต้องประสานงานกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ดังนั้นทักษะในการทำงานร่วมกับผู้อื่นจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นอกจากการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นแล้ว พยาบาลยังจะต้องทำงานร่วมกับครอบครัวและชุมชนในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปบ้าน

พลังอำนาจ (Power) คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคนและเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน (Miller. 1992 : 3) และยังรวมถึงศักยภาพหรือความสามารถที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ (Hawks. 1991.) พลังอำนาจมีอิทธิพลต่อการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ซึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังพลังอำนาจในการจัดการกับความเจ็บป่วยคือ ความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยอันได้แก่ ผลกระทบอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและความยุ่งยากที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากภาระการจัดการกับความเจ็บป่วย ความรู้สึกถึงการควบคุมจะช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงสภาวะการดำเนินของโรค/การเจ็บป่วยหรือการรักษาพยาบาลและช่วยให้เกิดการปรับตัวที่ดีขึ้น (Berkman and Austin. 1993) การทำความเข้าใจเกี่ยวกับพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย จะช่วยให้พยาบาลสามารถที่จะช่วยให้ผู้ป่วยที่ตกอยู่ในภาวะสูญเสียพลังอำนาจมีพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

****

บรรณานุกรม

สมจิต หนุเจริญกุล. (2543). *การพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ.* กรุงเทพ ฯ : วี. เจ. พริ้นติ้ง.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). *การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล.* ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.

Brighton, D. (1994). *The Patient, The Oncology Nurse and Power : An Analysis of The Concepts.* (Online). Available : http://www.david-brighton.co.uk/dissertation.html.

Carpenito, L. (1991). *Handbook of Nursing Diagnosis.* Philadelphia : J.B. Lippincott.

Crowe, M. (2000,April). "The Nurse-Patient Relationship : A Consideration of Its discursive Context." *Journal of Advanced Nursing.* 31 (4) : 962 – 967.

Dixon, E. (1998). Chapter 14. Change Agent. In *Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness.* 2 nd ed. Edited by Miller, J.F. p. 327 – 342. Philadelphia : F.A. Davis.

Hasting, D. (1992) Chapter 10 : Adjustment, Coping Resources, and Care of the Patient with Multiple Sclerosis. In Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness. 2 nd ed. Edited by Miller, J.F. p. 222 - 254 Philadelphia : F.A. Davis.

Hawkes, J.H. (1992, May). "Empowerment in nursing education : concept analysis and application to philosophy, learning and instruction." *Journal of Advanced Nursing.* 17(5) : 609 – 618.

Hewison, A. (1995, Jan). "Nurses' Power in Interactions with Patients." *Journal of Advanced Nursing.* 21(1) : 75 – 82.

Hummel, F. (1998). Chapter 16. Advocacy. In *Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness.* 2 nd ed. Edited by Miller, J.F. p. 363 – 382. Philadelphia : F.A. Davis.

Gibson, C.H. (1991,March). "A Concept Analysis of Empowerment." *Journal of Advanced Nursing.* 16(3) : 354 – 361.

Gilbert, T. (1995,May). Nursing : "Empowerment and The Problem of Power." *Journal of Advanced Nursing.* 21(5) : 865 – 871.

Lewis, P. and Lubkin, I.(1998). Chapter 4. Illness Roles. In *Chronic Illness : Impact and Interventions.* 4th edition. Edited by Lubkin, M.I. and Larson, D.P. p. 77 - 102. Massachusetts : Jones and Barlett Pub.

Lubkin, L. (1998). *Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness.* 2 nd ed. Edited by Miller, J.F. Philadelphia : F.A. Davis.

Miller, J.F. (1992). *Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness.* 2nd ed. Philadelphia : F.A. Davis.

Mishel, M.H. (1988,Winter). "Uncertainty in Illness," *Image: Journal of Nursing Scholarship.* 20(4) : 225 – 232.

Rodwell CM. (1996,Feb). "An Analysis Concept of Empowerment." *Journal of Advanced Nursing.* 22(2): 305 – 313.

Stapleton, S. (1992). Chapter 12. Decreasing Powerlessness in The Chronically Ill : A Prototypical Plan. In *Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness.* 2 nd ed. Edited by Miller, J.F. p. 305 – 322. Philadelphia : F.A. Davis.

Suk Bling, Mok Suen. (1998). *A Model of Empowerment for Hong Kong Chinese Cancer Patients and The Role of Self-help Group in The Empowering Process.* Dissertation : Ph.D. (Nursing). Hong Kong : The Hong Kong Polytechnic University. Photocopied.

White, N. and Lubkin, I.(1998). Chapter 3. Illness Trajectory. In *Chronic Illness : Impact and Interventions.* 4th edition. Edited by Lubkin, M.I. and Larson, D.P. p. 53 - 76. Massachusetts : Jones and Barlett Pub.

แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วย:
การศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย

1. ทัศนะที่ผู้ป่วยมีต่อการเจ็บป่วย : ผลกระทบของการเจ็บป่วย

ข้อคำถาม

1.1 การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อชีวิตของท่านอย่างไร

1.2 ท่านพอใจกับสภาพร่างกายที่เป็นอยู่ขณะนี้หรือไม่

1.3 สิ่งที่ท่านกลัวที่สุดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของท่านคืออะไร เพราะเหตุใด

1.4 คนในครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงานรู้สึกอย่างไรต่อการเจ็บป่วยของท่าน

1.5 การเจ็บป่วยทำให้ท่านรู้สึกว่าท่านต้องเป็นภาระหรือต้องพึ่งพิงผู้อื่นหรือไม่

2. ทัศนะที่ผู้ป่วยมีต่อจัดการกับการเจ็บป่วยของตน : ความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วย

ข้อคำถาม

2.1 ท่านจัดการกับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่อย่างไร

2.2 ท่านคิดว่าใครจะช่วยให้ท่านสามารถจัดการ/ควบคุมการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่

2.3 ท่านมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ในขณะนี้มากน้อยเพียงใด

2.4 ท่านเคยแสวงหาวิธีการรักษาอื่นใดหรือไม่นอกเหนือจากการรักษาที่ได้รับจากโรงพยาบาลหรือไม่

2.5 ท่านเคยประสบปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยของท่านหรือไม่ แล้วแก้ปัญหานั้นอย่างไร

2.6 ท่านเคยสอบถามอาการเจ็บป่วย หรือการรักษาเกี่ยวกับโรคของท่านจากแพทย์ พยาบาลหรือไม่

2.7 อะไรคือสิ่งที่ช่วยให้ท่านมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่

2.8 ท่านคาดหวังอย่างไรเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

3. ทัศนะที่ผู้ป่วยมีต่อการรักษาพยาบาล : ผลกระทบของระบบบริการสุขภาพที่มีต่อผู้ป่วย

ข้อคำถาม

3.1 ท่านสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำที่แพทย์ พยาบาลให้กับท่านได้ทุกอย่างหรือไม่

3.2 การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อควบคุมอาการของโรคนั้น มีผลต่อชีวิตของท่านอย่างไร

3.3 ท่านคิดว่าข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ท่านได้รับนั้นเพียงพอที่จะช่วยให้ท่านเกิดความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองมากน้อยเพียงใด

3.4 ท่านมีโอกาสได้มีส่วนร่วมในการกำหนดหรือแสดงความคิดเห็นต่อแผนการรักษาและดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อให้เหมาะสมกับตนเองบ้างหรือไม่

4. ทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อการพยาบาล : การเสริมสร้างพลังอำนาจ

ข้อคำถาม

4.1 การปฏิบัติงานของพยาบาลช่วยสร้างกำลังใจและสนับสนุนให้ท่านสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยหรือไม่อย่างไร

****

ภาคผนวก ข

ข้อมูลการศึกษาในขั้นตอน
กระบวนการพัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ข้อมูลการศึกษาในขั้นตอนกระบวนการพัฒนาพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย

- แบบประเมินหลักสูตรฝึกอบรม 263
- ข้อมูลการทดลองหลักสูตรฝึกอบรม 271
- หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง.... 274
- เครื่องมือวัดและประเมินผู้เข้ารับการอบรม 344
- เอกสารประกอบการฝึกอบรม..... 358
- คู่มือการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ... 396
- ข้อมูลการฝึกอบรมโรงพยาบาลลพบุรี 413
- รายงานผลการประชุมกลุ่มกิจกรรมที่ 1 และ 2 416
- ตัวอย่างกรณีศึกษา 431

รายละเอียดมีดังนี้

(แบบประเมินสำหรับผู้เชี่ยวชาญ)

แบบประเมิน
หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

.....

แบบประเมินฉบับนี้เป็นแบบประเมินหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง สำหรับใช้ประเมินความเหมาะสมและสอดคล้องระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ของหลักสูตรฝึกอบรม

แบบประเมินประกอบด้วย 2 ตอนคือ

ตอนที่ 1 แบบประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม

ตอนที่ 2 แบบประเมินความสอดคล้องของหลักสูตรฝึกอบรม

ขอให้ท่านผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาความเหมาะสมและความสอดคล้องระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ ของหลักสูตรฝึกอบรม ด้วยการทำเครื่องหมาย √ ลงในช่อง "ระดับความเหมาะสม" และ "ระดับความสอดคล้อง" ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ความคิดเห็นของท่านจะมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของท่านในครั้งนี้เป็นอย่างสูง

นางสาวดารณี จามจุรี
นิสิตปริญญาเอก สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตอนที่ 1 แบบประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม

เป็นการพิจารณาองค์ประกอบต่าง ๆ ของหลักสูตรฝึกอบรมว่ามีความเหมาะสมเพียงใดในองค์ประกอบต่อไปนี้

1. สภาพปัญหาและความจำเป็นของหลักสูตร
2. เป้าหมายของหลักสูตร
3. จุดมุ่งหมายของหลักสูตร
4. หน่วยการเรียนการสอน หน่วยที่ 1 - 3

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่อง "ระดับความเหมาะสม" ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

รายการประเมิน	ระดับความเหมาะสม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. สภาพปัญหาและความจำเป็นในการฝึกอบรม					
1.1 ความจำเป็นของการพัฒนาหลักสูตร					
1.2 ความสมเหตุสมผลของการพัฒนาหลักสูตร					
2. เป้าหมายของหลักสูตร					
2.1 เหมาะสมกับผู้เรียน					
2.2 มีประโยชน์ต่อองค์กรวิชาชีพ					
2.3 กำหนดสิ่งที่ต้องการพัฒนาชัดเจน					
3. จุดมุ่งหมายของหลักสูตร					
3.1 ความชัดเจน					
3.2 ความเหมาะสมกับผู้เรียน					
3.3 ความเป็นไปได้					
3.4 ครอบคลุมสิ่งที่ต้องพัฒนา					
4. โครงสร้างของหลักสูตร					
4.1 การตอบสนองจุดมุ่งหมายของหลักสูตร					
4.2 การเรียงลำดับเนื้อหา					
4.3 ความเหมาะสมในการกำหนดหัวข้อเนื้อหา					
4.4 ครอบคลุมเนื้อหาที่จำเป็นสำหรับผู้เรียน					
5. หน่วยที่ 1					
5.1 จุดประสงค์ของหน่วยการเรียน					
5.1.1 ความชัดเจน					
5.1.2 เหมาะสมกับผู้เรียน					
5.1.3 ความเป็นไปได้					
5.2 จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม					
5.2.1 ความชัดเจน					
5.2.2 ตอบสนองจุดประสงค์ของหน่วยการเรียน					
5.2.3 เหมาะสมกับผู้เรียน					
5.2.4 ความเป็นไปได้					
5.3 เนื้อหาการฝึกอบรม					
5.3.1 ตอบสนองจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมของหน่วยการเรียน					
5.3.2 การเรียงลำดับเนื้อหา					

รายการประเมิน	ระดับความเหมาะสม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
5.3.3 ความเหมาะสมในการกำหนดหัวข้อเนื้อหา					
5.3.4 ครอบคลุมเนื้อหาที่จำเป็นสำหรับผู้เรียน					
5.4 กิจกรรมและวิธีดำเนินกิจกรรม 5.4.1 สอดคล้องกับเนื้อหาการฝึกอบรม					
5.4.2 ความเหมาะสมของกิจกรรมการเรียนการสอน					
5.4.3 ส่งเสริมกระบวนการตัดสินใจของผู้เรียน					
5.4.4 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้เรียน					
5.4.5 สามารถนำไปใช้ได้					
5.4.6 สามารถบรรลุวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม					
5.5 สื่อการเรียนการสอน 5.5.1 สอดคล้องกับกิจกรรมการเรียนการสอน					
5.5.2 เหมาะสมกับผู้เรียน					
5.5.3 สนับสนุนให้กิจกรรมบรรลุจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมของหน่วยการเรียนได้					
5.6 การวัดและประเมินผล 5.6.1 ความเหมาะสมของเครื่องมือและวิธีการที่ใช้วัด					
5.6.2 ความเป็นไปได้ในการวัด					
5.6.3 การตรวจสอบการบรรลุจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมของหน่วยการเรียนได้					
6. หน่วยที่ 2 **6.1 จุดประสงค์ของหน่วยการเรียน** 6.1.1 ความชัดเจน					
6.1.2 เหมาะสมกับผู้เรียน					
6.1.3 ความเป็นไปได้					
6.2 จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม 6.2.1 ความชัดเจน					
6.2.2 ตอบสนองจุดประสงค์ของหน่วยการเรียน					
6.2.3 เหมาะสมกับผู้เรียน					
6.2.4 ความเป็นไปได้					

รายการประเมิน	ระดับความเหมาะสม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
6.3 เนื้อหาการฝึกอบรม 6.3.1 ตอบสนองจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมของหน่วยการเรียน					
6.3.2 การเรียงลำดับเนื้อหา					
6.3.3 ความเหมาะสมในการกำหนดหัวข้อเนื้อหา					
6.3.4 ครอบคลุมเนื้อหาที่จำเป็นสำหรับผู้เรียน					
6.4 กิจกรรมและวิธีดำเนินกิจกรรม 6.4.1 สอดคล้องกับเนื้อหาการฝึกอบรม					
6.4.2 ความเหมาะสมของกิจกรรมการเรียนการสอน					
6.4.3 ส่งเสริมกระบวนการตัดสินใจของผู้เรียน					
6.4.4 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้เรียน					
6.4.5 สามารถนำไปใช้ได้					
6.4.6 สามารถบรรลุวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม					
6.5 สื่อการเรียนการสอน 6.5.1 สอดคล้องกับกิจกรรมการเรียนการสอน					
6.5.2 เหมาะสมกับผู้เรียน					
6.5.3 สนับสนุนให้กิจกรรมบรรลุจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมของหน่วยการเรียนได้					
6.6 การวัดและประเมินผล 6.6.1 ความเหมาะสมของเครื่องมือและวิธีการที่ใช้วัด					
6.6.2 ความเป็นไปได้ในการวัด					
6.6.3 การตรวจสอบการบรรลุจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมของหน่วยการเรียนได้					
7. หน่วยที่ 3 **7.1 จุดประสงค์ของหน่วยการเรียน** 7.1.1 ความชัดเจน					
7.1.2 เหมาะสมกับผู้เรียน					
7.1.3 ความเป็นไปได้					
7.2 จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม 7.2.1 ความชัดเจน					
7.2.2 ตอบสนองจุดประสงค์ของหน่วยการเรียน					

รายการประเมิน	ระดับความเหมาะสม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
7.2.3 เหมาะสมกับผู้เรียน					
7.2.4 ความเป็นไปได้					
7.3 เนื้อหาการฝึกอบรม 7.3.1 ตอบสนองจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมของหน่วยการเรียน					
7.3.2 การเรียงลำดับเนื้อหา					
7.3.3 ความเหมาะสมในการกำหนดหัวข้อเนื้อหา					
7.3.4 ครอบคลุมเนื้อหาที่จำเป็นสำหรับผู้เรียน					
7.4 กิจกรรมและวิธีดำเนินกิจกรรม 7.4.1 สอดคล้องกับเนื้อหาการฝึกอบรม					
7.4.2 ความเหมาะสมของกิจกรรมการเรียนการสอน					
7.4.3 ส่งเสริมกระบวนการตัดสินใจของผู้เรียน					
7.4.4 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้เรียน					
7.4.5 สามารถนำไปใช้ได้					
7.4.6 สามารถบรรลุวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม					
7.5 สื่อการเรียนการสอน 7.5.1 สอดคล้องกับกิจกรรมการเรียนการสอน					
7.5.2 เหมาะสมกับผู้เรียน					
7.5.3 สนับสนุนให้กิจกรรมบรรลุจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมของหน่วยการเรียนได้					
7.6 การวัดและประเมินผล 7.6.1 ความเหมาะสมของเครื่องมือและวิธีการที่ใช้วัด					
7.6.2 ความเป็นไปได้ในการวัด					
7.6.3 การตรวจสอบการบรรลุจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมของหน่วยการเรียนได้					

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอื่น ๆ .....

.....

.....

.....

.....

.....

ตอนที่ 2 แบบประเมินความสอดคล้องของหลักสูตรฝึกอบรม

เป็นการพิจารณาองค์ประกอบต่าง ๆ ของหลักสูตรฝึกอบรมว่ามีความสอดคล้องกันหรือไม่ในองค์ประกอบต่อไปนี้

1. ความสอดคล้องระหว่างสภาพปัญหาและความจำเป็นกับเป้าหมายของหลักสูตร
2. ความสอดคล้องระหว่างเป้าหมายของหลักสูตรกับจุดมุ่งหมายของหลักสูตร
3. ความสอดคล้องระหว่างจุดมุ่งหมายของหลักสูตรกับหน่วยการเรียน
4. ความสอดคล้องระหว่างจุดมุ่งหมายของหลักสูตรกับจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมของแต่ละหน่วยการเรียน
5. ความสอดคล้องภายในของแต่ละหน่วยการเรียน คือ
   - 5.1 ความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับขอบเขตเนื้อหาวิชา
   - 5.2 ความสอดคล้องระหว่างขอบเขตเนื้อหาวิชากับกิจกรรมการเรียนการสอน
   - 5.3 ความสอดคล้องระหว่างกิจกรรมการเรียนการสอนกับสื่อการเรียนการสอน
   - 5.4 ความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับการวัดและประเมินผล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่อง "ระดับความเหมาะสม" ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

รายการประเมิน	ระดับความสอดคล้อง		
	สอดคล้อง	ไม่แน่ใจ	ไม่สอดคล้อง
1. สภาพปัญหาและความจำเป็นกับเป้าหมายของหลักสูตร			
2. เป้าหมายของหลักสูตรกับจุดมุ่งหมายของหลักสูตร			
3. จุดมุ่งหมายของหลักสูตรกับหน่วยการเรียน			
4. จุดมุ่งหมายของหลักสูตรกับจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมในหน่วยที่ 1			
5. จุดมุ่งหมายของหลักสูตรกับจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมในหน่วยที่ 2			
6. จุดมุ่งหมายของหลักสูตรกับจุดประสงค์เชิงพฤติกรรมในหน่วยที่ 3			
7. ความสอดคล้องภายในของหน่วยที่ 1 7.1 จุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับขอบเขตเนื้อหาวิชา			
7.2 ขอบเขตเนื้อหาวิชากับกิจกรรมการเรียนการสอน			
7.3 กิจกรรมการเรียนการสอนกับสื่อการเรียนการสอน			
7.4 จุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับการวัดและประเมินผล			
8. ความสอดคล้องภายในของหน่วยที่ 2 8.1 จุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับขอบเขตเนื้อหาวิชา			
8.2 ขอบเขตเนื้อหาวิชากับกิจกรรมการเรียนการสอน			
8.3 กิจกรรมการเรียนการสอนกับสื่อการเรียนการสอน			
8.4 จุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับการวัดและประเมินผล			
9. ความสอดคล้องภายในของหน่วยที่ 3 9.1 จุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับขอบเขตเนื้อหาวิชา			
9.2 ขอบเขตเนื้อหาวิชากับกิจกรรมการเรียนการสอน			
9.3 กิจกรรมการเรียนการสอนกับสื่อการเรียนการสอน			
9.4 จุดประสงค์เชิงพฤติกรรมกับการวัดและประเมินผล			

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอื่น ๆ .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อมูลผลการทดลองหลักสูตรฝึกอบรม
การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
ณ โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
ระหว่างวันที่ 7 – 9 พฤศจิกายน 2544

****

1. ตารางการฝึกอบรม

วันที่ 7 พฤศจิกายน 2544

08.30 - 09.00 น.	พิธีเปิดการประชุม วิทยากรปฐมนิเทศหลักสูตรฝึกอบรม
09.00 - 10.00 น.	บรรยาย : การเจ็บป่วยเรื้อรังกับการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
10.00 - 10.15 น.	พัก 15 นาที
10.15 - 11.15 น.	ประชุมกลุ่มวิเคราะห์ภาวะสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
11.15 - 12.00 น.	อภิปรายผลการศึกษากรณีตัวอย่าง
12.00 - 13.00 น.	พักกลางวัน
13.00 - 13.30 น.	บรรยาย : กรณีศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย
13.30 - 14.30 น.	ประชุมกลุ่มระดมสมองเพื่อหาข้อสรุปความรู้เกี่ยวกับการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
14.30 - 14.45 น.	พัก 15 นาที
14.45 - 15.45 น.	ประชุมกลุ่มระดมสมองเพื่อกำหนดแนวทางในการวินิจฉัยภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
15.45 - 16.30 น.	บรรยาย : การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

วันที่ 8 พฤศจิกายน 2544

08.30 - 09.00 น.	ทบทวนความรู้ : การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
09.00 - 11.00 น.	ประชุมกลุ่มศึกษากรณีตัวอย่าง : การเสริมสร้างพลังอำนาจ
11.00 - 12.00 น.	อภิปรายผลการศึกษากรณีตัวอย่าง
12.00 - 13.00 น.	พักกลางวัน
13.00 - 14.00 น.	ประชุมกลุ่มศึกษาบทบาทและสมรรถนะพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
14.00 - 15.00 น.	อภิปรายผลการศึกษา
15.00 - 15.15 น.	พัก 15 นาที

15.15 - 16.30 น. บรรยาย : การพยาบาลเพื่อลดภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

วันที่ 9 พฤศจิกายน 2544

08.30 - 09.30 น. บรรยาย : การสื่อสารในการปฏิบัติการพยาบาล

09.30 - 10.30 น. บรรยาย : การพยาบาลเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยในการเผชิญความเครียด

10.30 - 10.45 น. พัก 15 นาที

10.45 - 12.00 น. บรรยาย : การเอื้ออำนวยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

12.00 - 13.00 น. พักกลางวัน

13.00 - 14.00 น. สรุปองค์ความรู้และพิธีปิดการประชุม

2. รายชื่อผู้เข้ารับการอบรม

1.	นางสาวกิตติยา	บุญอุไร	แผนกผู้ป่วยนอก
2.	นางจีร์วร	วโนทยาพิทักษ์	แผนกผู้ป่วยนอก
3.	นางประพิน	สามะโร	แผนกผู้ป่วยนอก
4.	นางสาวกิตติยา	มุมอุไร	แผนกผู้ป่วยนอก
5.	นางสาวธนภรณ์	เราประเสร็ฐ	แผนกหู คอ จมูก
6.	นางประสพ	พวงไพโรจน์	แผนกผู้ป่วยใน
7.	นางวราพร	พูลบุญ	แผนกผู้ป่วยใน
8.	นางสาวแสงตะวัน	บุญรอด	แผนกผู้ป่วยใน
9.	นางสาวประนอม	กิตติสุนาวโรภาศ	แผนกผู้ป่วยใน
10.	นางพรอนันต์	โชคบุญสิยานนท์	แผนกผู้ป่วยใน
11.	นางสาวสุภียา	รสดี	แผนกผู้ป่วยใน
12.	นางสุนิสา	พ่วงพรหม	แผนกผู้ป่วยใน
13.	นางบุญทิม	บังส่องใส	แผนกผู้ป่วยใน
14.	นางชรินทิพย์	วสนาท	แผนกผู้ป่วยใน
15.	นางศิรวร	นาลินธมากร	แผนกผู้ป่วยใน
16.	นางสาวลออ	เข็มทอง	แผนกผู้ป่วยใน
17.	นางสาวศิริพร	ทรัพย์ทรง	แผนกผู้ป่วยใน
18.	นางศิริพร	กองวิเศษ	แผนกผู้ป่วยใน
19.	นางจตุพร	เจริญนิยม	แผนกผู้ป่วยใน
20.	นางจุพาภรณ์	ซื่อตรง	แผนกผู้ป่วยใน
21.	นางนพรัตน์	จันทร์ทรา	แผนกผู้ป่วยใน
22.	นางรัตนา	เมฆศรีจิวรรณี	แผนกผู้ป่วยใน
23.	นางแคทรียา	แก้วเสถียร	แผนกผู้ป่วยใน
24.	นางสุจิตร์	มุกรุดอินทร์	แผนกผู้ป่วยใน

25 นางสาวไอรฏา	คงหทัย	แผนกผู้ป่วยใน
26. นางสาววรพร	เอี่ยมเจริญ	แผนกผู้ป่วยใน
27. นางมลิวัลย์	โมพี	แผนกจิตเวช
28. นางสาววัชรี	กิติพิกุล	แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
29. นางจรรยา	รักษาศิริกุล	หน่วยเครื่องมือพิเศษ
30. นางสาวกาญจนา	เจริญวานิช	หน่วยการให้คำปรึกษา
31. นางสาวสายชล	ฉัตรโชคไพศาล	หน่วยสุขศึกษา
32. นางรสสุคนธ์	ศรีสนิท	งานห้องผ่าตัด
33. นางสาวฉวีวรรณ	แก่นจันทร์	งานวิสัญญี
34. นางรัชดาภรณ์	ไผ่จันทร์	หน่วยไตเทียม
35. นางนิภาพรรณ	พิณสาย	กลุ่มงานการพยาบาล
36. นางบุษบา	หน่ายคอน	กลุ่มงานการพยาบาล
37. นางพนอมศรี	สุพรรณกิจ	กลุ่มงานการพยาบาล
38. นางอรุณลักษณ์	บวรรัตกิจ	กลุ่มงานการพยาบาล
39. นางสมปอง	สุดศก	กลุ่มงานการพยาบาล

****

หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

สภาพปัญหาและความจำเป็นในการฝึกอบรม

ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพของประชาชนในประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงรูปแบบไปตามสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดในด้านสุขภาพอนามัย คือ การเสียชีวิตอันเนื่องมาจากโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มสูงขึ้น เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน เป็นต้น จากรายงานจำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2539 – 2543 พบว่า โรคมะเร็ง โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับต้น ๆ ของประชาชนไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเมื่อพิจารณาอัตราการป่วยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2542 กลุ่มโรคหัวใจมีอัตราการป่วยสูงสุดของการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีอัตราการป่วย 230.81 รองลงมาคือโรคเบาหวาน 218.88 และโรคความดันโลหิตสูง 216.60 (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2544) ความสำคัญของการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่เพียงแต่เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่จำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต รวมถึงการควบคุมโรคและการรักษาพยาบาลตามอาการเพื่อลดความรุนแรงของอาการและอาการแสดง ยับยั้งความก้าวหน้าของโรค ลดภาวะแทรกซ้อนของโรคและอัตราการตายในผู้ป่วย นอกจากนั้นโรคเรื้อรังยังมีผลต่อภาระการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงและยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านกาย จิต อารมณ์และสังคม รวมถึงผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยอีกด้วย การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มุ่งเฉพาะโรคและการรักษาแต่เพียงอย่างเดียวคงไม่เพียงพอ แต่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะต้องได้รับการช่วยเหลือให้เพิ่มขีดความสามารถในการปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสมและรับผิดชอบในการดูแลตนเอง (Self – care) (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537 : 19 ; อ้างอิงจาก Cluff. 1981. *Chronic disease, function and the quality of care.*)

ในทางการพยาบาล ได้มีความพยายามที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสามารถที่จะดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อให้บรรลุความมีสุขภาพดีถึงแม้จะมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ด้วยการพัฒนายุทธวิธีที่หลากหลาย ซึ่งแต่ละวิธีมีวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ ข้อจำกัดที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่ การให้ข้อมูล การให้คำปรึกษา การส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง การส่งเสริมกลุ่มสนับสนุนกันเอง การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าประสิทธิผลของการให้ความรู้และข้อมูลในรูปแบบต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวสูงขึ้น การวิจัยส่วนใหญ่จะวัดเรื่องความรู้เป็นหลัก แสดงให้เห็นว่าความรู้เป็นสิ่งที่จำเป็น แต่ไม่เพียงพอในการส่งเสริมการดูแลตนเองได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ และส่วนหนึ่งน่าจะเป็นจากศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละรายที่มีไม่เท่าเทียมกันในการที่จะนำความรู้ที่ได้ไปคิดพิจารณาและตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง (รัตนชฎาวรรณ มั่นกันนาน. 2542 : 38) การให้ความรู้ด้วยการสอนโดยถือว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพไม่ว่าจะเป็นพยาบาลหรือแพทย์เป็นผู้มีอำนาจเปรียบประดุจบิดามารดา หรือครูของผู้ป่วยเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง เพราะเป็นการสร้างสัมพันธภาพในรูปแบบที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาเจ้าหน้าที่สุขภาพ ผู้ป่วยอาจรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของตนเอง นอกจากนั้นการที่ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นเพียงผู้รับคำแนะนำและปฏิบัติตามอยู่ ไม่ได้มีส่วนในการควบคุมตนเอง ทำให้บางครั้งปัญหาจะเกิดขึ้นถ้าทัศนคติและความเชื่อของผู้ป่วยต่างจากเจ้าหน้าที่สุขภาพที่อาจไม่มีความเข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับวิถีชีวิต บริบททางสังคมวัฒนธรรมและความเป็นอยู่ของผู้ป่วย เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจในการรักษา รู้สึกว่าเป็นความทุกข์ทรมาน อันเกิดจากความไม่สอดคล้องกับชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ใช้เวลาของเขาในแต่ละวันอย่างมาก

ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ทำให้เขาอ่อนเพลียหมดแรง เสียเงินจำนวนมากหรือต้องยุ่งยากในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ จึงเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะกระทำตามความคาดหวังดังกล่าว (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537 : 52 ; อ้างอิงจาก Strauss. 1975. *Chronic illness and the quality of life.*) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสมีส่วนร่วมในการกำหนดและตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษานั้นอย่างไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ทำให้ผลการรักษาไม่ดี

การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือโดยเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยร่วมกับการใช้แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศ มีเป้าหมายที่ต้องการให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการควบคุมโรคและสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยต้องเป็นผู้นำแผนการรักษาไปปฏิบัติและปรับใช้ด้วยวิธีการที่เหมาะสมตามสถานการณ์และสภาพชีวิตประจำวันด้วยตนเอง (Anderson.1995 : 412; Feste. 1992 : 922 – 923) ผลการวิจัยในรูปแบบการช่วยเหลือดังกล่าวพบว่าช่วยพัฒนาความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมทั้งช่วยควบคุมโรคได้ดีขึ้น (Anderson. et al. 1995 : 943)

การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยคำจำกัดความจะหมายถึง "กระบวนการเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้บุคคลมีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเองในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพ ด้วยการช่วยให้บุคคลตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในตน การได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมแบบเท่าเทียมกันในการค้นหาปัญหา พัฒนาการดูแลสุขภาพของตน รวมถึงการดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนภายใต้การสนับสนุนข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ การสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือบุคคล รวมถึงการให้ข้อมูลและ/หรือส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนให้กับผู้ป่วยซึ่งจะเอื้ออำนวยและสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อให้บุคคลสามารถสร้างทางเลือกสำหรับดูแลสุขภาพของตนเองและมีความมุ่งมั่นทุ่มเทที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวทางที่ตนเองได้กำหนดขึ้น" (Rappaport. 1985; Zimmerman. 1990, 1995; Keiffer. 1984; Conger and Kanungo. 1988; Jones and Meleis. 1993; Miller. 1992; Dunst, Trivette and Deal. 1994; Katz. 1984; Gibson. 1995) ปรัชญาของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยอยู่บนหลักการ 2 ประการ **ประการแรก** แนวคิดนี้เชื่อว่าผู้ป่วยมีหน้าที่สำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและสุขภาพของตนเอง **ประการที่สอง** ปรัชญาการเสริมสร้างพลังอำนาจ เชื่อว่าผู้ป่วยเป็นผู้มีประสบการณ์อย่างต่อเนื่องยาวนานทั้งความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและการรักษาความเจ็บป่วยของตน ดังนั้นจึงมีสิทธิอันชอบธรรมที่จะเป็นบุคคลแรกที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลของตน ถึงแม้ว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพจะเข้ามามีบทบาทในกระบวนการตัดสินใจนี้ด้วยก็ตาม แต่การประเมินว่าอะไรคือสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยก็เป็นสิทธิอันชอบธรรมและหน้าที่ของบุคคลนั้นเอง (Feste. 1992 : 922 – 925; Gibson. 1991 : 354 – 361)

การปฏิบัติที่คำนึงถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นฐาน (Empowerment – base practice) เน้นการรับรู้ถึงความสำเร็จที่มีต่อสิ่งแวดล้อม การพิจารณาตนเองและการตระหนักถึงแรงขับดันทางสังคมที่ส่งผลทางด้านลบต่อชีวิตของบุคคล (Suk Bling. 1998 : 53 ; citing Parsons. 1991. *Empowerment: Purpose and practice principle in social work.*) โดยมีเป้าหมาย คือ การช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตนสามารถควบคุมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตนเองได้และยอมรับต่ออุปสรรคจากภายนอกไม่ว่าจะเป็นการ

แบ่งแยก (Discrimination) ความลำเอียง อคติ (Prejudice) และการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัว (Exploitation) ที่สร้างปัญหาต่อชีวิตของตน ด้วยสัมพันธภาพแห่งการช่วยเหลือ การเสริมสร้างพลังอำนาจจะลดอำนาจและการควบคุมของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่มีต่อผู้ป่วย ด้วยการเน้นที่จุดแข็งของผู้ป่วยมากกว่าโรคและความเจ็บป่วย (Suk Bling. 1998 : 53 – 54 ; citing Gutierrez and Ortega. 1990. *Developing methods to empower Latinos: the importance of groups.*) เมื่อแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ประยุกต์ใช้กับการเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้มีการวิจัยที่ยืนยันว่า ความรู้สึกถึงการควบคุมตนสามารถพัฒนาการปรับตัวให้เข้ากับความเจ็บป่วยทางกาย (Suk Bling. 1998 : 55) การที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมชะตาชีวิตของตนเองไม่เพียงส่งผลต่อสภาวะสุขภาพดี แต่ยังส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจและกระบวนการรักษาพยาบาล (Brighton. 1994 : 12 ; citing Neufeld, Degner and Dick. 1993. *A nursing intervention strategy to foster patient involvement in treatment decision.*) การศึกษาของ นาช (Nash) แสดงให้เห็นถึงผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการดูแลตนเอง รู้ว่าเมื่อไหร่และบริการทางการแพทย์อะไรที่จะต้องแสวงหา รวมถึงการมีความคิดทางด้านบวกและเอกลักษณ์ของตนเอง (Suk Bling. 1998 : 55 ; citing Nash 1990. *Self-help groups: An empowerment vehicle for sickle cell disease patients and their families.*)

การบริการพยาบาลที่ใช้แนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ อยู่บนหลักการของการยึดบุคคลหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การให้ความเคารพต่อความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และช่วยในการตัดสินใจในวิถีทางที่มีความหมายต่อตัวผู้ป่วยเอง นั่นคือการที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการกระตุ้นให้แสดงออกถึงความเป็นตัวของตัวเองด้วยการเสนอข้อมูลและความร่วมมือในการกระทำตามที่ตนตัดสินใจ (Berger, Anderson – Harper and Kavookjian. 2000 : 10 – 11)

หัวใจของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย คือ การปรับเปลี่ยนทัศนะของพยาบาลจากการเป็นผู้กระทำ (Doers) และผู้ควบคุมความรู้และข้อมูลไปสู่การเป็นผู้เอื้ออำนวย (Facilitators) และรับฟังผู้ป่วยอย่างแท้จริงว่าผู้ป่วยต้องการอะไร ไม่ใช่เกิดจากพยาบาลคิดเอาเองว่าผู้ป่วยต้องการอะไร (Kiser, Boario and Hilton. 1995 : 362) การยอมรับในคุณค่าของผู้ป่วยในฐานะปัจเจกบุคคลที่มีความแตกต่างกันในเรื่องของความเชื่อและประสบการณ์ที่มีต่อโรคและความเจ็บป่วย รวมถึงการยอมรับสิทธิของผู้ป่วยที่จะควบคุมชะตาชีวิตของตนเอง ดังนั้นการพัฒนาทักษะของวิชาชีพที่สำคัญให้กับพยาบาล จึงเป็นสิ่งที่สำคัญในการดำเนินงานตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป้าหมายของการฝึกอบรมพยาบาลในครั้งนี้ก็คือ การเอื้ออำนวยและส่งเสริมให้พยาบาลมีสมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่ประกอบด้วยความรู้ และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลที่คำนึงถึงการให้คุณค่าแก่ผู้ป่วยในฐานะบุคคล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การส่งเสริมและเอื้ออำนวยพลังอำนาจในผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมภายใต้บรรยากาศแห่งการเรียนรู้ที่จะส่งเสริมให้พยาบาลได้มีประสบการณ์ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย โดยเชื่อว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพตนเอง ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในตน และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเอง อันจะนำไปสู่การพัฒนาความมีสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วยที่ยั่งยืนถึงแม้ว่าจะมีข้อจำกัดในเรื่องของความเจ็บป่วย

กลุ่มเป้าหมาย : พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 20 คน

ระยะเวลาในการฝึกอบรม : 3 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 9 – 28 มกราคม 2545

เป้าหมายของหลักสูตร

เพื่อให้พยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรมีสมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จุดมุ่งหมายของหลักสูตร เพื่อให้พยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตร

1. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง
2. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
3. สามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วย
4. มีเจตคติทางบวกต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

โครงสร้างหลักสูตรและเนื้อหาการฝึกอบรม

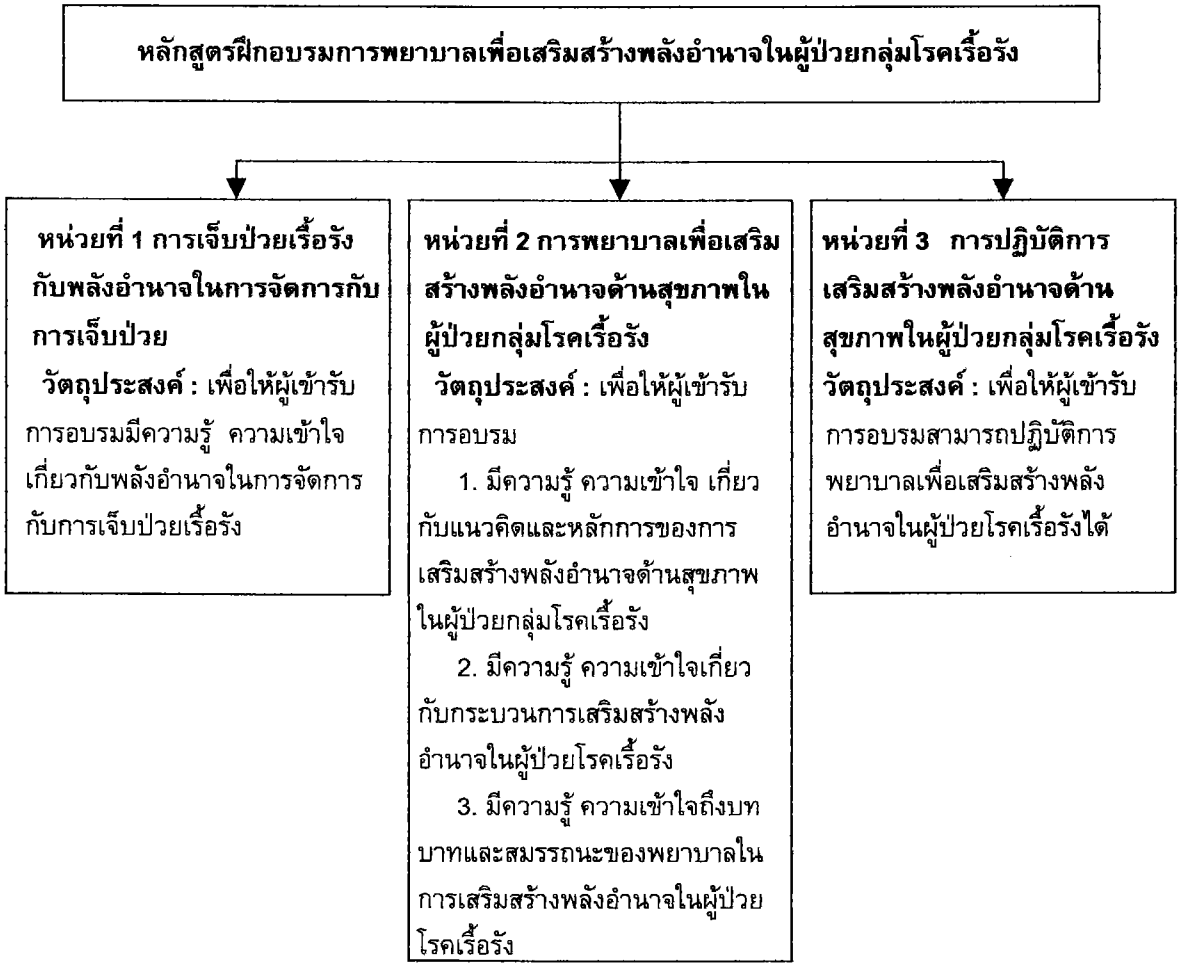
โครงสร้างของหลักสูตรฝึกอบรม แบ่งเป็น 3 หน่วย คือ

หน่วยที่ 1 การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

หน่วยที่ 2 การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

หน่วยที่ 3 การปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

โครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรมในภาพรวมแสดงในภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

หน่วยที่ 1 การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม : เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

1. อธิบายผลกระทบของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
1. อธิบายพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง
2. อธิบายการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เนื้อหาการฝึกอบรม :

1. การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง
2. กรณีศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย

กิจกรรมและวิธีดำเนินกิจกรรม :

1. วิทยากรบรรยาย : การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง
2. วิทยากรนำเสนอกรณีศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย
3. วิทยากรและผู้เข้ารับการอบรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

สื่อประกอบกิจกรรม :

1. เอกสารประกอบการฝึกอบรม : การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง
2. รายงานการศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย

การประเมินผล :

1. การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เปรียบเทียบก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ
2. การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านการนำความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ภายหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ
3. การประเมินการอธิบายความหมายและความสำคัญของพลังอำนาจตามความรู้ ความเข้าใจของผู้เข้ารับการอบรม ก่อนและหลังประชุมเชิงปฏิบัติการ

หน่วยที่ 2 การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม

1. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและหลักการของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3. มีความรู้ ความเข้าใจถึงบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม : เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

1. อธิบายถึงความหมายและความสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้
2. อธิบายขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังได้
3. อธิบายบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้
4. วินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้

เนื้อหาการฝึกอบรม :

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
3. การศึกษาขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
4. แนวทางการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
5. การศึกษากรณีตัวอย่างเพื่อวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กิจกรรมและวิธีดำเนินกิจกรรม :

1. วิทยากรบรรยาย : การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. วิทยากรบรรยาย : การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
3. ผู้เข้ารับการอบรมประชุมกลุ่มทำกิจกรรมที่ 1 การศึกษาขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และอภิปรายผลการศึกษา
4. วิทยากรบรรยาย : แนวทางการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
5. ผู้เข้ารับการอบรมประชุมกลุ่มทำกิจกรรมที่ 2 การศึกษากรณีตัวอย่างเพื่อวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และอภิปรายผลการศึกษา

สื่อประกอบกิจกรรม :

1. เอกสารประกอบการบรรยายและการประชุมกลุ่ม
   : การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
   : การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
   : แนวทางการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
   : บทสัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 4 ราย
   : แบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
   : แบบบันทึกการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. ใบงานประกอบกิจกรรมที่ 1 การศึกษาขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

3. ใบงานประกอบกิจกรรมที่ 2 การศึกษากรณีตัวอย่างเพื่อวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

4. แบบสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมในกิจกรรมการประชุมกลุ่ม

การประเมินผล :

1. การประเมินผลงานการประชุมกลุ่มของผู้เข้ารับการอบรม ประกอบด้วย
   - ผลการศึกษาขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
   - ผลการศึกษากรณีตัวอย่างเพื่อวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. การสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมในการประชุมกลุ่ม
3. การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง การพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังเปรียบเทียบก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ
4. การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านการนำความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง การพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังและ การวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ภายหลังประชุมเชิงปฏิบัติการ
5. การประเมินการอธิบายความหมายและความสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจตามความรู้ ความเข้าใจของผู้เข้ารับการอบรม ก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ

หน่วยที่ 3 การปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม : เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม

1. สามารถนำขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังได้
2. สามารถประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังได้
3. สามารถวางแผนการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยได้
4. สามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยได้
5. สามารถประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังได้
6. มีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย

เนื้อหาการฝึกอบรม

การปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง มีรายละเอียดเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติดังนี้

1. การศึกษาเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. การปฐมนิเทศการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
3. การปฏิบัติพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
4. การรายงานผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในระหว่างการฝึกปฏิบัติ
5. การจัดทำรายงานและการรายงานผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังภายหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ

กิจกรรมและวิธีดำเนินกิจกรรม :

1. ผู้เข้ารับการอบรมแต่ละคนศึกษาเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยวิทยากรทำหน้าที่อธิบายเกณฑ์การประเมินในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. วิทยากรปฐมนิเทศผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง พร้อมแจกคู่มือการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง สำหรับให้ผู้เข้ารับการอบรมใช้เป็นแนวทางในการฝึกปฏิบัติ แบบบันทึกและแบบประเมินที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติสำหรับผู้เข้ารับการอบรมใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ศึกษา
3. ผู้เข้ารับการอบรมแต่ละคนปฏิบัติการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในสถานการณ์จริง โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติงานดังนี้

3.1 ผู้เข้ารับการอบรมแต่ละคนคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังคนละ 4 ราย เพื่อทำการศึกษา

3.2 ผู้เข้ารับการอบรมปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพกับผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือก

3.3 ผู้เข้ารับการอบรมเข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อยพบวิทยากรเพื่อรายงานผลการปฏิบัติงานและระดมสมองเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้เข้ารับการอบรมคนอื่น โดยกำหนดให้ทุกคนต้องเข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อยและพบวิทยากรอย่างน้อย 2 ครั้ง ระหว่างการฝึกปฏิบัติ

4. ผู้เข้ารับการอบรมจัดทำรายงานและอภิปรายผลการศึกษา เมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ
5. ผู้เข้ารับการอบรมและวิทยากรสรุปการเรียนรู้ และประเมินผลการฝึกปฏิบัติ

สื่อประกอบกิจกรรม :

1. คู่มือการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่เป็นกรณีศึกษา
4. แบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

5. แบบบันทึกการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
6. แบบบันทึกแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
7. แบบบันทึกรายงานการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
8. แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกปฏิบัติ

การประเมินผล :

1. การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของผู้เข้ารับการอบรมแต่ละคน
2. การประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกปฏิบัติ

วิธีดำเนินการฝึกอบรม

วิธีการฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ใช้เทคนิคการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยผู้เข้ารับการอบรมจะมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เน้นไปที่การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์และการใช้กระบวนการกลุ่ม ด้วยการใช้การอภิปรายกลุ่ม กรณีตัวอย่างและการระดมสมองเพื่อการเรียนรู้ร่วมกับสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม พัฒนาความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และความเชื่อมั่นในตัวผู้เข้ารับการอบรมในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กระบวนการฝึกอบรมแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การประชุมเชิงปฏิบัติการ ใช้เวลา 3 วัน และการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง ใช้เวลา 2 สัปดาห์

ก่อนเริ่มต้นกระบวนการฝึกอบรม วิทยากรจะนำเสนอวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม รูปแบบของการฝึกอบรม และขั้นตอนกระบวนการฝึกอบรมในภาพรวมให้กับผู้เข้ารับการอบรมทราบ

กระบวนการฝึกอบรมมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. การประชุมเชิงปฏิบัติการ

1.1 ก่อนเริ่มการประชุมเชิงปฏิบัติการ วิทยากรทำการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้วยการให้ผู้เข้ารับการอบรมประเมินตนเองด้านความรู้ ความเข้าใจต่อประเด็นความรู้ในหลักสูตร และการประเมินผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.2 ดำเนินการตามแผนการฝึกอบรมในส่วนของการประชุมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 2 หน่วยการเรียน ได้แก่ หน่วยที่ 1 การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วย และหน่วยที่ 2 การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

1.3 การฝึกอบรมในแต่ละหน่วยการเรียน ใช้กิจกรรมการบรรยายโดยวิทยากรและกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรม ด้วยการให้ผู้เข้ารับการอบรมได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อการเรียนรู้ร่วมกับสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม โดยเน้นกระบวนการกลุ่ม กรณีตัวอย่าง การระดมสมอง และการอภิปรายกลุ่ม รวมถึงการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์และข้อคิดเห็นต่าง ๆ ระหว่างผู้เข้ารับการอบรมด้วยกันและวิทยากร อันจะทำให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ค้นพบและเรียนรู้ด้วยตนเอง ขั้นตอนในการทำกิจกรรมมีดังนี้

1.3.1 ขั้นนำ เป็นขั้นที่นำเข้าสู่กิจกรรมที่ผู้เข้ารับการอบรมจะต้องทำร่วมกัน

1.3.2 ขั้นกิจกรรม เป็นขั้นที่ผู้เข้ารับการอบรมต้องลงมือกระทำสิ่งต่าง ๆ ตามที่ได้กำหนดไว้ในใบงาน

1.3.3 ขั้นอภิปราย เป็นขั้นที่ผู้เข้ารับการอบรมนำข้อค้นพบระหว่างการทำกิจกรรมมาปรึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในระหว่างชั้นเรียน

1.3.4 ขั้นสรุป เป็นการสรุปความคิดเห็นต่าง ๆ ที่ได้จากการทำกิจกรรมและการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้เข้ารับการอบรมกับวิทยากร สำหรับนำไปใช้ในขั้นตอนการเรียนรู้ต่อไปหรือสำหรับนำไปใช้ประโยชน์ต่อวิชาชีพ

1.4 ในระหว่างกิจกรรมการประชุมกลุ่มย่อยแต่ละครั้ง จะทำการประเมินพฤติกรรมการมีส่วนร่วมและการประเมินผลงานการประชุมกลุ่มของผู้เข้ารับการอบรมด้วยผู้ประเมินจากภายนอก

1.5 เมื่อสิ้นสุดการประชุมเชิงปฏิบัติการ ทำการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้วยการให้ผู้เข้ารับการอบรมประเมินตนเองด้านความรู้ ความเข้าใจและการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง

2.1 ก่อนฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง วิทยากรดำเนินการปฐมนิเทศผู้เข้ารับการอบรมทุกคนเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง พร้อมแจกคู่มือการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง แบบบันทึกและแบบประเมินที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติสำหรับผู้เข้ารับการอบรม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการฝึกปฏิบัติ และเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ศึกษา

2.2 ดำเนินการตามแผนการฝึกอบรมในหน่วยการเรียนที่ 3 การปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

2.3 กระบวนการปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง กิจกรรมที่ใช้ คือ การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงและการประชุมกลุ่มย่อยที่เน้นกระบวนการกลุ่มและการระดมสมอง เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้เข้ารับการอบรมคนอื่น โดยกำหนดให้ทุกคนต้องเข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อยและพบวิทยากรอย่างน้อย 2 ครั้ง

2.4 ระหว่างการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้เข้ารับการอบรม วิทยากรมีบทบาทในการติดตามนิเทศผู้เข้ารับการอบรมด้วยการพบผู้เข้ารับการอบรมในระหว่างการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ข้อมูล และร่วมกับผู้เข้ารับการอบรมในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการฝึกปฏิบัติ

2.5 ผู้เข้ารับการอบรมจัดทำรายงานผู้ป่วยที่ศึกษาและอภิปรายผลการศึกษาเมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ

2.6 ภายหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ วิทยากรทำการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้วยการให้ผู้เข้ารับการอบรมแสดงความคิดเห็นต่อการฝึกปฏิบัติ

3. วิทยากรทำการประเมินผู้เข้ารับการอบรมภายหลังสิ้นสุดการประชุมเชิงปฏิบัติการและฝึกปฏิบัติ ประกอบด้วย

3.1 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม

3.2 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

3.3 การประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อหลักสูตรฝึกอบรม

การวัดและประเมินผลการฝึกอบรม

กระบวนการวัดและประเมินผลการฝึกอบรมตามหลักสูตรนี้ ประกอบด้วยการประเมินผลสัมฤทธิ์หลักสูตรฝึกอบรม และประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม

1. การประเมินผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ของผู้เข้ารับการอบรม โดยทำการประเมินใน 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ ด้านความสามารถ และด้านเจตคติ

1.1 การประเมินด้านความรู้ ประกอบด้วย

1.1.1 การประเมินผลงานการประชุมกลุ่มของผู้เข้ารับการอบรม

1.1.2 การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจต่อสาระสำคัญของพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ เปรียบเทียบก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ

1.1.3 การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ภายหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ

1.1.4 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ เปรียบเทียบก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ

1.1.5 การประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจภายหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ

1.1.6 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม

1.2 การประเมินด้านทักษะ ประกอบด้วย

1.2.1 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของผู้เข้ารับการอบรมแต่ละคน

1.2.2 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ภายหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ

1.2.3 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านทักษะที่ได้รับจากการฝึกอบรม

1.3 การประเมินด้านเจตคติ ประกอบด้วย

1.3.1 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านเจตคติ ประกอบด้วย การเห็นความสำคัญของพลังอำนาจในการจัดการกับความเจ็บป่วย การเห็นความสำคัญถึงบทบาทของพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถจัดการกับความเจ็บป่วย ภายหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ

1.3.2 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

1.3.3 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านเจตคติที่ได้รับจากการฝึกอบรม

2. การประเมินความเหมาะสมหลักสูตรฝึกอบรม ด้วยการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกปฏิบัติและกระบวนการฝึกอบรม

เครื่องมือการวัดและประเมินผลการฝึกอบรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดและประเมินผลการฝึกอบรม ประกอบด้วย

1. แบบประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจและการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล
2. แบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ
3. แบบสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมต่อกิจกรรมการประชุมกลุ่ม
4. แบบประเมินผลงานการประชุมกลุ่ม
5. แบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

6. แบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม
7. แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกปฏิบัติ
8. แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกอบรม

แผนการฝึกอบรม

หัวข้อวิชา	วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	วิธีการฝึกอบรม/กิจกรรม	การประเมินผล
1. การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วย	เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ 1. อธิบายผลกระทบของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2. อธิบายพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง 3. อธิบายการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	1. วิทยากรบรรยาย : การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง 2. วิทยากรนำเสนอกรณีศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย 3. วิทยากรและผู้เข้ารับการอบรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	1. การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เปรียบเทียบก่อนและหลังการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ 2. การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านการนำความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ภายหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ 3. การอธิบายความหมายและความสำคัญของพลังอำนาจตามความรู้ ความเข้าใจของผู้เข้ารับการอบรม ก่อน

หัวข้อวิชา	วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	วิธีการฝึกอบรม/กิจกรรม	การประเมินผล
			และหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ
2. การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ 1. อธิบายถึงความหมายและความสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ 2. อธิบายขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังได้ 3. อธิบายบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ 4. วินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้	1. วิทยากรบรรยาย : การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง 2. วิทยากรบรรยาย : การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง 3. ผู้เข้ารับการอบรมประชุมกลุ่มทำกิจกรรมที่ 1 4. วิทยากรบรรยาย : การวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 5. ผู้เข้ารับการอบรมประชุมกลุ่มทำกิจกรรมที่ 2	1. การประเมินผลงานการประชุมกลุ่ม 2. การสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมในการประชุมกลุ่ม 3. การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง การพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เปรียบเทียบก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ 4. การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านการนำความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง การพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่ม

หัวข้อวิชา	วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	วิธีการฝึกอบรม/กิจกรรม	การประเมินผล
			โรคเรื้อรัง และการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ภายหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ 5. การอธิบายความหมายและความสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจตามความรู้ ความเข้าใจของผู้เข้ารับการอบรม ก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ
3. การปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง	เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม 1. สามารถนำขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง 2. สามารถประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง 3. สามารถวางแผนการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย 4. สามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยได้ 5. สามารถประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย	1. ผู้เข้ารับการอบรมศึกษาเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง 2. วิทยากรปฐมนิเทศการฝึกปฏิบัติ พร้อมแจกคู่มือการฝึกปฏิบัติ แบบประเมินและแบบบันทึกที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติ 3. ผู้เข้ารับการอบรมปฏิบัติการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในสถานการณ์จริง 4. ผู้เข้ารับการอบรมเข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อยพบวิทยากรเพื่อรายงานผลการปฏิบัติงานและระดมสมองแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ครั้งที่ 1 วันที่ 17,18 มกราคม 2545	1. การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของผู้เข้ารับการอบรม 2. การประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกปฏิบัติ

หัวข้อวิชา	วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	วิธีการฝึกอบรม/กิจกรรม	การประเมินผล
	กลุ่มโรคเรื้อรัง 6. มีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย	ครั้งที่ 2 วันที่ 24,25 มกราคม 2545 5. ผู้เข้ารับการอบรมจัดทำรายงานและอภิปรายผลการศึกษากรณีตัวอย่างเมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ 6. ผู้เข้ารับการอบรมและวิทยากรสรุปการเรียนรู้และประเมินผลการฝึกปฏิบัติ	

หน่วยที่ 1 การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

เวลา 2 ชั่วโมง 30 นาที

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม : เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

1. อธิบายผลกระทบของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้
2. อธิบายพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรังได้
3. อธิบายการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้

เนื้อหาการฝึกอบรม :

1. การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง
2. กรณีศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย

กิจกรรมและวิธีดำเนินกิจกรรม :

1. วิทยากรบรรยาย : การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง
2. วิทยากรบรรยาย : กรณีศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย
3. วิทยากรและผู้เข้ารับการอบรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

สื่อประกอบกิจกรรม :

1. เอกสารประกอบการฝึกอบรม : การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง
2. กรณีศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย

การประเมินผล :

1. การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ
2. การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านการนำความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ภายหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ
3. การประเมินการอธิบายความหมายและความสำคัญของพลังอำนาจ ตามความรู้ ความเข้าใจของผู้เข้ารับการอบรมก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ

หน่วยที่ 2 การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เวลา 7 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม : เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

1. อธิบายถึงความหมายและความสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้
2. อธิบายขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังได้
3. อธิบายบทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้
4. วินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้

เนื้อหาการฝึกอบรม :

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
3. การศึกษาขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะของพยาบาล ในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
4. แนวทางการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
5. การศึกษากรณีตัวอย่างเพื่อวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กิจกรรมและวิธีดำเนินกิจกรรม :

1. วิทยากรบรรยาย : การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. วิทยากรบรรยาย : การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
3. ผู้เข้ารับการอบรมประชุมกลุ่มทำกิจกรรมที่ 1 การศึกษาขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และอภิปรายผลการศึกษา
4. วิทยากรบรรยาย : แนวทางการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
5. ผู้เข้ารับการอบรมประชุมกลุ่มทำกิจกรรมที่ 2 การศึกษากรณีตัวอย่างเพื่อวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และอภิปรายผลการศึกษา

สื่อประกอบกิจกรรม :

1. เอกสารประกอบการบรรยายและการประชุมกลุ่ม
   : การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
   : การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
   : แนวทางการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
   : บทสัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 4 ราย
   : แบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
   : แบบบันทึกการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. ใบงานประกอบกิจกรรมที่ 1 การศึกษาขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

3. ใบงานประกอบกิจกรรมที่ 2 การศึกษากรณีตัวอย่างเพื่อวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
4. แบบสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมในกิจกรรมการประชุมกลุ่ม

การประเมินผล :

1. การประเมินผลงานการประชุมกลุ่มของผู้เข้ารับการอบรม ประกอบด้วย
   - ผลการศึกษาขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
   - ผลการศึกษากรณีตัวอย่างเพื่อวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. การสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมในการประชุมกลุ่ม
3. การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง การพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ
4. การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านการนำความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง การพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ภายหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ
5. การอธิบายความหมายและความสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจตามความรู้ ความเข้าใจของผู้เข้ารับการอบรมก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ

กิจกรรมที่ 1 การศึกษาขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

เวลา 3 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม : เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

1. อธิบายขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และบทบาทของพยาบาลในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. วิเคราะห์สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

สื่อประกอบกิจกรรม :

1. เอกสารประกอบการประชุม การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. แบบบันทึกรายงานผลการประชุมกลุ่ม

กิจกรรมและวิธีดำเนินกิจกรรม :

1. วิทยากรบรรยาย : การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง
2. แบ่งผู้เข้ารับการอบรมออกเป็น 4 กลุ่ม ศึกษาขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยประเด็นในการประชุมกลุ่ม ได้แก่
   2.1 หลักการและเป้าหมายของแต่ละขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
   2.2 บทบาทของพยาบาลที่เอื้ออำนวยให้บรรลุผลสำเร็จของการทำงานในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
   2.3 สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานให้บรรลุความสำเร็จในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
3. ผู้เข้ารับการอบรมแต่ละกลุ่ม ศึกษาตามประเด็นที่กำหนด ใช้เวลา 1 ชั่วโมง
4. แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนกลุ่มเพื่อนำเสนอผลการประชุมกลุ่ม ใช้เวลาในการนำเสนอกลุ่มละ 10 นาที

เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 1

การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

พยาบาลถือได้ว่าเป็นเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ดังนั้นจึงเป็นที่คาดหวังว่าจะดูแลและช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยเป้าหมายของการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537 : 19 ; อ้างอิงจาก Cluff.1981. *Chronic disease, function and the quality of care.* ; Brighton. 1994 : 12 ; Citing Neufeld and Duck. 1993.*A nursing intervention strategy to foster patient involvement in treatment decisions.*)

1. การควบคุมโรคและการรักษาพยาบาลตามอาการเพื่อลดความรุนแรงของอาการและอาการแสดง ยับยั้งความก้าวหน้าของโรค ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค

2. การช่วยเหลือผู้ป่วยให้เพิ่มขีดความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยที่เหมาะสมและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง

3. การดำรงไว้และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือความสามารถที่จะแสดงบทบาทที่มีความสำคัญต่อตนเอง รับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า มีความรู้สึกถึงความเป็นอิสระ มีความรู้สึกพึงพอใจกับตนเอง ความสามารถและสัมพันธภาพ และมีความรู้สึกถึงการมีสุขภาวะที่ดีแม้จะมีข้อจำกัดอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

ถึงแม้ว่าจะมีผลกระทบทางด้านลบที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้อันเกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย สภาพทางร่างกายที่แย่ลง การที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น บทบาทที่ต้องปรับเปลี่ยน ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ แต่ถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนให้มีการปรับตัวให้เข้ากับการเจ็บป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเผชิญกับการเจ็บป่วยได้ ผู้ป่วยจะมองเห็นว่ายังมีแหล่งของความช่วยเหลือ / ทรัพยากรมากมายที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถที่จะควบคุมชีวิตของพวกเขาได้ ซึ่งตามนัยดังกล่าวคือ การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังนี้ได้จากการสังเคราะห์แนวคิดและรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งทำให้ได้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 6 ขั้นตอน ได้แก่ (Funnell , et at.1991 ; Hawkes.1992 ; Gibson. 1991 , 1995 ; Mackintosh.1995 ; Rodwell. 1995 ; Suk Bling. 1998)

1. การสร้างความร่วมมือ
2. การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย
3. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ
4. การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร
5. การดำเนินการด้วยตนเอง
6. การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วย

โดยผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความสามารถของตนใน

การจัดการและควบคุมความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 ขั้นตอน มีรายละเอียดของการปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนการสร้างความร่วมมือ

ขั้นตอนการสร้างความร่วมมือ เป็นขั้นตอนแรกของการเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกันในอันที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การดำเนินการที่สำคัญในขั้นตอนนี้ประกอบด้วย การจัดระบบบริการรักษาพยาบาลที่เอื้ออำนวยต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการปรับเปลี่ยนทัศนคติของพยาบาลกับผู้ป่วย

1.1 การจัดระบบบริการรักษาพยาบาลที่เอื้ออำนวยต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตามแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ระบบการบริการรักษาพยาบาลจะต้องเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วย ด้วยการ

1.1.1 ส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของร่างกายและบทบาท

1.1.2 ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาวิธีการควบคุมในบริบทของโรคและจำแนกแยกแยะชนิดของการควบคุมและสิ่งที่สามารถควบคุมได้

1.1.3 ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการหรือควบคุมความเจ็บป่วยของตนเองได้

1.1.4 เตรียมผู้ป่วยให้รับรู้ถึงข้อจำกัดและพฤติกรรมที่จะต้องปรับเปลี่ยน ด้วยการให้ข้อมูล ความรู้และทักษะเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลที่เหมาะสม อันจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

1.1.5 ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับต่อสภาพการเจ็บป่วยตรงตามสภาพจริง เชื่อว่าตนเองสามารถที่จะควบคุมการเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของตนเองได้ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่และเชื่อว่าในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ยังมีความหมาย

โดยอยู่บนพื้นฐานของการให้ความเคารพต่อความเชื่อ ค่านิยมและประสบการณ์ของผู้ป่วย ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ความสนใจและเป้าหมายในชีวิตของผู้ป่วย ความเชื่อในความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจ และการยอมรับในหน้าที่ความรับผิดชอบและการกระทำของผู้ป่วย

1.2 การปรับเปลี่ยนทัศนคติของพยาบาลและผู้ป่วย

การเริ่มต้นการเข้าสู่การเสริมสร้างพลังอำนาจ สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือ การปรับเปลี่ยนทัศนคติและความคิดของพยาบาลว่าตนเองเป็นเช่นแหล่งทรัพยากรสำหรับผู้ป่วย ถ้าพยาบาลเห็นด้วยกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ พยาบาลจะต้องเชื่อว่าผู้ป่วยเป็นหุ้นส่วนที่เท่าเทียมกันในทีมสุขภาพ พยาบาลจะต้องกำหนดบทบาทของตนเพื่อสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งให้กับหน้าที่ของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน นอกจากนั้นบทบาทของพยาบาล คือ บุคคลที่อยู่ในฐานะเอื้ออำนวยและเป็นแหล่งทรัพยากร มิใช่ผู้จัดบริการหรือผู้ให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยดังที่เคยเป็นมา (Gibson. 1991)

ในส่วนของผู้ป่วยเอง การยอมรับต่อบทบาทของตนในอันที่จะร่วมมือกับทีมสุขภาพและกำหนดเป้าหมายในการจัดการกับการเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพตนเองมีความสำคัญยิ่งต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจให้เกิดขึ้นในผู้ป่วย

สิ่งที่ท้าทายการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย คือ การต่อสู้กับความกลัวของการได้มาซึ่งอิสระภาพในการเลือกและตัดสินใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับสุขภาพของตน เนื่องมาจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่มีมานานระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ที่เคยเป็นมาในรูปแบบของการที่เจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นผู้นำทางชี้ทางให้ผู้ป่วยเดินตามทางที่เจ้าหน้าที่สุขภาพต้องการเสมอ โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องคิดอะไร ไม่ต้องตัดสินใจอะไร มีหน้าที่เพียงแต่ทำไปตามเจ้าหน้าที่สุขภาพบอก แต่ต่อไปนี้ผู้ป่วยจะต้องเป็นตัวของตัวเอง ต้องตัดสินใจและต้องรับผิดชอบตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวที่จะได้รับอิสระภาพเพราะไม่เคยกับการรับผิดชอบตนเองมาก่อน

เป้าหมายในขั้นตอนของการสร้างความร่วมมือ คือ

1.1 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย

1.2 ผู้ป่วยรับรู้บทบาทของตนเกี่ยวกับการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของตน

1.3 ความต้องการของผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการทางด้านสุขภาพของตนและกิจกรรมเพื่อให้บรรลุความต้องการของตน

ตัวชี้วัดถึงผลสำเร็จของขั้นตอนนี้ คือ การยอมรับของผู้ป่วยต่อบทบาทของตนเกี่ยวกับการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของตน และการยอมรับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. ขั้นตอนการค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย

ในขั้นตอนการค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วยแบ่งการดำเนินงานออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ขั้นตอนของการประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วย เป็นการค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ขัดขวางความสำเร็จในการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย โดยที่พยาบาลจะใช้ความรู้เกี่ยวกับพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจมาใช้เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความรู้สึกของตนทางคำพูดและท่าทางถึงความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ผู้ป่วยจะสามารถอธิบายได้ถึงปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจด้วยการพูดคุยและสะท้อนกลับทางด้านความคิดจากพยาบาล การแสดงออกทางคำพูดเป็นการแสดงให้เห็นถึงความรู้สึกของผู้ป่วยและช่วยให้พยาบาลมีโอกาสในการทำความเข้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น การประเมินพลังอำนาจและสิ่งบ่งชี้ถึงภาวะสูญเสียพลังอำนาจนั้น ใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งได้จากงานการศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย (ดารณี จามจุรี. 2544) แนวคิดแหล่งพลังอำนาจของมิลเลอร์ (Miller. 1992) รายละเอียดดังแสดงในแนวทางการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ระยะที่ 2 การช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนตรงตามสภาพจริง เช่น รู้ว่าแบบแผนการดำเนินของโรค/การเจ็บป่วยจะเป็นแบบใด การรักษาพยาบาลที่ได้รับนั้นจะมีประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ป่วยอย่างไร วิธีการในการควบคุมภาวะของโรค เป็นต้น ด้วยการใช้วิธีการตั้งคำถามเพื่อให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนแทนที่จะได้รับแต่คำบอกเล่าจากพยาบาลแต่เพียงฝ่ายเดียว วิธีการนี้นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยรู้ถึงความต้องการของตนเกี่ยวกับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยแล้ว ยังช่วยให้พยาบาลรู้ว่าผู้ป่วยรู้อะไรและยังขาดอะไรที่จำเป็นต่อการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมถึงความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่

ขั้นตอนการค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมามองปัญหา ประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่าง ๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดียิ่งขึ้น

เป้าหมายในขั้นตอนการค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย ประกอบด้วย

2.1 การประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วย

2.2 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมกับพยาบาล

2.3 ผู้ป่วยรับรู้สภาพการเจ็บป่วยของตนตรงตามสภาพความเป็นจริง

ตัวชี้วัดถึงความสำเร็จในขั้นตอนนี้ คือ ข้อมูลการประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วย ข้อมูลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และการแสดงออกถึงความเข้าใจของผู้ป่วยต่อสภาพการเจ็บป่วยของตนตรงตามสภาพที่เป็นจริง

ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดำเนินงานในขั้นตอนนี้ ด้านความรู้ พยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา ความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรม ความเชื่อ ศาสนาและแบบแผนการดำเนินชีวิต ทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ และความรู้เกี่ยวกับพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สำหรับทักษะที่จำเป็นสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เทคนิคการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ การสัมภาษณ์ การสังเกตุและทักษะในการรวบรวมข้อมูลจากบันทึก และรายงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

3. ขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

ขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นขั้นตอนการวางแผนการจัดการกับปัญหา ด้วยการสนับสนุนของพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับปัญหา แสวงหาทางเลือก และพิจารณาอย่างรอบคอบถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ

การช่วยให้ผู้ป่วยมีการสะท้อนคิดถึงแนวทางในการแก้ปัญหาด้วยตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (Sense of personal control) จากเดิมที่คิดว่าตนไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไปสู่ความคิดที่ว่าทุกสิ่งทุกอย่างตนไม่ได้ไร้ความสามารถ สิ่งที่ได้กระทำเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยจะมีทางเลือกในการปฏิบัติ หลังจากการคิดวิเคราะห์อย่างละเอียดแล้วจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาขึ้น ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตน ความสามารถ ความถูกต้องของตน เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจ ทักษะในการดูแลตนเองมากขึ้น จึงกล่าวได้ว่าขั้นตอนนี้มีความสำคัญที่นำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถและมีพลังมากขึ้น (Gibson. 1995 : 1203 – 1208)

ในการช่วยให้ผู้ป่วยวางแผนการจัดการกับปัญหานั้น จะต้องช่วยให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายและเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ที่มีความเป็นไปได้ เพราะการกำหนดเป้าหมายที่ผู้ป่วยไม่มีทางบรรลุถึงผลสำเร็จได้ หรือการที่ผู้ป่วยไม่เคยบรรลุถึงความสำเร็จในเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ

การที่ผู้ป่วยได้รับโอกาสให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาพยาบาลและการร่วมกันค้นหาเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ตรวจสอบการประเมินภาวะการดูแลตนเองและการได้รับการยืนยันจากพยาบาลว่าผู้ป่วยมีความสามารถเพียงพอที่จะทำสิ่งนั้นได้บรรลุความสำเร็จตามผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ การตัด

สินใจร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยช่วยเพิ่มการรับรู้ถึงการควบคุม (Stepleton.1992 : 307 ; citing Fuchs.1987. *Use of desional control to combat powerlessness.*)

เป้าหมายในขั้นตอนของการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ คือ

3.1 แผนการจัดการกับปัญหา

3.2 การกำหนดเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้

ตัวชี้วัดถึงความสำเร็จในขั้นตอนนี้ คือ แผนการจัดการกับปัญหา

4. ขั้นตอนการสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และเพิ่มแหล่งทรัพยากร

ข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรที่เหมาะสมและเพียงพอมีผลต่อการตัดสินใจที่มีเหตุผลและเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมตามที่ได้ตัดสินใจและช่วยประเมินประสิทธิภาพของการตัดสินใจ การสนับสนุนด้านข้อมูล ความรู้ และทักษะนั้นต้องเกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเองที่มองเห็นว่าสิ่งเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจและการดำเนินกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง บทบาทของพยาบาลจะมิใช่ผู้จัดการให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะ ตามที่พยาบาลเห็นว่าเหมาะสมต่อโรคหรือสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยอย่างที่เรียกกันว่า ชุดข้อมูล (Package) อีกต่อไป แต่บทบาทของพยาบาลคือ การร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยถึงสิ่งที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกเหนือจากข้อมูล ความรู้ ทักษะในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยแล้วยังมีทักษะอื่น ๆ ที่มีความสำคัญสำหรับผู้ป่วย (Berger and Anderson - Harper and Kavookgan.2000) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ

ทักษะ	คำจำกัดความ
การสื่อสาร (Communication)	ทักษะการสื่อสารช่วยให้ผู้ป่วยตั้งคำถามต่อสิ่งที่ตนสงสัยหรือแสดงออกถึงความต้องการของตน เพื่อให้แพทย์หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ดูแลตนได้รับรู้
การแสวงหาข้อมูล (Information seeking)	ทักษะในการแสวงหาข้อมูลช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าจะได้รับข้อมูลที่เหมาะสมเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนหรือหน่วยบริการที่จะช่วยเหลือพวกเขาได้
ความตั้งใจแน่วแน่ต่อการกระทำ (Assertiveness)	ทักษะนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมใด ๆ แม้ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองอ่อนแอ เช่น การสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยหรือการหาความคิดเห็นอื่นเมื่อผู้ป่วยรู้สึกไม่พอใจกับการวินิจฉัยที่ได้รับ
การตัดสินใจ (Decision - making)	ทักษะการตัดสินใจช่วยให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักเกี่ยวกับข้อจำกัดทางเลือกที่จะนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมสอดคล้องกับค่านิยมของตน
การจัดการกับปัญหา (Coping)	ทักษะในการจัดการกับปัญหาช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความเครียดต่าง ๆ เพื่อจะได้ไม่ส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจของผู้ป่วย ด้วยการพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา ผู้ป่วย

ตาราง 1 (ต่อ)

ทักษะ	คำจำกัดความ
	สามารถเรียนรู้ที่จะตอบสนองต่อความเครียดที่เกิดจากการได้รับการวินิจฉัย
การแสวงหาการสนับสนุนจากสังคม (Social support - seeking)	ทักษะการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจต่อสิ่งที่ต้องการการสนับสนุน ไม่ว่าจะเป็นอุปกรณ์ เครื่องมือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์หรือข้อมูล

ที่มา : Berger B.A, Anderson-Harper H. M. and Kavookjian J. (2000, May). *Patient Empowerment.* (Online). Available : http://pharmacy.aubum.edu/pcs/download/empower.html.

การสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกแหล่งทรัพยากรสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังและช่วยทางด้านจิตใจของผู้ป่วย การทบทวนบทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความเข้มแข็งและความรู้สึกถึงการควบคุม การเพิ่มความไว (Sensitive) ต่อการรับรู้ของบุคคลที่บ้าน ที่ทำงานและในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย ไดมอนด์ (Stapleton.1992 : 310 ; citing Dimond.1979. *Social support and adaptation to chronic illness.*) พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างสภาวะทางจิตของผู้ป่วยล้างไตโดยวิธีฟอกเลือดกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม (สิ่งแวดล้อมในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากคู่ครอง) และพบความสัมพันธ์ทางลบระหว่างความผูกพันภายในครอบครัว ความไว้วางใจและขนาดการเปลี่ยนแปลงในบทบาททางสังคมในการปรับตัวกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยพบว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเมื่อเริ่มล้างไตจะน้อย ถ้าครอบครัวผู้ป่วยมีความผูกพันกันดี และมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน บทบาทของพยาบาล คือ การช่วยให้ครอบครัวตระหนักถึงอิทธิพลของคนในครอบครัวในอันที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวให้เข้ากับการเจ็บป่วย ยิ่งความผูกพันในครอบครัวมีสูงและแสดงความรู้สึกต่อกันอย่างเปิดเผย จะยิ่งทำให้สภาวะทางจิตทางผู้ป่วยดีขึ้นและช่วยลดปัญหาทางสุขภาพลง พยาบาลสามารถช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยมีการพัฒนาทางด้านการสื่อสาร เพิ่มการแสดงออกและการสนับสนุน รวมถึงการดูแล

นอกจากนั้น ความเข้มแข็งทางกายภาพ ความเข้มแข็งทางจิต การส่งเสริมให้เกิดอัตมโนทัศน์ทางบวก การสร้างแรงจูงใจ ระบบความเชื่อและพลังงานเป็นสิ่งที่พยาบาลจะต้องเอื้ออำนวยให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

ความสำเร็จในการดำเนินการตามแผนที่ผู้ป่วยวางไว้จะขึ้นอยู่กับการได้รับการสนับสนุนและเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรอย่างเพียงพอจากพยาบาล ตามความต้องการของผู้ป่วย ดังนั้นเป้าหมายในขั้นตอนนี้ คือ การแสดงออกถึงความต้องการของผู้ป่วยในการได้รับการสนับสนุนข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากรที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของแผนที่ตั้งไว้

โดยที่ตัวชี้วัดถึงความสำเร็จในขั้นตอนนี้ คือ ข้อมูล ทักษะและทรัพยากรที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ

5. ขั้นตอนการดำเนินการด้วยตนเอง

การที่ผู้ป่วยได้มีโอกาสมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการค้นหาปัญหา ขั้นตอนการวางแผนการแก้ปัญหา ผู้ป่วยจะเริ่มรู้สึกถึงความเชื่อมั่นในตนเอง เชื่อในความสามารถของตนที่จะสามารถเลือกและควบคุมชะตา

ชีวิตของตนเองได้ ในขั้นตอนการดำเนินการด้วยตนเองจะเป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยจะดำเนินการตามแผนเพื่อแก้ปัญหาหรือกระทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับตนเองตามที่ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกัน โดยที่จะอยู่ภายใต้เงื่อนไข (พนารัตน์ เจนจบ. 2542 : 29) คือ (1) เป็นวิธีการที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเองได้ (2) สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ (3) ผู้ป่วยได้รับความเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง (4) ผ่านการร่วมปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ และ (5) เป็นวิธีที่สร้างความยอมรับและสามารถเปิดกว้างในการที่ผู้ป่วยคนอื่น ๆ จะนำไปใช้เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ การดำเนินการด้วยตนเองจะประกอบด้วย (Gibson.1995)

1. ถือว่าการดูแลเป็นการปกป้องตนเองที่เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน (Advocating for)

2. เรียนรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพกับทีมสุขภาพ (Learning the ropes to interact efficiently with the health care system)

3. เรียนรู้ในการคงพฤติกรรม (Learning to persist) ที่จะกระทำกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองอย่างไม่ย่อท้อ เพื่อผลที่ดีที่สุดให้กับตนเอง

4. ดำเนินการต่อรองกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ (Driving negotiation in the hospital setting) เพื่อให้ความเห็นหรือความต้องการของตนได้รับการตอบสนอง

5. สร้างความรู้สึกมีส่วนร่วม (Establishing partnership) การต้องการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแลรักษาและตัดสินใจในการรักษา จะทำให้บุคคลพยายามแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัยเป็นประโยชน์จากเจ้าหน้าที่สุขภาพ จากการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง การสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นกับทีมสุขภาพ ช่วยให้การตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

บทบาทของพยาบาล คือ การสนับสนุนและเอื้ออำนวยทรัพยากรต่าง ๆ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินการด้วยตนเองได้ รวมถึงการสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจโดยเฉพาะในกิจกรรมบางอย่างที่อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนสิ่งที่ผู้ป่วยเคยชินมาก่อน เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พยาบาลจะต้องสนับสนุนผู้ป่วยทางด้านกำลังใจให้ผู้ป่วยดำเนินการตามแผนอย่างไม่ย่อท้อด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุม พยาบาลอาจจะต้องกล่าวย้ำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นบ่อย ๆ ว่าเขาสามารถควบคุมได้ และทบทวนสิ่งที่ผู้ป่วยได้เคยควบคุมสำเร็จมาแล้ว

สิ่งสำคัญที่ต้องพึงระลึกไว้เสมอว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยไม่ใช่การโยนภาระความรับผิดชอบในการดูแลรักษาสุขภาพทั้งหมดให้กับผู้ป่วย เพราะความคิดเช่นนี้จะเป็นอันตรายต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ การเสริมสร้างพลังอำนาจที่แท้จริงจะเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในผู้ป่วย คือ ความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของตนเอง

นอกจากการปฏิบัติการตามแผนที่ผู้ป่วยกำหนดขึ้นแล้ว ขั้นตอนนี้ยังเป็นขั้นตอนของการประเมินผลสำเร็จของเป้าหมายตามที่กำหนดในแผนอีกด้วย เป้าหมายของขั้นตอนการดำเนินการด้วยตนเอง คือ ผู้ป่วยสามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติตามที่ตนเองได้ตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ ตัวชี้วัดถึงความสำเร็จในขั้นตอนนี้ คือ ผลของการดำเนินการและประเมินผลตามแผนที่ผู้ป่วยได้ตัดสินใจ ซึ่งผลสำเร็จของผู้ป่วยในการดำเนินการได้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด จะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถและอำนาจ

ในตน เชื่อว่าตนสามารถควบคุมสถานการณ์บางอย่างได้ ซึ่งจะนำไปสู่การนับถือตนเอง การมองเห็นคุณค่าของตนเอง

6. ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนความคิดและคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

เมื่อผู้ป่วยได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามขั้นตอนต่าง ๆ ข้างต้น จนกระทั่งผู้ป่วยรับรู้และตระหนักถึงความสามารถในตนในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของตนได้แล้ว ผู้ป่วยก็จะกระทำกิจกรรมตามแผนที่วางไว้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถ ความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ของตนเองด้วยตนเองได้มากขึ้น ตลอดจนสามารถพัฒนาวิธีการปฏิบัติตนในการใช้บริการสุขภาพเพื่อสุขภาพของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่องอีกด้วย (Gibson.1995 : 1203 –1208)

บทบาทของพยาบาลในขั้นตอนนี้คือ การช่วยผู้ป่วยได้ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และสิ่งที่ผู้ป่วยได้ทำงานร่วมกับพยาบาลในขั้นตอนต่าง ๆ สิ่งที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมได้และสิ่งที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้ เพื่อช่วยผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วยและต่อตนเองด้วยการ

6.1 การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยยอมรับต่อสภาวะที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ การให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นสามารถควบคุมได้หรือไม่ ถ้าไม่สามารถแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงได้ พวกเขาก็จะต้องยอมรับต่อสิ่งที่ได้เกิดขึ้นและพยายามปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม

6.2 การช่วยเหลือผู้ป่วยในการให้ความหมายต่อการเจ็บป่วย โดยทั่วไปผู้ป่วยมักพยายามที่จะตีความของสถานการณ์การเจ็บป่วยของตนเพื่อให้เกิดการยอมรับต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เช่น "เป็นเพราะกรรมเก่า" ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่เขาสามารถที่จะจัดการได้ การปรับเปลี่ยนความคิดซึ่งประกอบด้วยการประเมินค่า การทบทวนเหตุการณ์และการพิจารณาตนเองในการยืนยันที่จะก้าวต่อไปข้างหน้า จะช่วยในการพัฒนาความมุ่งมั่นผูกพันที่มีต่อการรักษาพยาบาล

6.3 การช่วยผู้ป่วยให้มีการใช้กระบวนการทางปัญญา เป็นการนำกระบวนการทางปัญญาเข้ามาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันและมีความคิดในเชิงบวกต่อชีวิต (Suk Bling. 1998)

- การตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน
- อดทนต่อความยากลำบากที่เกิดขึ้นและเชื่อว่าตราบใดที่มีชีวิตอยู่ โอกาสที่จะพบสิ่งที่ดีกว่าย่อมเกิดขึ้นได้
- มีทัศนคติทางบวกต่อความเจ็บป่วยและชีวิต
- มีความหวังที่จะกลับไปสู่การดำเนินชีวิตที่ปกติ
- เชื่อว่าความทุกข์ทรมานคืออดีต และมีจุดสิ้นสุด
- ทำให้ชีวิตมีภาระกิจที่ต้องทำอยู่ตลอดเวลา
- มีชีวิตอยู่กับปัจจุบัน (Living in the moment) มีความรู้สึกที่ดีต่อการมีชีวิตอยู่ในแต่ละวัน

6.4 การช่วยให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายสำหรับตนเองและความรับผิดชอบที่มีต่อตนเองและครอบครัว เป็นแรงจูงใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยต่อสู้กับความยากลำบากที่เกิดขึ้น

ถึงแม้ว่าขั้นตอนนี้จะเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ แต่ไม่ใช่ท้ายสุดของการปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เมื่อผู้ป่วยผ่านการดำเนินการทั้ง 6 ขั้นตอน ผู้ป่วยจะมีประสบการณ์ของเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง รู้ว่าเมื่อไหร่ และสิ่งใดที่จะต้องแสวงหาเพื่อ

ปกป้องสุขภาพให้กับตนเอง ส่งเสริมการจัดการกับการเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมายของการดำเนินการในขั้นตอนนี้ คือ

6.1 ความมั่นใจและเชื่อมั่นของผู้ป่วยในความสามารถของตนในการจัดการกับการเจ็บป่วย

6.2 ความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดความสำเร็จในขั้นตอนนี้ คือ การแสดงออกถึงการรับรู้ถึงความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยหรือสภาพปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย

ขั้นตอน เป้าหมายและตัวชี้วัดของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สรุปได้ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 สรุปรายละเอียดขั้นตอน เป้าหมายและตัวชี้วัดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ขั้นตอน	เป้าหมาย	ตัวชี้วัด
1. การสร้างความร่วมมือ **วิธีการ** - การจัดระบบบริการพยาบาลที่เอื้ออำนวยต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ - การปรับเปลี่ยนทัศนคติของพยาบาลและผู้ป่วย - การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย - การสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการทางด้านสุขภาพของตนและกิจกรรมเพื่อให้บรรลุความต้องการของตน	1. สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย 2. ผู้ป่วยรับรู้บทบาทของตนเกี่ยวกับการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของตนเอง 3. ความต้องการของผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการทางด้านสุขภาพของตนและกิจกรรมเพื่อให้บรรลุความต้องการของตน	1. การยอมรับของผู้ป่วยต่อบทบาทของตนเกี่ยวกับการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของตนเอง 2. การยอมรับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย **วิธีการ** - การประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วย - การช่วยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมกับพยาบาล	1. การประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วย 2. การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมกับพยาบาล 3. การรับรู้ต่อสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยตรงตามสภาพที่เป็นจริง	1. ข้อมูลการประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วย 2. ข้อมูลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย 3. การแสดงออกถึงความเข้าใจของผู้ป่วยต่อสภาพการเจ็บป่วยของตนตรงตามสภาพความเป็นจริง

ตาราง 2 (ต่อ)

ขั้นตอน	เป้าหมาย	ตัวชี้วัด
- การช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนตรงตามสภาพความเป็นจริง		
3. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ **วิธีการ** - การช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา การแสวงหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหา - การช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเองที่จะตัดสินใจจัดการกับปัญหา	1. แผนการจัดการกับปัญหา 2. การกำหนดเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้	แผนการจัดการกับปัญหา
4. การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร **วิธีการ** - การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความต้องการข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากรสำหรับการดำเนินตามแผน - การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่ง ทรัพยากรที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย	การแสดงออกถึงความต้องการของผู้ป่วยในการได้รับการสนับสนุนข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากรที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของแผนที่ตั้งไว้	ข้อมูล ทักษะและทรัพยากรที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ
5. การดำเนินการด้วยตนเอง **วิธีการ** การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนที่ตนเองได้ตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ	ผู้ป่วยสามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนที่ตนเองได้ตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ	ผลการดำเนินการและการประเมินผลตามแผนที่ผู้ป่วยได้ตัดสินใจ

ตาราง 2 (ต่อ)

ขั้นตอน	เป้าหมาย	ตัวชี้วัด
6. การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย **วิธีการ** - การช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการจัดการกับการเจ็บป่วย - การช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการจัดการกับการเจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ	1. ความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง 2. ความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ	การแสดงออกถึงการรับรู้ถึงความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยหรือสภาพปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย

ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ (Outcomes)

ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง คือ การรับรู้ของผู้ป่วยถึงความสามารถของตนในการจัดการและควบคุมความเจ็บป่วยของตน ซึ่งสามารถอธิบายถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยอันเป็นผลจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ การรับรู้ ความสามารถ และ การควบคุม

การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ การรับรู้เป็นตัวบ่งชี้ที่ใช้กันมากที่จะอธิบายคุณลักษณะและความเชื่อที่สะท้อนความรู้สึกของการควบคุมของผู้ป่วยในการตอบสนองต่อผลลัพธ์ที่ตนเองปรารถนา การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ยังรวมถึงการนับถือตนเอง (Self-esteem) ซึ่งเป็นต้นกำเนิดของการเพิ่มความสามารถในบุคคล (Rodwell.1996 : 309) การเจ็บป่วยบางครั้งส่งผลกระทบต่อการนับถือตนเองที่ต่ำลงของผู้ป่วยอันเนื่องมาจากการปรับเปลี่ยนบทบาทและการปรับเปลี่ยนอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ ความรู้สึกที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น การเสริมสร้างพลังอำนาจที่ส่งเสริมและเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงคุณค่าในตนเองจะส่งผลต่อความนับถือตนเองในทางบวก (Rodwell. 1996) ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการพัฒนาตนเอง เกิดความพึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ รวมถึงการปรับตัวและยอมรับต่อการเจ็บป่วย (Gibson. 1995 ; Suk Bling. 1998) อันจะส่งผลทางด้านบวกต่อการรักษาพยาบาล

ความสามารถในการควบคุม หมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลสามารถสร้างการตัดสินใจและดำเนินการให้เกิดผลตามที่ตนปรารถนาและหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา (Rodin. 1986) ถือเป็นผลลัพธ์ทางบวกที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ที่จะควบคุม (Perceived control) ความสามารถในการควบคุมสถานการณ์เพื่อการจัดการในภาวะเครียด ด้วยการสร้างตัวเลือกของกลวิธีในการจัดการและการมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการจัดการ (Coping)

ความสามารถในตน (Self – efficacy) ความสามารถในตนมีความเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของบุคคลด้วยความสามารถของตนที่นำไปสู่ระดับของการกระทำและ/หรือการปฏิบัติที่ให้ในแต่ละระดับของการควบคุมสถานการณ์เฉพาะ ความสามารถในตนในการดำเนินกิจกรรมส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล เช่น

รูปแบบของกิจกรรมที่บุคคลเลือกใช้ (Suk Bling. 1998 : 30) ซึ่งจะส่งผลต่อความพยายามที่จะตั้งใจลงมือปฏิบัติและความอดทนต่อความยากลำบากที่เกิดขึ้น

ผลลัพธ์ต่อเนื่องของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย

ผลของการรับรู้ของผู้ป่วยถึงความสามารถของตนในการจัดการและควบคุมความเจ็บป่วยของตนนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วย (Well-being) การมีสุขภาวะที่ดีเป็นสภาวะของบุคคลที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ผู้ป่วยจะมีสุขภาวะที่ดีได้แม้ว่าจะอยู่ในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ มีโรค หรือความพิการหรือสูญเสียโครงสร้างหน้าที่บางอย่างไป (Orem. 1991 : 184) การมีสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วยหมายถึงการที่ผู้ป่วยยอมรับต่อสภาพการเจ็บป่วยตรงตามสภาพจริง เชื่อว่าตนเองสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตของตนเองได้ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ และเชื่อว่าชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ยังมีความหมาย การมีสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วยถือเป็นเป้าหมายสูงสุดของการให้บริการทางด้านการรักษาพยาบาล การมีสุขภาวะที่ดีนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (Suk Bling.1998 : 280)

บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เพื่อให้การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายที่กำหนด พยาบาลที่ปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยจะต้องทราบถึงบทบาทของตนในการปฏิบัติงาน จากขั้นตอนในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น ทำให้ได้แนวคิดเกี่ยวกับการกำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่จะปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยดังนี้

1. บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้เอื้ออำนวยทรัพยากรสำหรับผู้ป่วยเพื่อการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย
2. บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลง
3. บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วยและต่อตนเอง
4. บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ
5. บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ

1. บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้เอื้ออำนวยทรัพยากรสำหรับผู้ป่วยเพื่อการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากรเพื่อการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ถือได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และถือได้ว่าเป็นแหล่งของอำนาจในการจัดการกับความเจ็บป่วย

ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย มีความสำคัญในอันที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติและสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยในการยอมรับที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และถือได้ว่ามีส่วนสำคัญสำหรับทุกขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ทักษะในการดูแลสุขภาพและทักษะในการเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่ว่าจะเป็นทักษะการสื่อสาร ทักษะในการแสดงข้อมูล ทักษะในการตัดสินใจ ทักษะในการเผชิญปัญหา และทักษะในการแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม ทักษะเหล่านี้จะช่วยเตรียมความพร้อม

ให้กับผู้ป่วยในการดำรงชีวิตอยู่ภายใต้การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบของการเจ็บป่วยได้อย่างมีคุณภาพเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคม

2. บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือในการเปลี่ยนแปลง

ในการเจ็บป่วยเรื้อรังผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับสิ่งต่าง ๆ มากมาย ทั้งจากอาการที่เกิดจากการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ การที่ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมถึงการที่ต้องถูกจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยมี รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ สเปรดเลย์ (Dixon. 1998 : 330 ; citing Spradley. 1980. *Managing change creativity.*) ได้กล่าวถึงผลของการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยว่าไม่ใช่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นยังส่งผลต่อสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยด้วย ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว เพื่อน และการทำงาน ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายหนึ่งที่สูญเสียขาเนื่องจากอุบัติเหตุ พบว่าผู้ป่วยยังรู้สึกทำใจไม่ได้กับการสูญเสียขาไป แม้เวลาจะผ่านมาแล้วหนึ่งปีก็ตาม ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าความสามารถในการทำงานของตนลดลง มีผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัว และรู้สึกอับอายที่ต้องออกไปพบผู้อื่น (ดารณี จามจุรี. 2544) ในสภาพการณ์เช่นนี้ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือในการที่จะปรับตนเองให้เข้ากับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น พยาบาลที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจึงต้องแสดงบทบาทของ ผู้ช่วยเหลือในการเปลี่ยนแปลง จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในแนวคิดของการเปลี่ยนแปลงและนำทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวให้สามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างมี ประสิทธิภาพ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537 : 186)

การเปลี่ยนแปลงประการหนึ่งที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ การที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นบางช่วงเวลาผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะต้องยอมรับและพึ่งพาการตัดสินใจของผู้อื่น เช่น คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน ซึ่งการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองต้องพึ่งพาผู้อื่น คือภาระที่มีต่อบุคคลอื่น พยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจถึงวิถีของการเจ็บป่วยที่บางระยะของการเจ็บป่วยผู้ป่วยก็สามารถที่จะมีอิสระในการดูแลตนเอง และเมื่อถึงเวลาที่เกิดภาวะวิกฤตขึ้นก็รู้จักที่จะขอการสนับสนุนและช่วยเหลือจากผู้อื่น หน้าที่ของพยาบาลคือ การช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความแตกต่างระหว่างการแสวงหาแหล่งทรัพยากรในการเอื้ออำนวยการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนกับความรู้สึกที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นหรือความรู้สึกเป็นภาระของผู้อื่น รวมถึงการทำความเข้าใจกับครอบครัวหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยที่คาดหวังว่าจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้

การช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจว่าการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่อาจจำเป็นต้องปรับบทบาทบางอย่างทั้งบทบาททางสังคมและครอบครัว เพื่อการควบคุมการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ สำหรับพยาบาลก็มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามลำพัง ในขณะเดียวกันก็ต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ของตนได้อย่างอิสระ

สิ่งหนึ่งที่พยาบาลจะพบได้คือการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย บุคคลมักจะต่อต้านการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตน เพราะต้องการที่จะรักษาไว้ซึ่งความมั่นคงและการควบคุมเหตุการณ์ในชีวิตของตน นิวและคอลลาดด์ (Dixon. 1998 : 330 ; citing New and Couillard. 1981. *Guidelines for introducing change.*) ได้อธิบายถึงการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยเรื้อรังว่าเกิดจากสาเหตุสำคัญ 5 ประการ คือ (1) การเปลี่ยนแปลงนั้นมีผลกระทบต่อผลประโยชน์ของผู้ป่วย (Threatened Self - Interest) (2) เกิดจากการรับรู้ที่ผิดพลาดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง(Inaccurate Perception) ว่าไม่ทำให้เกิดความแตกต่างหรือมีประโยชน์เกิดขึ้นกับตน (3) ไม่เห็นด้วยกับเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง (Objective Disagreement) (4) เกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตที่จะปฏิเสธการเปลี่ยนแปลง (Low Tolerance for Change) พยาบาล

ในฐานะผู้ช่วยเหลือในการเปลี่ยนแปลงจะต้องเข้าใจถึงสาเหตุของการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3. บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วยและต่อตนเอง

การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อันนำไปสู่ความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ การที่สมรรถภาพของร่างกายที่แย่ลง ความกลัวต่อผลของการเจ็บป่วย ความรู้สึกท้อแท้หมดหวังต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ความรู้สึกสูญเสียและความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระผู้อื่นเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความนับถือในตนเองที่ต่ำลง เชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ใด ๆ ที่มีผลต่อชีวิตของตน มองเห็นว่าตนเองไม่มีค่าเป็นภาระผู้อื่น อันนำไปสู่ความรู้สึกเก็บกดซึมเศร้า

การปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วยและต่อตนเองถือได้ว่าเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติ จากเดิมที่เห็นว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่มีอำนาจในการต่อรองหรือตัดสินใจในการรักษาพยาบาล ไปสู่ความเข้มแข็งและให้คุณค่าต่อตนเอง มีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการที่จะนำพาชีวิตตนไปสู่เป้าหมายที่ตนต้องการ มีความหวังต่อการมีชีวิตอยู่และเชื่อว่าชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ยังมีความหมาย ซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาวะที่ดีในผู้ป่วย แม้จะมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย

4. บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ

ในระหว่างกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ป่วยอาจต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหรือความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือสิ่งที่เคยทำอยู่ รวมถึงบางสิ่งบางอย่างที่ผู้ป่วยไม่เคยได้มีโอกาสเลือกโอกาสในการตัดสินใจ รวมถึงการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ซึ่งอาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้และสิ้นเลิกที่จะปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมพลังอำนาจ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจและจูงใจให้ผู้ป่วยดำเนินการต่อไปจนบรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้

5. บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ

การพิทักษ์สิทธิ (Advocacy) คือความเป็นหุ้นส่วนกัน (Partnership) ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเรื้อรัง (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537 : 124)

การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยในทางการพยาบาลถูกมองว่าเป็นเช่นส่วนหนึ่งของการพยาบาลแบบองค์รวมและเป็นการเน้นไปที่การดูแลมากกว่าการรักษา (Care more than cure) (Hummel.1998 : 368 ; citing Nelson. 1988. *Advocacy in nursing.*) ในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ พยาบาลจะพูดในนามของผู้ป่วยที่ไม่อาจพูดและแสดงความต้องการของตนเองออกมาได้ ผู้พิทักษ์สิทธิจะเป็นตัวแทนของผู้ป่วย เป็นที่ปรึกษาที่ช่วยลดความกลัวและคืนความเป็นอิสระและความสามารถในการควบคุมตนเอง หรือเป็นผู้สร้างการเชื่อมโยงระหว่างค่านิยมของบุคคลกับเป้าหมายและการรักษาพยาบาล (Hummel. 1998 : 368 ; citing Segesten.1993. *Patient advocacy – An essential part of quality nursing care.*) รวมถึงการเป็นผู้ให้การสนับสนุนข้อมูล ควบคุมกำกับคุณภาพการดูแลหรือผู้แถลงแทน (Spokesperson)

พยาบาลในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยเรื้อรังจะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งตกอยู่ในภาวะสูญเสียพลังอำนาจให้ได้รับและใช้อำนาจที่เกิดขึ้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่สุขภาพและสังคมโดยรวมหันมาให้ความสนใจเอาใจใส่กับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรัง ดังนั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่พยาบาลที่ทำหน้าที่ผู้พิทักษ์สิทธิจะต้องเป็นผู้ที่ผู้ป่วยไว้วางใจ เป็นคู่คิดของผู้ป่วยที่ผู้ป่วยเชื่อถือได้ ยินยอมให้กระทำหรือพูดแทนตัวผู้ป่วยเอง (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ.2537 : 130)

การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยอาศัยการสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา เป็นบทบาทที่สามารถใช้ได้กับพยาบาลทุกคนโดยมิต้องคำนึงถึงการรับรองสถานภาพในระบบสุขภาพ พยาบาลทุกคนสามารถพิทักษ์สิทธิให้กับผู้ป่วยทุกราย หรืออาจกล่าวได้ว่า การพิทักษ์สิทธิเป็นหน้าที่อิสระของพยาบาล (Hummel.1998 : 378 ; citing Mitty. 1991. *The nurse as advocate.*; Copp. 1993. *Response to "Patient advocacy – An important part of the daily work of the expert nurse.*; Sellin. 1995. *Out on a limb: A qualitative study of patient advocacy in institional nursing.*; Love. 1995. *Patient advocacy at the end of life.*)

การพิทักษ์สิทธิต้องการทักษะ ความรู้ การสื่อสารที่มีคุณภาพ ทักษะของการเป็นผู้เอื้ออำนวย ความสามารถในการแก้ปัญหาและเทคนิควิธีการที่ใช้ได้จริง การพิทักษ์สิทธิเป็นการให้ความสำคัญต่อคุณค่าของบุคคลและความหวังของผู้ป่วย รวมถึงการจัดบรรยากาศของการรักษาพยาบาล (Hummel.1998 : 379 ; citing Stewart - Fmidei. 1989. *Patient advocacy : A simple nursing action?.*)

การพิทักษ์สิทธิเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยเพื่อกำหนดการตัดสินใจที่มีผลต่อทั้งสุขภาพของตนเอง ความพึงพอใจและความต้องการของตน ผู้ป่วยจะมิใช่ผู้ถูกกระทำอีกต่อไป แต่จะกลายเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการกระทำในการกำหนดทั้งความต้องการทางด้านสุขภาพของตนเองและการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมด้วยการใช้การดูแลแบบองค์รวม (Hummel. 1998 : 378 ; citing Salladay and McDonnell.1989. *Spiritual care, ethical, and patient advocacy.*)

ଔଔଔଔଔଔଔ

บรรณานุกรม

ดารณี จามจุรี. (2544). *การศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย.* เอกสารประกอบปริญญานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

พนารัตน์ เจนจบ. (2542). *การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์.* วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). *การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล.* ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.

Berger B.A, Anderson-Harper H. M. and Kavookjian J. (2000, May). *Patient Empowerment.* (Online). Available : http://pharmacy.aubum.edu/pcs/download/empower.html.

Dixon, E. (1998). Chapter 14 : Change agent. In *Chronic Illness: Impact and Interventions.* 4th ed. Edited by Lubkin,I.M. and Larsen, P.D. p : 327 – 342. Massachusetts, MA : Jones & Bartllett.

Funnell, M.M. et al. (1991,Jan). "Empowerment : An Idea Whose Time Has Come In Diabetes Education." *The Diabetes Education.* 17(1) : 37 – 41.

Gibson, C.H. (1991,March). "A Concept Analysis of Empowerment." *Journal of Advanced Nursing.* 16(3) : 354 – 361.

Gibson, C. H. (1995,June). "The Process of Empowerment in Mothers of Chronically Ill Children." *Journal of Advanced Nursing.* 21(6) : 1201 – 1210.

Hummel, F. (1998). Chapter 6. Advocacy. In *Chronic Illness : Impact and Interventions.* 4th edition Edited by Lubkin, M.I. and Larson, D.P. p. 363 – 382. Massachusetts : Jones and Barlett Pub.

Hawkes, J.H. (1992.May). "Empowerment in nursing education : concept analysis and application to philosophy, learning and instruction." *Journal of Advanced Nursing.* 17(5) : 609 – 618.

Mackintosh, N. (1995,Nov). "Self-empowerment in Helath Promotion : A Realistic Target ?." *British Journal of Nursing.* 4(21) : 1273 – 1278.

Miller, J.F. (1992). *Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness.* 2nd ed. Philadelphia : F.A. Davis.

Rodwell CM. (1996,Feb). "An Analysis Concept of Empowerment." *Journal of Advanced Nursing.* 23(2) : 305 – 313.

Stapleton, S. (1992). Chapter 7. Etiologies and Indicators of Powerlessness in Persons with End-stage Renal Disease. In *Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness.* 2nd ed. Edited by Miller, J.F. p. 163 - 178 Philadelphia : F.A. Davis.

Suk Bling, Mok Suen. (1998). *A Model of Empowerment for Hong Kong Chinese Cancer Patients and The Rrole of Self-help Group in The Empowering Process.* Dissertation : Ph.D. (Nursing). Hong Kong : The Hong Kong Polytechnic University. Photocopied.

****

ใบงานประกอบกิจกรรมที่ 1
การศึกษาขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะพยาบาล ในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

การศึกษาขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม

1. สามารถอธิบายขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และบทบาทของพยาบาลในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. สามารถวิเคราะห์สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

กิจกรรม : ผู้เข้ารับการอบรมแบ่งกลุ่มออกเป็น 4 กลุ่ม ศึกษาขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังตามประเด็นที่กำหนด

เอกสารประกอบกิจกรรม :

1. เอกสาร การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. แบบบันทึกรายงานผลการประชุมกลุ่ม

ประเด็นในการประชุมกลุ่ม : ผู้เข้ารับการอบรมแต่ละกลุ่มทำการศึกษา

1. หลักการและเป้าหมายของแต่ละขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. บทบาทของพยาบาลที่เอื้ออำนวยให้บรรลุผลสำเร็จของการทำงานในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
3. สมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานให้บรรลุความสำเร็จในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

เวลาในการประชุมกลุ่ม 1 ชั่วโมง

การนำเสนอผลงานกลุ่ม : แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนกลุ่มเพื่อนำเสนอผลการประชุมกลุ่ม ใช้เวลาในการนำเสนอกลุ่มละ 10 นาที การเสนอผลงานให้นำเสนอสิ่งที่ค้นพบและข้อมูลสนับสนุน

แบบบันทึกรายงานผลการประชุมกลุ่มศึกษาขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะของพยาบาล ในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ	บทบาทของพยาบาลในแต่ละขั้นตอน	สมรรถนะของพยาบาล

กิจกรรมที่ 2 การศึกษากรณีตัวอย่างเพื่อวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เวลา 3 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม : เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้

สื่อประกอบกิจกรรม :

1. เอกสารประกอบการประชุม : แนวทางการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. บทสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 4 เรื่อง
3. แบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
4. แบบบันทึกการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กิจกรรมและวิธีดำเนินกิจกรรม :

1. วิทยากรบรรยาย : แนวทางการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง
2. แบ่งผู้เข้ารับการอบรมออกเป็น 4 กลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มศึกษาบทสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มละ 1 เรื่อง
3. แจกบทสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและแบบบันทึกการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังแก่ผู้เข้ารับการอบรมทุกคน
4. ผู้เข้ารับการอบรมแต่ละกลุ่มศึกษาบทสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และทำการประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจ จากกรณีที่ศึกษา ใช้เวลา 1 ชั่วโมง
5. แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนกลุ่มเพื่อนำเสนอผลการประชุมกลุ่ม ใช้เวลาในการนำเสนอกลุ่มละ 10 นาที

เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 2

แนวทางการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

พลังอำนาจ คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคน และเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน ซึ่งรวมถึงความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนและความสามารถในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ (Hawks. 1991; Miller. 1992)

การวินิจฉัยพลังอำนาจเป็นขั้นตอนสำคัญที่นำไปสู่การวางแผนการพยาบาลเพื่อเพิ่มพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยด้วยการลดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย เนื่องจากความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจมีผลต่อการจัดการกับการเจ็บป่วยที่มีประสิทธิภาพ

การวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังใช้แนวคิดการวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) ซึ่ง NANDA (The North American Nursing Diagnosis Association) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการวินิจฉัยทางการพยาบาลไว้ว่า "การตัดสินทางคลีนิคเกี่ยวกับบุคคล ครอบครัว หรือชุมชนต่อปัญหาทางสุขภาพหรือกระบวนการของชีวิต การวินิจฉัยทางการพยาบาลนำไปสู่การคัดเลือกการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่พยาบาลสามารถตรวจสอบได้" (Atkinson and Murray. 1995 : 3 ; citing North American Nursing Diagnosis (NANDA). 1992 : 83.)

คุณลักษณะที่จำเป็นของการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ประยุกต์จาก วิพร เสนารักษ์. การวินิจฉัยการพยาบาล. 2543. หน้า 52)

1. เป็นสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่แสดงถึงการมีพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจ ในสภาวะที่แสดงถึงการมีพลังอำนาจในผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทในการสนับสนุนให้คงสภาวะการมีพลังอำนาจนี้ต่อไป หรือใช้เป็นแหล่งของพลังอำนาจที่จะช่วยสร้างความสมดุลของพลังอำนาจแหล่งอื่นที่พร่องในตัวผู้ป่วย
2. เป็นภาวะที่สนับสนุน ส่งเสริมการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย หรือเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ เสี่ยงต่อการขัดขวางการจัดการกับการเจ็บป่วยหรือการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย
3. เป็นสภาพการณ์ที่พยาบาลสามารถจัดการได้อย่างอิสระภายใต้สิทธิตามกฎหมาย
4. มีขอบเขตครอบคลุมถึงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรมและวิญญาณของผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่การดูแลคนทั้งคน
5. เกิดจากการตัดสินใจของพยาบาลร่วมกับผู้ป่วย
6. เกิดจากการสรุปแบบแผนหรือกลุ่มข้อมูลที่สามารถตรวจสอบ ยืนยันได้
7. ในส่วนของการวินิจฉัยพลังอำนาจเพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลนั้น เกิดจากปัญหาทางด้านสุขภาพที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรคหรือการเจ็บป่วยได้ หรือปัญหาเนื่องมาจากไม่สามารถจัดการกับการเจ็บป่วยหรือการดูแลสุขภาพตนเอง ข้อความในการวินิจฉัยพลังอำนาจแสดงถึงภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ ที่มีองค์ประกอบ 2 ส่วน ส่วนแรกคือข้อความเกี่ยวข้องปัญหาของการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเองหรือปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจกับส่วนที่สองเป็นปัจจัยสาเหตุที่ใช้อธิบายส่วนแรก เชื่อมโยงความสัมพันธ์ 2 ส่วนด้วยคำว่า "เนื่องจาก"

การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น กรอบแนวคิดที่นำมาใช้เป็นพื้นฐานในการประเมินพลังอำนาจและสิ่งบ่งชี้ถึงภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยจะใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งได้จากงานการศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย (ดารณี จามจุรี. 2544) แนวคิดแหล่งพลังอำนาจของมิลเลอร์ (Miller. 1992)

การประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

โดยหลักการแล้วการประเมินผู้ป่วยนำไปสู่การค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยสาเหตุจะเป็นตัวบ่งบอกถึงสาเหตุหรือต้นตอของปัญหา โดยมีสิ่งบ่งชี้เป็นข้อมูลสนับสนุนสิ่งที่ประเมินได้

การประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังประกอบด้วยการประเมินผู้ป่วย 6 ด้าน ได้แก่

1. ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย
2. การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย
3. ความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง
4. ความรับรู้ที่มีต่อตนเอง อัตมโนทัศน์ในตน และแรงจูงใจ
5. ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ
6. บทบาทและสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม

การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 6 ด้านนั้น ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมี 2 ประเภท คือ ข้อมูลอัตนัย (Subjective data) ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย และข้อมูลปรนัย (Objective data) เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกต ตรวจวัด บันทึกต่าง ๆ โดยที่รายละเอียดของการประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังดังแสดงในแบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ข้อมูลและสิ่งบ่งชี้ที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยจะนำไปสู่การกำหนดปัญหา ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพลังอำนาจของผู้ป่วย คือ สิ่งที่แสดงออกถึงความไม่สามารถของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการควบคุมโรค การจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง โดยที่สิ่งบ่งชี้ถึงภาวะสูญเสียพลังอำนาจเป็นสิ่งสนับสนุนว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพลังอำนาจของผู้ป่วยหรือไม่ สิ่งบ่งชี้ถึงภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 สิ่งบ่งชี้ถึงภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ

1. สิ่งบ่งชี้ถึงภาวะการสูญเสียพลังอำนาจด้านความสามารถ

1.1 ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงหรือไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่เคยทำได้

1.2 การแสดงออกถึงการไม่สามารถควบคุมหรือมีอิทธิพลต่อการจัดการกับความเจ็บป่วยหรือการดูแลสุขภาพตนเอง

1.3 การแสดงออกถึงการไม่สามารถควบคุมหรือมีอิทธิพลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

2. สิ่งบ่งชี้ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจด้านอารมณ์ ความรู้สึก

2.1 ความรู้สึกหมดหวัง

2.2 ความกลัว/วิตกกังวล เนื่องมาจากประสบการณ์ทางด้านลบที่มีต่อการเจ็บป่วยและการไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตน

2.3 ความเครียด

2.4 ความรู้สึกทรมาน

2.5 ความรู้สึกสูญเสีย ทั้งความสามารถในการควบคุมและความสามารถทางร่างกาย รวมถึงภาพลักษณ์

2.6 ความรู้สึกไม่พึงพอใจหรือคับข้องใจ

2.7 ความรู้สึกเก็บกดซึมเศร้า

2.8 ความรู้สึกผิด

3. สิ่งบ่งชี้ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจด้านการรับรู้ถึงคุณค่าของตน

3.1 ความรู้สึกว่าตนเองผิดปกติจากคนอื่นในสังคม

3.2 ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถ

3.3 ความรู้สึกที่ต้องพึ่งพิงและเป็นภาระของครอบครัวและคนอื่น

3.4 ความรู้สึกว่าตนเองเป็นเหมือนวัตถุมากกว่าบุคคล

4. สิ่งบ่งชี้ภาวะการสูญเสียพลังอำนาจด้านพฤติกรรมการแสดงออก

4.1 ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

4.2 ไม่เต็มใจที่จะแสดงความรู้สึกที่แท้จริง

4.3 นิ่งเฉย

4.4 ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้

ตัวอย่างการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

ปัญหา	ปัจจัยสาเหตุ	สิ่งบ่งชี้	ข้อวินิจฉัย
1. ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	1. ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	1. ระดับน้ำตาลในเลือดครั้งสุดท้าย 300 มก./ดล. 2. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ด้วยน้ำตาลในเลือดสูงจนทำให้เกิดภาวะช้อค ซึ่งเป็นการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการนี้เป็นครั้งที่ 3 2. การแสดงออกด้วยคำพูดถึงการไม่สามารถควบคุมหรือมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง “หมอก็แนะนำว่าให้คุมอาหาร กินน้อย ๆ แต่ก็ทำบ้างไม่ทำบ้าง นึกถึงเบาหวานก็กินน้อย ถ้าลืมก็กินมาก”	1. ผู้ป่วยขาดความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเนื่องจากขาดแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
2. ผู้ป่วยการถูกตัดนิ้วเท้า	1. ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ 2. มีประสบการณ์ทางลบจากการเห็นผู้ป่วยรายอื่นที่เป็นโรคเดียวกับตน	1. คำพูดของผู้ป่วยที่แสดงออกถึงความกลัวจะถูกตัดนิ้วเท้า “กลัวจะตัดอีกนิ้ว กลัวตัดขึ้นมาเรื่อย ๆ แบบคนอื่นเขา...ความตายไม่กลัว ถ้าหากตัดคราวนี้ขอตายดีกว่าค่ะ” 2. คำพูดของผู้ป่วยที่แสดงถึงประสบการณ์ทางลบเกี่ยวกับการเจ็บป่วย “ญาติห่าง ๆ ตัดเกือบถึงหัวเข่า เพิ่งเสียชีวิตไป แกก็เพิ่งเป็นเหมือนกัน แล้วก็เป็น	1. ผู้ป่วยกลัวการถูกตัดนิ้วเท้าเนื่องจากไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ 2. ผู้ป่วยกลัวการถูกตัดนิ้วเท้าเนื่องจากการได้รับประสบการณ์ทางลบเกี่ยวกับแผลเบาหวาน

ปัญหา	ปัจจัยสาเหตุ	สิ่งบ่งชี้	ข้อวินิจฉัย
		แผลลาม แล้วพี่ญาติทางพ่อก็ตัดนิ้วโป้งแล้วเสียชีวิต กลัวโดนตัดขานี่แหละค่ะ"	

จากตัวอย่างการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ปัญหา สิ่งบ่งชี้ และปัจจัยสาเหตุได้มาจากการประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วย สำหรับสิ่งบ่งชี้ที่สนับสนุนข้อมูลปัญหาและปัจจัยสาเหตุที่บ่งบอกถึงปัญหาเกี่ยวกับพลังอำนาจในผู้ป่วยใช้แนวทางตัวบ่งชี้ถึงภาวะสูญเสียพลังอำนาจในตารางที่ 2 กำหนดคุณลักษณะของการสูญเสียพลังอำนาจ และสุดท้ายคือการสรุปข้อวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยซึ่งเป็นข้อความที่เชื่อมโยงปัญหาและปัจจัยสาเหตุที่สัมพันธ์กับปัญหา

สำหรับแนวทางการจัดลำดับความสำคัญของปัญหามีเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาดังนี้

1. เกิดจากการประเมินของพยาบาลว่าปัญหานั้นจะส่งผลต่อสุขภาพ การจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย
2. เกิดจากการเห็นความสำคัญของผู้ป่วยว่าปัญหานั้นก่อให้เกิดผลกระทบต่อการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย รวมถึงส่งผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของตน

ซึ่งการพิจารณาลำดับความสำคัญของปัญหาจะเกิดจากความเห็นร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

การวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยที่พยาบาลจะใช้ความรู้เกี่ยวกับพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจ ร่วมกับความรู้ทางพยาธิสภาพของการเจ็บป่วย ทางด้านพฤติกรรม ที่จะช่วยสะท้อนให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความรู้สึกและการรับรู้ของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตน การจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยพลังอำนาจจะเกิดจากการเห็นความสำคัญของปัญหานั้น ๆ ซึ่งเป็นพื้นฐานของปรัชญาการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ต้องการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการกระทำตั้งแต่ขั้นตอนการค้นหาปัญหาและการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยเห็นความสำคัญนั้นตามการรับรู้ในบริบทของตน โดยมีพยาบาลเป็นผู้เอื้ออำนวยและส่งเสริมผู้ป่วยให้มีการดำเนินการดังกล่าว

ଔଔଔଔଔଔ

บรรณานุกรม

ดารณี จามจุรี. (2544). *การศึกษาพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย.* เอกสารประกอบปริญญานิพนธ์ระดับดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

วิพร เสนารักษ์. (2543). บทที่ 3 : การวินิจฉัยการพยาบาล. ใน *กระบวนการพยาบาล : ทฤษฎีและการนำไปใช้.* บรรณาธิการโดย สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ และวิพร เสนารักษ์. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.

Atkinson, L.D. and Murray, M.E. (1995). *Clinical Guide to Care Planning.* New york : McGraw-Hill, Inc.

Hawkes,J.H. (1991,June). "Power : A concept analysis," *Journal of Advanced Nursing.* 16(6) : 754 – 762.

Miller, J.F. (1992). *Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness.* 2 nd ed. Philadelphia : F.A. Davis.

ใบงานประกอบกิจกรรมที่ 2
การศึกษากรณีตัวอย่างเพื่อวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การศึกษากรณีตัวอย่างเพื่อวินิจฉัยภาวะการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กิจกรรม : ผู้เข้ารับการอบรมแบ่งกลุ่มออกเป็น **4** กลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มศึกษาบทสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มละ 1 กรณีตามประเด็นที่กำหนด

ก่อนศึกษากรณีตัวอย่างขอให้ผู้เข้ารับการอบรมทำความเข้าใจเกี่ยวกับ

1. แบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. แบบบันทึกการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

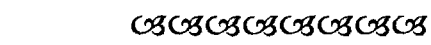
เอกสารประกอบกิจกรรม :

1. เอกสารประกอบการประชุม : แนวทางการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. แบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. แบบบันทึกการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
4. บทสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 4 เรื่อง

ประเด็นในการประชุมกลุ่ม : การวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากกรณีที่ศึกษา

เวลาที่ใช้ในการประชุมกลุ่ม : 1 ชั่วโมง

การนำเสนอผลงานกลุ่ม : แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนกลุ่มเพื่อนำเสนอผลการประชุมกลุ่ม ใช้เวลาในการนำเสนอกลุ่มละ 10 นาที การเสนอผลงานให้นำเสนอสิ่งที่ค้นพบและข้อมูลสนับสนุน



แบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

คำชี้แจง บันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ทำการศึกษาตามข้อรายการที่กำหนด รวมถึงสิ่งบ่งชี้และรายละเอียดที่พบจากการประเมินผู้ป่วย

1. ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

1.1 ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย

☐ ปกติ

☐ ผิดปกติหรือถูกจำกัด **(สิ่งบ่งชี้)** .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

1.2 ความสามารถในการทำกิจกรรม/กิจวัตรประจำวัน

☐ สามารถทำได้ด้วยตนเอง

☐ ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ช่วย

☐ ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในลักษณะช่วยทำ ชี้แนะหรือสอน

☐ ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นและต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือช่วย

☐ ไม่สามารถช่วยตัวเองได้เลย ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด

1.3 ระดับของพลังงานของร่างกายที่ใช้ในการทำกิจกรรม/กิจวัตรประจำวัน

☐ ปกติ

☐ ลดลง **(สิ่งบ่งชี้)** .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

1.4 ความรู้สึกนึกคิดและการตัดสินใจ

☐ ปกติ

☐ ผิดปกติ **(สิ่งบ่งชี้)** .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

2. การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย

2.1 การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย

.....

.....

2.2 การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย

.....

.....

2.3 การรับรู้เกี่ยวกับวิถีการดำเนินของโรค

.....

.....

.....

2.4การรับรู้เกี่ยวกับการรักษาการเจ็บป่วย

.....

.....

2.5 ประสบการณ์ที่มีต่อการเจ็บป่วยทั้งจากตนเองและผู้อื่น ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ

.....

.....

3. ความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

3.1 ความสามารถในการควบคุมโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย

☐ สามารถควบคุมโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย

☐ ไม่สามารถควบคุมโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

3.2 ความสามารถในการจัดการกับความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย

☐ สามารถจัดการกับความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย

☐ ไม่สามารถจัดการกับความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

3.3 ความสามารถในการเลือกวิธีการในการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมกับตน

☐ สามารถเลือกวิธีการในการจัดการกับการเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพตนเอง

☐ ไม่สามารถเลือกวิธีการในการจัดการกับการเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพตนเอง

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

3.4 ความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล

☐ สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล

☐ ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

3.5 ความสามารถในการปรับแผนการรักษาให้เข้ากับชีวิตประจำวัน

☐ สามารถปรับแผนการรักษาให้เข้ากับชีวิตประจำวัน

☐ ไม่สามารถปรับแผนการรักษาให้เข้ากับชีวิตประจำวัน

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

3.6ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

☐ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

☐ ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

3.7 ความสามารถในการจัดการกับผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อจิตใจ : ความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล ฯลฯ

☐ สามารถจัดการกับผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อจิตใจ

☐ ไม่สามารถจัดการกับผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อจิตใจ

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

3.8 ความสามารถในการแสวงหาข้อมูล ความรู้ ทักษะ เพื่อการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

☐ สามารถแสวงหาข้อมูล ความรู้และทักษะเพื่อจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

☐ ไม่สามารถแสวงหาข้อมูล ความรู้และทักษะเพื่อจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

4. ความรับรู้ที่มีต่อตนเอง อัตมโนทัศน์ในตน และแรงจูงใจ

4.1การรับรู้ถึงข้อจำกัดทางด้านร่างกายของตน

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

4.2 การยอมรับต่อภาวะที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ของร่างกาย

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

4.3 การรับรู้ถึงความหวังที่มีต่อการเจ็บป่วยและชีวิตของตน

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

4.4การรับรู้ว่าตนเองยังมีคุณค่า/ความสำคัญต่อบุคคลอื่น

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

4.5 การมีเป้าหมายในชีวิต

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

5. ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

5.1 เชื่อว่าการมีสุขภาพที่ดีได้นั้นเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของตน

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

5.2 เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อตัวเองได้

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

5.3 เชื่อในการรักษาพยาบาลที่ได้รับว่าจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้น

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

5.4 เชื่อในความสามารถของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ให้การรักษาพยาบาลตน

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

5.5 เชื่อในโอกาสที่จะรักษาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

5.6 เชื่อในศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และบุคคลเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

6. บทบาทและสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม

6.1 ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว

☐ ไม่เปลี่ยนแปลง ☐ มีการเปลี่ยนแปลง

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

6.2 ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

☐ ไม่เปลี่ยนแปลง ☐ มีการเปลี่ยนแปลง

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

6.3 สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว

6.3.1 การได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

6.3.2 การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

6.4 สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคม : เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน ฯลฯ

6.4.1 การได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

6.4.2 การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

6.5 สัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ

6.5.1 การได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

6.5.2 การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

แบบบันทึกการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ปัญหา	ปัจจัยสาเหตุ	สิ่งบ่งชี้	ข้อวินิจฉัย	ลำดับความสำคัญ

เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 2
การศึกษากรณีตัวอย่างเพื่อวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กรณีศึกษาที่ 1 : ผู้ให้สัมภาษณ์ นาง ก. อายุ 65 ปี โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

Q: คุณป้าทราบหรือไม่ค่ะว่าเจ็บป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง

A: ก็มีโรคเบาหวาน และก็ความดันโลหิตสูง

Q: เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ส่งผลกระทบต่อป้าอย่างไร

A: ต้องระวังเรื่องกินเรื่องอะไรทุกอย่าง ถ้าฉันไม่ทำแบบนี้ฉันก็เป็นมาก ต้องทำ คนอื่นเขาบอกกินอะไรก็กินไปเหอะ ฉันไม่กิน ต้องทำ แบบว่าข้าวก็ต้องกินน้อยๆ ผลไม้ก็กินเลือก ทุเรียนไม่กิน ลำใยไม่กิน เงาะก็ไม่กิน กินของไม่หวาน

Q: เกี่ยวกับความดันต้องคุมอาหารหรือเปล่าค่ะ

A: คุม ความดันนี่น่ะ ไม่กินข้าวมาก กินน้อยๆ อย่าคิดอะไรมาก มันจะขึ้น ความดันอยู่ธรรมดานี่ต้องบังคับของกินเหมือนกัน คิดอะไรมากก็เครียด ไม่ต้องคิดทุกอย่างไปแหละฉัน

Q: ตั้งแต่เจ็บป่วยมานี่ ทำให้ร่างกายเราเปลี่ยนแปลงไปบ้างหรือไม่

A: เปลี่ยน เมื่อก่อนของเผ็ด ของเค็มนี่ชอบจริงๆ เดี๋ยวนี้กินไม่ได้ กินแบบเหมือนเด็ก กินเผ็ดกินอะไรแล้วมันขึ้น

Q: รู้สึกอย่างไรบ้างกับการที่ต้องมาปรับเปลี่ยนการกิน

A: ตอนแรกก็ไม่ไหวเหมือนกัน นึกเบื่อตัวเองเนอะ อะไรก็กินไม่ได้ แต่ก็พยายามกินน้อยๆ ต้องอดเรื่อยๆ มากินข้าวน้อย ๆ เรื่อยมา วุ้นเส้นให้กินเราก็ต้องบังคับให้กิน กินปลาอะไรพวกนี้ก็พยายามกิน

Q: จากการควบคุมอาหารอย่างนี้ ป้าคิดว่าป้าควบคุมโรคได้หรือเปล่า

A: น้ำตาลคุมไม่ได้บางครั้งมันสูง มันเยอะเองน่ะ แต่นานๆมันเยอะที แต่ขึ้นก็ขึ้นน้อย อยู่มา 10 ปีแล้ว สูงเต็มที่ไม่เกิน 300 หรอก

Q: ครั้งนั้นที่ขึ้นสูงจากอะไรค่ะ

A: แหมกินอะไรไปก็ไม่รู้ฉันลืม พอหมอว่าเข้าก็ลดลงไม่กิน

Q: ความดันคุมได้ไหมค่ะ

A: ได้ ฉันอดทนทุกอย่างเลย ทะเลาะกับลูกเราเครียดขึ้นมาก็ขึ้นอีกแล้วเป็นยังงี้ ตอนนั้นลูกไม่อยู่ อยู่กัน 2 คนผัวเมียความดันไม่ขึ้น

Q: ป้าพอใจกับสภาพร่างกายที่เป็นอยู่ขณะนี้หรือไม่

A: มาคราวนี้ไม่พอใจ เพราะอะไรเพราะมันหลับไปตื่นมาตีสองก็ลุกไม่ได้ แขนข้างนี้มันตายไปเลย เรียกลูกบอกว่าให้ไปปลุกพ่อว่าแม่ปวดเหยี่ยว ลูกถามว่าเป็นอะไร บอกว่าแม่ลุกไม่ได้แม่ปวดจะออกแล้วว่างั้น ลูกก็ออกไปเรียกพ่อบอกว่าแม่เป็นอะไรก็ไม่รู้ลุกไม่ได้ ปวดท้องเหยี่ยวจะไปเหยี่ยว พ่อเขาลุกมาเปิดห้องมาถามว่าเป็นอะไร ฉันบอกลุกไม่ได้แล้ว ไปได้ข้างเดียวข้างนี้ไปไม่ได้แล้ว แกก็อุ้มฉันขึ้นนั่งแล้วกอดคอแกแกก็พาฉันไปเหยี่ยวเสร็จแล้วแกก็พาฉันไปนอน

Q: แล้วไม่ได้พามาโรงพยาบาลเหรอค่ะ

A: ยังๆ เขาไม่ยอมมาเขารั้น

Q: อ้าวก็ป้าเป็นเองไม่ใช่เหรอ

A: ฉันเป็นเอง แต่เขาไม่ยอมพามาเขารั้น รอให้สว่างก่อน ลูกคนเล็กนอนอยู่ชั้นบน ก็บอกว่าอย่าไปเรียกมัน ฉันก็นอนอยู่อย่างนี้

Q: ก่อนหน้านี้มีปวดหัว ตาพร่ามัวไหมค่ะ

A: ไม่มี ตื่นขึ้นมาก็แขนขาตายไปซีก

Q: เคยเป็นอย่างงี้มาก่อนหรือเปล่า

A: ไม่เคย

Q: แล้วป้ากลัวไหมวันนั้นลุกขึ้นมาแล้วแขนขาไม่มีแรงไปซีก

A: ไม่กลัว ฉันไม่กลัว ฉันได้แต่นึกสวดมนต์อยู่ สวดมนต์ตลอดเวลา พุทโธๆๆไป ตอนหลังเรียกลูกที่นอนอยู่ด้วยกันให้ไปเรียกลูกอีกคนช่วยพาฉันไปโรงพยาบาล พ่อมันไปใส่บาตร แกไม่ให้เรียก มันก็ไปเรียกมาแล้วมันก็พามาไม่ได้เพราะผัวมันเอารถไปวิ่ง แล้วต้องเอารถไปส่งลูก ๆ มันก่อนกว่าจะเอาไปโรงพยาบาลได้ อย่างงี้แกยังว่าเลยว่าไปบอกใครมาทำไม แกเป็นยังงี้แหละ ทำของแกเอง ส่วนไอ้ลูกก็บอกว่าแม่ไปแล้วต้องกลับมาน่ะ แม่ไม่กลับมาแล้วใครจะเฝ้าบ้าน มันห่วงไม่มีคนเฝ้าบ้าน ครั้งนี้ฉันไปคลีนิคหมอ..... หมอ....ก็เอกซเรย์ทันใจฉัน เข้าเครื่อง 5200 บาท เขาว่าเป็นเส้นเลือดสมองตีบ หมอก็สั่งว่าต้องขึ้นโรงพยาบาลสัก 3 วันน่ะหายไม่หายก็รู้ แก(สามี)ไม่ยอมขึ้นเอาฉันกลับบ้านบอกลูกให้รับรอง บอกว่าเป็นอะไรเรารับรองเอง

Q: แล้วยังไงถึงกลับมานี่อีก

A: ไปบ้าน หมดแรงสิ ความดันขึ้นมาก 200 กว่า แต่ไม่ปวดหัว เบาหวานก็ขึ้น กลับมาหมอพนมก็บอกว่าบอกแล้วไงอย่าไปอย่าไป ดูสิไม่เชื่อหมอถ้าไปนอนวันนั้นก็ได้ห้อง มาคราวนี้ไม่ได้ห้อง ไปอยู่หมออะไรก็ไม่รู้พิเศษรวมกินยาไม่ดีขึ้นกินแต่ยาอ่อนๆทั้งนั้น จะตายเอา

Q: แล้วป้ารู้ได้ไงว่ายาอ่อน

A: อ้าวก็กินเข้าไปแล้วไม่รู้ว่าเป็นยังไงน่ะ กินแล้วไม่ดีขึ้นเหมือนเดิม แล้วที่นั่นหมอพนมก็ไปเยี่ยมไปดูไม่ได้ เขาห้ามก้าวก่ายซึ่งกัน

Q: แล้วพอย้ายมาที่นี่

A: ก็ดีขึ้น

Q: แล้วตอนที่หมอบอกว่าเป็นเส้นเลือดในสมองตีบป้ากลัวไหม

A: ไม่กลัวฉันไม่กลัว เฉยๆคล้ายมันทำใจแล้ว ตั้งแต่เราถือศีลแล้วอะไรก็รู้สึกเฉยๆ อย่างน้องสาวมาด่ามาว่าเราก็เฉยๆ

Q: อะไรที่ทำให้ป้ามาถือศีล

A: ก็ภาระเราไม่มีอีกแล้ว ลูกก็โตกันหมดแล้ว งานก็ไม่มีอะไรมากแล้ว พี่น้องก็บอกว่าพี่มานั่งอยู่เฉยๆทำไมไปถือศีลซะดี ก็เลยไปกับเขาเลย เดี๋ยวนี้ฉันไม่กลัว ผีสางฉันไม่กลัว ไม่กลัวตายขอให้ตายไปเลยสิดีอย่าทรมาน

Q: แล้วตอนนี้รู้สึกทรมานไหมนี่

A: ก็ถือว่าทรมาน เพราะเขาไม่เชื่อหมอ เชื่อหมอซะก็หายแล้ว

Q: ใครค่ะที่ไม่เชื่อหมอ

A: ผัวฉัน ไปอยู่ห้องอนาถา โอ้ยทุเรศทุรังหลานก็ไม่มีที่จะนอน ก็นอนภาวนาไปถึงคราวก็ไป ถึงคราวก็อยู่

Q: แล้วป้าเคยรู้สึกท้อแท้บ้างไหม

A: ไม่เคยท้อหรอก เขาพาไปไหนก็ไป อยู่ก็อยู่

Q: อะไรคือกำลังใจสำหรับป้า

A: สวดมนต์สิ สวดมนต์ไว้ ตายก็ไม่กลัว ตายทีเดียวน่ะอย่าทรมาน

Q: แล้วสำหรับการเจ็บป่วยอะไรคือสิ่งที่ป้ากลัวที่สุด

A: มันก็เป็นอยู่อย่างนี้ไม่รู้จะกลัวอย่างไหน ไอ้ที่สมองตีบมาอย่างนี้ก็ไม่รู้จะกลัวอย่างไหน เป็นทุกอย่างก็ไม่รู้จะทำอย่างไร

Q: ป้าทราบไหมว่าผลของโรคที่เป็นอยู่แต่ละโรคจะทำให้เกิดอะไรกับป้า

A: มันเกิดของมันเองละมั้ง บุญก็ทำอะไรก็ทำ อะไรก็ดีทุกอย่างทำไมกรรมมันมากแท้ นึกว่ากรรมอะไรมันมากแท้ เราไม่รู้ว่าครั้งก่อนเราทำอะไรไว้ มันถึงมาตามเราครั้งนี้

Q: ถ้าคิดว่าเป็นกรรมเก่าก็เลยคิดว่าคงจะแก้ไขอะไรไม่ได้

A: ใช่ ตายก็ตายไป แล้วนี่อะไรก็แล้วแต่ ขอให้ไปดี ฉันไม่นึกอะไรแล้วฉันเฉยๆ

Q: แล้วในส่วนของกำลังใจ ใครคือกำลังใจให้ป้า

A: ลูกชาย มันไม่อยู่ ไปอยู่เมืองนอก (ร้องไห้)

Q: แล้วมีลูกกี่คนค่ะ

A: 3 คน คนที่สองที่ไปเมืองนอก

Q: แล้วลูกอีก 2 คนไม่ได้ให้กำลังใจป้าเหรอค่ะ

A: ฉันไม่รักมัน รักแต่ลูกชาย ผู้หญิงฉันไม่รัก

Q: ลูกผู้หญิงก็ดูแลป้าไม่ใช่หรือ

A: ดูแลดี แต่ไม่รัก

Q: หมอและพยาบาลให้กำลังใจป้าไหมค่ะ

A: หมอพนมพูดให้กำลังใจ ไม่ช้าก็กลับบ้านได้ ฉันก็นึกว่าเราไม่มีเวรมีกรรมเราก็หาย

Q: หมอพยาบาลให้คำแนะนำอะไรบ้างไหมว่ากลับไปต้องดูแลตนเองอย่างไร

A: บอกเหมือนกันบอกกับคนเฝ้า (บอกว่าต้องทำกายภาพ ออกกำลังกายให้ช่วยเหลือตนเองเยอะๆ : หลาน)

Q: แล้วบอกท่าทางอะไรหรือไม่

A: ก็บอก ทำจนเป็นลมมานี่ ร่างกายเราไม่สู้ ออกกำลังแขนไป ขาไป ยกกันไป คราวนี้ไปปั่นจักรยานเลยเป็นลมเลย นี่เรามาเห็นทุกวันนี้ทำไมเรากรรมมากแท้

Q: ป้าสูบบุหรี่ ทานเหล้าไหมค่ะ

A: เหล้าไม่กิน บุหรี่ไม่สูบ เมื่อก่อนกินหนักแต่เดี๋ยวไม่กินตั้งแต่ถือศีล

Q: แล้วหมอบอกไหมว่าเส้นเลือดตีบจากอะไร

A: ความดันกับเบาหวานทำให้เป็นไอ้นี่ เห็นบอกอีกน่ะว่าต่อไปจะเป็นหัวใจ หมอบอกว่าดีน่ะที่ไม่เป็นหัวใจ

Q: ปกติมานอนโรงพยาบาลบ่อยไหมค่ะ

A: ก็นานมาที

Q: แล้วเกี่ยวกับความดัน เบาหวานนี้ละค่ะ

A: ก็เพิ่งมานอนครั้งนี้เป็นครั้งแรก

Q: แล้วยารับยาที่ไหนไปทาน

A: ก็ที่คลินิคหมอ.... ลูกก็ว่าทำไมเบิกได้ไม่มาเอายาที่โรงพยาบาล ฉันบอกว่าอย่ามาว่าฉันน่ะ ฉันบอกว่าเงินทองก็เอามารักษาตัวเองบ้างน่ะ

Q: ป้าเชื่อหมอ.....อยู่คนเดียว

A: ค่ะ หมอ.....อย่างกับหมอเทวดา เป็นอะไรก็ต้องหาย หมอคนอื่นก็ดี แต่เราไม่เชื่อเขา กินยาคนอื่นไม่ถูก กินยาหมอ.....ประจำ

Q: แล้วตั้งแต่มานอนโรงพยาบาลนี่ พยาบาลมาให้ข้อมูลและกำลังใจอะไรบ้างหรือไม่

A: เขาก็ดีทุกคน แต่ไม่เคยมาแนะนำอะไรเลย

Q: ส่วนใหญ่แล้วมาทำอะไรค่ะ

A: มาให้ยา วัดปรอท ความดันแล้วก็ไป แต่ถ้าหมอ.....มา หมอก็จะมาถามว่าเป็นยังไงบ้าง หมอก็มาบอกว่าวันโน้นวันนี้จะดีขึ้น

Q: พยาบาลส่วนมากมาให้ยา วัดความดัน

A: มาให้ยา วัดความดันแล้วเฉยๆไม่ได้พูดอะไร

Q: แล้วไม่เคยมาสอบถามอาการเลยหรือค่ะ

A: ก็มาถามบ้าง แต่ไม่ค่อยมีเวลามาคุยมากหรอก แต่พยาบาลในตึกนี้เขาก็ดี

Q: ดีในที่นี้เป็นอย่างไร

A: (พูดดีอะไรดี ไม่เหมือนอนาถา บางคนก็ดีบางคนก็ดุ : หลาน)

Q: ดุอะไรค่ะ

A: (ก็เวลาเราทำอะไรอย่างนี้ เขาไม่ให้เราเฝ้า : หลาน)

Q: แล้วหมอจะให้กลับบ้านเมื่อไหร่ค่ะ

A: ก็หมอจะให้กลับเหมือนกัน แต่ต้องรอทำกายภาพก่อน พอดีไปเป็นลม ตอนนี้แขนขาก็ยกได้แล้ว แต่ยังเดินได้ไม่ดี หมอบอกต้องค่อยๆเดิน

Q: การเจ็บป่วยที่เป็นอยู่นี้ป้ารู้สึกว่าต้องเป็นภาระกับใครหรือไม่

A: เป็นสิ เป็นภาระลูก เพราะเราเดินคนเดียวไม่ได้ ต้องจูงไม่ก็ใช้ไม่ยัน

Q: แล้วลูกและสามีป้ารู้สึกอย่างไรกับการเจ็บป่วยของป้า

A: แกก็ดี บอกว่ายังไงก็ให้หายแล้วกัน แกเป็นคนดี ไม่เคยด่า

Q: เคยหาวิธีการอื่นรักษาไหมค่ะนอกจากหมอ

A: ไม่เคยเลย

Q: ตอนนี้คาดหวังอย่างไรกับโรคที่เป็นอยู่

A: ก็คิดว่าจะหาย ก็ลองรักษามันเรื่อยไป ก็ยานี่แหละ ออกกำลังกายไป

ଔଔଔଔଔଔଔ

กรณีศึกษาที่ 2 : ผู้ให้สัมภาษณ์ นาย ข. อายุ 52 ปี โรค เบาหวาน ตับอักเสบ ไตวาย อัมพาต

Q: การเจ็บป่วยที่เป็นอยู่นี้ส่งผลกระทบอย่างไรต่อร่างกายของคุณลุงบ้าง

A: พูดไม่ออก รู้สึกท้อแท้ ที่เมื่อเป็นมาซึกหนึ่ง ตอนที่เป็นใหม่ๆ รู้สึกเบื่อ ไม่อยากต่อสู้ชีวิต อยากตาย

Q: เพิ่งมาเริ่มรู้สึกตอนเป็นอัมพาตนี้หรือค่ะ ตอนที่เป็นเบาหวาน เป็นโรคไต โรคตับก็รู้สึกเฉยๆ

A: ครับรู้สึกเฉยๆ แต่พอมาตอนหลังที่เป็นมากขึ้น ยิ่งหมอบอกว่าเป็น 9 โรค เลยรู้สึกท้อแท้ เพราะหมอไม่ได้ให้กำลังใจ พูดห้วนๆ แล้วก็ดุ บางครั้งมาวันเดียววันที่สองไล่กลับ ก็บอกคุณหมอเบาหวานตั้ง 300 กว่าจะให้กลับแล้วหรือ

Q: ตอนที่เป็นเบาหวานทราบไหมค่ะว่าต้องดูแลตนเองอย่างไรบ้าง

A: รู้ๆๆ

Q: อย่างไรบ้างค่ะ

A: ให้กินข้าวน้อยๆ เหล้าไม่ให้กิน ออกกำลังกาย เคยชักตอนนั้นน้ำตาล 560 ตอนนั้นนอนอยู่ในโรงพยาบาลอยู่ตึกโน้น

Q: แสดงว่าควบคุมน้ำตาลไม่ได้

A: ก็ไม่รู้เหมือนกันมาเขาก็ไม่เห็นให้อะไร

Q: ช่วงที่อยู่บ้านตอนที่รู้ว่าเป็นเบาหวาน แล้วน้ำตาลขึ้นสูงเลยมาโรงพยาบาล

A: ครับ

Q: ก่อนหน้านี้หมอก็เคยบอกว่าให้คุมเบาหวานโดยคุมอาหารและออกกำลังกาย แต่ทำไมยังคุมไม่ได้น้ำตาลยังขึ้นมาสูงจนมาชักอยู่ที่โรงพยาบาล

A: ก็กินอย่างเดียว ให้กินทีก็นิดหนึ่ง นิดหนึ่ง มันหิว ภรรยาก็ให้ทานตามที่หมอสั่งให้กินนิดหนึ่ง (แกเอาแต่ใจหิวก็บ่นว่าให้น้อย เคาะจนซามแตก ก็ให้อีกหน่อยหนึ่ง ก็ไม่พอบางทียกมือไหว้ว่าขออีกหน่อยเถอะ ความสงสารก็เลยให้ไป ก็เลยขึ้นมา พอมาโรงพยาบาลมันก็ลงแล้วน่ะ แล้วกลับบ้าน แล้วก็ขึ้น มาโรงพยาบาลใหม่คราวนี้ก็ชักเลย บางทีไม่ได้กินอะไรมันก็ขึ้น นอนโรงพยาบาลก็เอาแน่ไม่ได้น่ะเบาหวานนี่ บางทีมันก็ขึ้น บางทีกินมากๆมันก็ไม่ขึ้น : ภรรยา)

Q: แสดงว่าอยู่บ้านเรื่องคุมอาหารก็ทำไม่ได้

A: ทำไม่ได้ แต่มาช่วงหลังนี่คุมได้เดือนหนึ่ง ก็กินน้อยๆ

Q: กินน้อยๆ คือ

A: กินข้าวน้อยๆ น้ำตาลจะได้ไม่ขึ้น

Q: หมอบอกให้ทานข้าวน้อย ๆ

A: หมอบอกอย่างนี้ ชุดหลังนี่ไม่ได้ฉีด ปกติฉีดเลยน่ะ

Q: ของหวานทานไหมค่ะ

A: ไม่ทาน เครื่องดื่มอะไรก็ไม่กิน แต่ช่วงก่อนหน้านี้ทานเหล้ามาก จนหมอตำรวจเขามาตรวจร่างกายประจำปี เขาบอกว่าตาบเริ่มมีเบาหวานแล้วน่ะ ตอนนั้นก็ไม่เชื่อเพราะเห็นว่ายังอ้วนอยู่ ร่างกายสมบูรณ์อยู่ พอมีอาการเพลียก็มาหาหมอ..... หมอ..... เขาก็แนะนำเขาก็บอก ก็เชื่อบ้างไม่เชื่อบ้าง นี่ อีก 2 เดือนก็ครบ 6 ปีที่เป็นอัมพฤกษ์ แล้วโรคแทรกซ้อนก็เยอะมากมาหนักปีกว่านี้

Q: อะไรคือสิ่งที่ช่วยให้ลุงมีกำลังใจต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บต่างๆเหล่านี้

A: สงสารเมีย หมอบอกตรงๆมาบางครั้งก็เบื่อ และสงสารเมีย สงสารที่เมียปฏิบัติมานานแล้ว เห็นแล้วบางทีอยากจะตาย มาบางครั้งมานอนที่โรงพยาบาลเห็นคนอื่นนอนใส่สายแล้วก็กลัว กลัวอยากนอนหลับไปเฉยๆ

Q: กำลังใจของลุงก็คือภรรยาลุง

A: ใช่ ถ้าจะตายก็ขอตายที่นี่ไม่อยากไปไหน

Q: ทำไมค่ะ ลุงรู้สึกหมดหวังกับโรคที่เป็นอยู่หรือ

A: หมดหวัง หมดแรง

Q: อะไรที่ทำให้ลุงรู้สึกอย่างนั้น

A: ก็หมอบอกว่าหมดหวัง แล้วก็คิดดูแล้วก็หมดหวัง อีกอย่างลูกก็โตหมดแล้ว คนโต 28 คิดแล้วบางทีก็อยากตายๆไปเลย (บางครั้งเกิดความคิดน่ะปฏิบัติแกมานานก็รู้สึกเบื่อตัวเองเหมือนกัน บางครั้งเลยบอกพี่เอาไหมกินกันไหม พี่กินก่อนแล้วหนูกินตาม ทีแรกตกลงแล้วน่ะ แต่พอเอามาจริงบอกไม่กิน ไม่กิน แล้วร้องไห้: ภรรยา)

Q: นานหรือยังที่คิดอย่างนี้

A: ก็ช่วงที่เป็นโรคนี่แหละ ช่วงระยะหลังๆ ปีกว่าๆมานี่ แล้วมาเจอหมอผู้ชายอีก ทุกทีเจอหมอผู้หญิงเขาก็ดี มาเครียดตรงนี้พูดจาไม่ค่อยเพราะ (วันนี้กะว่าไม่ว่าจะเกิดอะไรขึ้นจะไปหาหมอ .....ผอก.โรงพยาบาล พอดีมาปรึกษาพยาบาลถึงได้เข้าใจว่าทำไมจะให้ไปโรงพยาบาลตำรวจ หมอคนนี้แกไม่ค่อยแนะนำ : ภรรยา) ทีแรกแกบอกไม่ล้างน่ะ ถามว่าหมอไตไม่ดีไม่ล้างหรือครับ แกบอกไตไม่ดีไม่ต้องล้างมันเสียหมดแล้วกินยาพอประทังไป เป็นอะไรแล้วค่อยมาแล้วกัน ถามอะไรแกมากก็ไม่ได้ แกก็ไม่ฟัง มาถึงเขียนๆแล้วก็ไป แล้วมาคนป่วยมานี่มากับเพื่อน 2 คน เพื่อนก็นั่งอยู่ ก็บอกว่าผมเป็นซีกหนึ่งจะบอกว่าเป็นอัมพฤกษ์ซีกหนึ่งแต่พูดไม่ถูก เมียผมเลยบอกแทนให้ หมอก็บอกว่าหยุดเลยไม่ต้องพูด (ฉันก็บอกว่าไม่บอกแล้วหมอจะรู้ได้ยังไง : ภรรยา)

Q: แต่ก็ยังพอช่วยเหลือตัวเองได้

A: ได้ ทานข้าวทานอะไรได้

Q: แล้วจะรู้สึกหมดหวังทำไมค่ะ ทำอะไรก็ยังทำได้อยู่

A: หมดหวัง ตาย

Q: ลุงยังดูดีกว่าคนอื่นๆอีกหลายคนน่ะ ทำไมลุงไม่คิดอย่างนี้

A: (หัวเราะ)

Q: เคยหาวิธีการอื่นในการรักษาหรือเปล่า

A: หาหลายทาง นี่อัมพฤกษ์ที่ดีได้เพราะรักษาหมอที่..... หมอ..... แกเป็นหมอชาวบ้านฉีดยาเข้าเส้นที่ตรงขา แล้วดีขึ้น มีคนไปกันเยอะรักษาโรคแบบนี้ ให้ยามากินอาทิตย์หนึ่ง ฉีดยาเข็มหนึ่ง 300 แล้วยาหม้อๆหนึ่ง ยาหม้อนี่รู้ว่าเป็นยาขับถ่าย แล้วก็พามานวดที่โรงพยาบาล แล้วก็ไปอบสมุนไพรที่อนามัย

Q: แสดงว่าที่รักษาอัมพฤกษ์ อัมพาตนี่ไม่ได้รักษาในโรงพยาบาลเลย

A: ก็รักษาครั้งแรกตอนเป็นใหม่ที่โรงพยาบาลที่กรุงเทพ แต่ก็ไม่ได้ดีขึ้นหรอกน่ะ หลังจากนั้นก็มารักษาที่ข้างนอก พอค่อยยังชั่วขึ้นเพื่อนฝูงมาเยี่ยม ก็แอบขอบุหรี่

Q: สูบมากี่ปีแล้วค่ะ

A: (หัวเราะ) (แกกินเหล้าแล้วถึงจะดูด : ภรรยา)

Q: แล้วตอนนี้เลิกหรือยังค่ะ

A: เลิกแล้ว (มาเลิกตอนที่มืออีกข้างเริ่มสั่น ข้างนี้รักษาหมดไปเกือบ 9 หมื่นกว่าบาทไป..... ก็เพื่อนมาเยี่ยม ฉันขายก๋วยเตี๋ยวขายอะไร รีบดูดรีบพ่น แอบให้กินเหล้าอีก คราวนี้ก็สั่นสิ มาโรงพยาบาลนี้ก็แก้ไม่ได้ สั่นตลอดทั้งวัน เลยพาไปโรงพยาบาล..... เขาบอกว่าห้ามเด็ดขาดห้ามสูบบุหรี่ หมอบอกว่าเป็นเส้นเลือดตีบ : ภรรยา)

Q: แล้วลุงรู้หรือเปล่าว่าที่เป็นอยู่นี้เป็นเพราะอะไร

A: ไม่รู้

Q: รู้แต่ว่ามันเป็น

A: ใช่ (หัวเราะ)

Q: แล้วตอนนี้รู้หรือยังว่าเป็นจากอะไร

A: จากดูดบุหรี่ (แล้วก็เป็นอีกน้า ยังไม่เข็ด สั่นอีก ครั้งแรกก็จะไม่พาไป ก็สงสารก็ไปนอน..... หมอ..... ก็ให้นอน 2 วัน แล้วขอเบอร์โทรไว้ไม่ได้ให้เฝ้า แล้วหมอก็โทรมา ก็ใจไม่ดีคิดว่าเสีย ปรากฏว่าหาย ก็บอกทำไมเร็วแท้ แต่ก็หาย เสียไปหมื่นหก ก็ไม่แพงนอนโรงพยาบาล 3 คืน มีพยาบาลเฝ้า ให้ยามากิน ก็ถ้าเกิดเสียก็ไม่เสียใจหรอกเพราะเขาดูแลดี ถือว่ามาโรงพยาบาลดี พยาบาลแต่งตัวสวยสะอาดสะอ้าน พูดจาเพราะ บริการดี ถึงเสียก็ไม่เสียใจหรอกเพราะเขาทำให้เต็มที่แล้ว นี่แหละที่ดี : ภรรยา)

Q: ทำไมตอนที่เป็นอัมพฤกษ์ใหม่ๆลุงถึงยังสูบบุหรี่อยู่ทั้งที่รู้ว่าไม่ดี

A: มันอยาก นี่ไม่รู้ว่าทำไมหมอถึงจะให้ไปล้างไตที่โรงพยาบาลตำรวจ

Q: เท่าที่ถามหมอดู เขาบอกว่าอยากให้ไปเริ่มต้นที่โรงพยาบาลตำรวจก่อนแล้วค่อยมาล้างไตต่อที่นี่ แล้วอีกอย่างการล้างไตก็มี 2 แบบ เขาอยากให้หมอที่นั่นอธิบายถึงวิธีการแต่ละแบบข้อดีข้อเสียแล้วให้ผู้ป่วยเลือกว่าจะอย่างไร นี่เท่าที่ถามหมอน่ะค่ะ

A: แกไม่อธิบายอย่างงี้เนอะ นี่มาหงุดหงิด พาให้เราเครียดเราโมโห เมื่อกี้กะว่าให้หมอไปก่อนแล้วเมียผมจะเข้าไปถามพยาบาล เมื่อกี้เขาบอกเขาจะไล่กลับเชียวน่ะ กะเตรียมจะถอดเสื้อกลับ จะให้ไปถามอันนี้ว่าต้องใช้เงินทองเท่าไหร่จะได้เตรียม (รู้ว่ายังไงอายุแกก็ไม่ยืน แต่ยังไงก็จะรักษาจนสุดท้าย : ภรรยา)

Q: ทำไมคิดยังงั้นละค่ะ

A: ก็หมอบอกว่า อยู่ได้ 5 เดือน นี่ก็เข้า 3 เดือน แต่โรคมันก็เข้ามาเยอะ มันก็เป็นแบบที่แกพูดน่ะน่ะ แต่ก็ไม่น่าพูดตรงๆหรอก วันที่ 13 นี่ก็เข้า 3 เดือน โรคก็เยอะมาเลย

Q: แต่ดูลุงก็ยังมีกำลังใจดี มีภรรยาคอยดูแลเป็นห่วงดี

A: (หัวเราะ) ก็มีหน้าบวมบ้าง แล้วทำอะไรนิดหน่อยก็เหนื่อย แล้วจะไม่ให้เราคิดยังไง

Q: แล้วที่ผ่านมาเวลาอยู่บ้านจัดการกับการเจ็บป่วยอย่างไรบ้าง

A: กินแล้วก็นอน ก็มีเดินบ้างระยะทางสั้นๆจากนี่ไปห้องหมอน่ะ เดินออกมากิน แล้วจะเดินกลับมาก็เหนื่อย บางครั้งก็ใช้มือเดียวถัดไปเปิดโทรทัศน์ บางครั้งก็หอบ บางครั้งก็ไม่ ช่วงนี้มันจะถี่มากเลยที่จะเป็น หมอเคยถามว่าเคยเข้าโรงพยาบาลมากี่หน ก็บอกว่าระยะหลังนี่ 10 กว่าครั้งแล้ว พยาบาลก็บอกว่าเป็นอะไรก็มาเลย คนเราเจ็บป่วยก็ต้องมาโรงพยาบาลใช่ไหม ไม่มีสิทธิรักษาเราก็มีเงินเสีย (พูดก็พูดไม่เพราะเลยน่ะ เมื่อวานแกก็ร้องไห้ คนเป็นโรคนี้ก็ยังงี้ขี้ใจน้อย วันนี้ว่าจะไปฉะหมอสักหน่อย มันเครียดจริงๆน่า เรามาหาหมอก็ต้องการให้หมอพูดดี อธิบายให้เข้าใจ เหมือนคนโรคหนักนี่ มันก็อาจจะเบา แหมมานี่ไม่เคยให้ความคิดเห็นดีเลย พยาบาลก็เตือนใจเย็นๆ แหมก็เครียดเต็มที่เหมือนกันน่ะ บางครั้งพอคนเราโมโหพอมีคนเตือนสติมันก็อารมณ์เย็นเหมือนกัน นี่กะแล้วเข้ามาต้องเจอหมอ..... ถ้าเจอหมอ.....คนไข้งี้ยิ้มรอเลย แต่พวกพยาบาลดีทุกคน บางครั้งก็ทำปลาร้าหลน ของกินมาให้

พยาบาล ก็ไม่รู้จะตอบแทนอย่างไรเขา : ภรรยา)

Q: ในความรู้สึกที่ว่าดีนี่ดีอย่างไร

A: เขามานี่ต้อนรับเราดี มาจะพูดจาหยอกล้อเล่นกันดี บางครั้งฉันไม่อยู่ก็มาดูแลให้ดี ความสะอาดก็ดี พอตอนจะกลับก็บอกว่าถ้ามีอาการอะไรก็มา

Q: แล้วความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง พอทราบอะไรบ้าง

A: ก็ไม่รู้หรอกได้กินแต่ยา ยาจะไม่ขาดเลย ส่วนเหล้าตั้งแต่เข้าบางโพ 2 หนนี่เลิกเลย

Q: นานหรือยังค่ะ

A: จะ 4 ปี แล้ว

Q: แล้วตอนนั้นเลิกได้ยังไง

A: (เลิกเพราะด่าหมด เต็มที่แล้วนี่ แล้วเงินใครเสีย ใครเฝ้า : ภรรยา) นี่ๆๆ (ว่าหมดเลยทั้งเพื่อนทั้งพี่ทั้งน้อง บอกเอาแต่ความทุกข์มาให้ เพราะเวลามามาให้กินเหล้าสูบบุหรี่ บอกเลยว่าไม่ต้องมาเยี่ยมยังไม่ตาย ไล่เลย ที่ไล่เพราะมาไม่ดีหลายครั้งแล้ว เงินทองเราก็หมด 6 เดือนนี่แกก็เข้าออกแต่โรงพยาบาล เต็มที่ แม่ฟังก็บอกว่าอย่าไปด่าเขา ใครไม่ถึงกับตัวไม่รู้หรอก พอด่าแล้วไม่มาถึงเลยเลิกได้ บางครั้งก็ตีเอาพูดแล้วไม่รู้เรื่อง บางครั้งทำไปแล้วก็สงสาร แล้วก็สอนฉันเองก็ร้องไห้ไปด้วย : ภรรยา)

Q: แล้วที่จะไปล้างไตนี่รู้สึกยังไงบ้างค่ะ

A: กลัว

Q: กลัวอะไรค่ะ

A: เคยเห็นคนที่มานอนข้างกัน เขาล้างไตตัวผอมดำ แล้วพูดเสียงก็ไม่มี ญาติเขานั่งกันอย่างงี้ เขาบอกลุงระวังเหอะล้างไตแล้วต้องเป็นอย่างนี้ แล้วก็กลัวว่าล้างไตแล้วจะช๊อค เพราะตอนนี้ก็อาการไม่ค่อยดีเท่าไหร่ ลุงคนที่นอนข้างเตียงนอนรอล้างไตแล้วช๊อค เบาหวานก็ขึ้น เห็นแล้วก็กลัว แต่ถ้ามันจำเป็นก็ลองดู แต่ยังไงก็ไปล้างที่โน้นก่อนทีหนึ่งแล้วจะขอเขากลับมาล้างต่อที่นี่ เพราะอยู่ที่โน้นก็ไม่มีญาติ พยาบาลที่นี่ก็ดีน่ะอธิบายว่าไม่เจ็บหรอกไม่ต้องกลัว เมื่อก่อนไม่ยอม ก็เจอหมอ..... นี่แหละว่ายังงี้ ก็ไม่อยากล้าง หมอก็บอกงั้นลุงก็เซ็นสิ เซ็นก็เซ็น งั้นลุงกลับบ้านไป พอเมียผมมาก็บอกว่ากลับ (ฉันไปถามพยาบาล พยาบาลบอกว่าแกไม่ยอมล้างไต :ภรรยา)

Q: ตอนนั้นคิดยังไงค่ะถึงไม่ยอมล้างไต

A: ไม่เอาหรอกกลัว

Q: แล้ววันนี้ละ

A: วันนี้เอาแล้ว ถ้าไปก็ไป ถ้าตายก็ตาย ถ้าไม่ตายก็ไม่ตาย แต่มาเจอพยาบาลเขาพูดดี

Q: ก่อนหน้านี้หมอไม่อธิบายเลยไม่เอาเลย

A: ครับ ไม่ลองไม่รู้ มีแต่คนส่ายหน้า 9 โรคเป็นได้ยังไง (ตอนน้ำตาลสูงๆเหมือนผีเข้าเลย ที่ถ้าลองฉันหนีนี่กำลังใจตกเลย แต่สงสารแก :ภรรยา) ก็แล้วแต่ (แต่ก็ดีที่แกก็ให้ฉันไปสนุกสนานข้างนอกได้ เหนื่อยมาแกก็บอกว่านอนๆ ซะ และอีกอย่างแกก็พยายามช่วยตัวเอง อาบน้ำเอง แต่งตัวเอง :ภรรยา)

Q: คนเราอยู่ได้ด้วยใจ ใช่ไหมค่ะ

A: ครับ

ଔଔଔଔଔଔଔ

กรณีศึกษาที่ 3 : ผู้ให้สัมภาษณ์ นางสาว จ. อายุ 67 ปี โรค เบาหวาน มาโรงพยาบาลด้วยแผลที่เท้า

Q: การเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ในขณะนี้ทราบหรือไม่ค่ะว่าป่วยเป็นโรคอะไรบ้าง

A: เบาหวาน

Q: รักษาด้วยยาทานหรือยาฉีดค่ะ

A: ก็ตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาลที่ผ่าตัดครั้งแรกที่เลิศสิน ก็ทานยาหมอให้มาเป็นยาเบาหวานเม็ดเดียว

Q: นานหรือยังค่ะ

A: ปีกลาย จำไม่ได้แน่

Q: แสดงว่าหมอเพิ่งวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานได้ปีเดียว

A: ค่ะ

Q: โดยบังเอิญหรือมีอาการอย่างไรจึงไปหาหมอ

A: โดยบังเอิญค่ะ เพราะฉันเป็นเล็บขบ ครั้งแรกเล็บข้างขวา เล็บนิ้วโป้ง ที่นี้ฉันจะไม่ไปโรงพยาบาลหรอก แม่ของแฟนลูกสาวเขาเอาไป ว่าจะเอาไปเจาะเลือดตรวจ เพราะน่าจะเป็นเบาหวาน ฉันบอกฉันไม่เป็น ไม่มีอาการอะไรสบายแข็งแรง พอเล็บขบฉันไปซื้อรองเท้าใหม่มาใส่ คราวนี้ก็เลือดออก เขาก็เลยพาไปคลีนิคที่..... .....เขาก็จะตัดขาฉัน เขาเอาฉันไปไว้ในห้อง ห้องอะไรก็ไม่ทราบแล้วฉีกแผลออกหมดเลย แผลมันก็จะหายอยู่แล้วฉันรักษาเองทานยาแก้อักเสบแล้วเอาผงฆ่าเชื้อโรยก็แห้งแล้ว ที่นี้เสร็จแล้วนายแพทย์มาคนหนึ่งบอกคุณป้าต้องตัดนิ้วเดียวไม่พอหรอก คนที่สองมาบอกต้องใต้หัวเข่า ฉันบอกฉันไม่ตัดหรอก ฉันยอมตาย

Q: แล้วหมอให้เหตุผลหรือเปล่า

A: ไม่ทราบค่ะ หมอไม่ให้เหตุผล ฉันบอกขอปรึกษาญาติก่อน หมอก็ออกไปถามคุณแม่ที่พาไป แกบอกตามใจคนไข้ ฉันก็บอกถ้าตัดถึงใต้หัวเข่าฉันไม่ตัดหรอกฉันยอมตาย พี่สาวฉันเป็นแผลมะเร็งเป็นถึงเกือบหัวเข่านั่นก็จะตัดเหมือนกัน สามีแกไม่ยอม แกก็ไม่ยอมพากลับบ้านไปรักษาหมอชาวบ้านก็หายค่ะ ไม่ต้องตัดแห้งหมดเลย ฉันเลยขอกลับบ้าน เขาก็เรียกรถเข็นให้ หมอก็บอกว่าทำไมคุณป้าไม่ตัดตัดเถอะครับ

Q: ตอนนั้นทราบหรือยังว่าเป็นเบาหวาน

A: ยังค่ะ .....เขายังไม่ตรวจอะไรเลย เขาให้ตัดอย่างเดียว พอกลับมาถึงบ้านประมาณ 5 โมงก็โทรไปหาหลานชายที่เป็นนายแพทย์อยู่ที่เลิศสิน เขาก็มาเลย เขามาดูแผลเขาก็บอกโอ้โห เขาไม่ใส่อะไรให้เลยค่ะ เขาก็ถามว่าคุณป้าทำไมถึงปล่อยอะไรขนาดนี้ ป้าไปปล่อยให้เขาทำทำไม ก็เราไม่รู้น่ะค่ะ แล้วก็ไปโรงพยาบาลกับหลานชายเดี๋ยวนั้นเลย ไปถึงหมอที่เป็นเพื่อนหลานชายก็มากันเยอะแยะมาให้กำลังใจบอกคุณป้าทำใจดี ๆ น่ะครับ ไม่ต้องตัดถึงใต้หัวเข่าหรอก ตัดนิ้วเดียวเท่านี้ ก็ตัดคืนนั้นเลยค่ะ

Q: แล้วตอนที่ตัดนิ้วเดียวป้ายอมเหรอค่ะ

A: ไม่ยอมได้ไงหล่ะ เขาฉีกหมดน่ะ แล้วหมอเขาตรวจเขาบอกว่ามีเชื้อเบาหวาน

Q: แล้วตอนที่ถูกตัดนิ้วเท้าไปรู้สึกอย่างไรบ้างค่ะ

A: เฉยๆ หมอเขาดีเขาบอกคุณป้าเป็นหนึ่งใน 100 ที่มันไม่ลามไม่เน่า

Q: ทราบไหมค่ะว่าน้ำตาลสูงเท่าไหร่

A: ไม่ทราบ ตรวจแค่ครั้งนั้นครั้งเดียว แล้วก็ทานยาเม็ดมาตลอด ให้เม็ดเดียวเท่านั้นเอง ตอนเช้า

Q: แล้วแนะนำอย่างอื่นอีกไหมค่ะ

A: ก็ไม่เห็นแนะนำอะไรเลย ฉันถามหมอที่นั่นว่าเป็นเบาหวานแล้วทานอะไรได้บ้าง งดของหวาน ทานได้นิดหน่อยเขาว่ายังงี้ แล้วก็คุณป้าทานข้าวก็ทานกับปลากับผัก ฉันก็ปฏิบัติตัวตลอดมา

Q: แล้วคุมน้ำตาลอยู่หรือเปล่า

A: อยู่ค่ะ เพิ่งมาเป็นที่นี่ค่ะ

Q: แล้วคราวนี้เป็นเพราะอะไร

A: เป็นเพราะคราวนี้เรามาอยู่ที่นี่ เคยอยู่ที่โน้นบ้านพักสบาย เดินบนกระเบื้องสีขาว ใส่รองเท้าไม่เคยถอดถอดเมื่อจะขึ้นเตียงนอน อยู่นี่มันเดินกระดานบ้านทั้งหลังมันใหญ่มากแล้วอยู่กับพี่พี่ก็แก่ทำอะไรไม่ไหวก็ต้องถูบ้าน จ้างเขาก็ไม่ไหววันละ 100 เราก็เลยทำเอง ถูบ้านตักน้ำ พอดีจังหวะเครื่องสูบน้ำมันเสียเราเลยหิ้วน้ำ 2 มือ ทำอย่างงี้ทุกวันมันเลยเป็นแผลนี้ขึ้นมา

Q: อยู่ที่นี่ไม่ใส่รองเท้าหรือค่ะ

A: คนทางนี้เขาไม่ใส่รองเท้าบนบ้าน เดินกระดาน ลงบ้านแล้วถึงจะใส่

Q: เป็นแผลที่เท้าตั้งแต่เมื่อไหร่ก็ไม่รู้

A: ค่ะ ยังไม่รู้กำลังนั่งทานของอยู่เด็กบอกน้าบูรณ์เลือดน้าบูรณ์ทำไมไหล แผลกลางเท้าก่อน แผลใหม่กลางเท้าแผลนี้ไม่เป็นไรไม่อักเสบ

Q: แผลใหม่กลางเท้าเป็นมานานก่อนมาโรงพยาบาลนี้กี่วัน

A: เป็นเดือน 4 เดือน มาอยู่ที่นี่ได้เดือนก็เป็นเลย เห็นไม่เป็นอะไร ไม่เน่าไม่เละไม่ปวดไม่อะไร

Q: แล้วทำอย่างไรค่ะ

A: ฉันเอาเบตาดีนใส่ ก่อนนี้เป็นแผลหลายหนแล้วค่ะ ถ้าเป็นแผลเบาหวานจริงๆ ตอนนั้นไม่ต้องเข้าโรงพยาบาลเป็นทีหนึ่งแล้ว ตรงนี้ดำๆฉันเอาเข็มสะกิด

Q: แล้วนิ้วโป้งข้างซ้ายเป็นอะไรค่ะ

A: อยู่ดีๆมันก็แตก นิดเดียวฉันก็ใส่ยาเบตาดีนตอนแรกจากนั้นก็ใส่ยาผงที่เคยใส่หาย

Q: แล้วหมอเขาไม่ได้แนะนำวิธีการดูแลเท้าหรือค่ะ

A: ไม่เห็นบอก

Q: เท้าชาไหมค่ะ

A: ชาตลอด ตั้งแต่ก่อนไปรักษาเลยค่ะ ฉันก็ว่าจะถามว่าฉันเป็นอะไรชามาได้ 2 ปีแล้วค่ะที่ชา แต่ไม่เป็นอะไร

Q: หลังจากที่เจาะเลือดตรวจดูที่เลิศสินแล้ว ป้าเคยตรวจเลือดเช็คดูอีกหรือเปล่า

A: เช็คคลีนิค เขาว่าไม่ขึ้น 100 กว่า

Q: ตอนที่รู้ว่าเป็นเบาหวานใหม่ๆ แล้วต้องสูญเสียนิ้วเท้าไป ส่งผลกระทบต่อชีวิตของป้าไหมค่ะ

A: ฉันเป็นคนทำใจได้ ไม่ส่งผล เพราะภูมิใจที่มีลูกดี ลูกบุญธรรมดี พี่น้องฉันไม่ค่อยสนใจหรอกมีแค่ลูกบุญธรรม หลานดี ขาดเงินขาดทองเอาฝากธนาคารไว้ให้เลย ไม่เสียใจ เรานึกว่าเรามีกรรมเราก็สู้ไปแต่บุญกุศลก็ยังส่งลูกมาให้เพราะเราไม่แต่งงาน พี่น้องไม่สนใจแต่ลูกสนใจก็พอแล้ว แล้วหลานอีกคนที่เลี้ยงมาก็สนใจ

Q: แล้วตอนนี้ที่มานอนโรงพยาบาล แล้วเท้าก็มีแผล ความรู้สึกเปลี่ยนแปลงไปไหม

A: ก็กลัวจะตัดอีกนิ้ว กลัวตัดขึ้นมาเรื่อยๆแบบคนอื่นเขา

Q: เคยเห็นหรือมีประสบการณ์เห็นคนอื่นหรือค่ะ

A: เคยค่ะ ญาติห่างๆ ตัดถึงหัวเข่า เพิ่งเสียชีวิตไป แกก็เพิ่งเป็นเหมือนกัน แล้วก็เป็นแผลลาม แล้วก็พี่ญาติทางพ่อก็ตัดนิ้วโป้งแล้วก็เสียชีวิต กลัวโดยตัดขานี่แหละค่ะ ความตายก็ไม่กลัว ถ้าหากตัดคราวนี้ก็ขอตายดีกว่า กลัวเรื่องตัดนี่แหละค่ะ แหมนอนตั้ง 2 เดือนครึ่งที่เลิศสินแค่แผลนิ้วเท้า ที่โน้นดีน่ะ หมอทำแผลให้เองแล้วก็ปลอบใจ แกดีบอกแผลดี แผลสวย แต่ตัดตั้ง 2 ครั้ง 3 ครั้ง ตอนแรกตัดทีแรกบอกว่ากระดูกโผล่ เข้าตัดอีกบล็อคหลังฉันไม่ให้เขาวางยาสลบ ครั้งที่ 3 เขาให้เอาไปปิดพอแผลจะหายเขาก็ให้เอาไปปิด ที่นี้ลูกพาไปล้างทุกคืนคลีนิค แผลไม่ค่อยสวย แผลที่คนที่มานอนนี่แผลเขาสวยน่ะ ไม่รู้ว่าไปทำที่โรงพยาบาลไหน แต่หมอก็ทำดีไม่ใช่ทำไม่ดีที่นี่ สั่งมาว่าออกจากโรงพยาบาลอย่าไปล้างทุกวัน แกให้สองสามวันล้างทีลูกเขาไม่ยอมกลัวแผลจะเน่าเปื่อยอะไรอย่างนั้น บางทีเที่ยงคืนยังไปเลย

Q: การเสียนิ้วเท้าไปทำให้เรารู้สึกอับอายหรือเปล่าค่ะ

A: ไม่อายหรอก แต่มันทำให้เสียนิ้วเท้าหมด มันงอไปหมดเพราะมันไม่มีนิ้วโป้งคอยดันไว้ แต่ป้าก็พยายามขยับนิ้วไว้กลัวมันแข็ง

Q: แล้วที่ชาชาส่วนไหน

A: ชาแต่ฝ่าเท้าที่อื่นไม่ชา

Q: แล้วที่ถามหมอเกี่ยวกับเรื่องชา หมอว่าอย่างไร

A: ถามหมอก็บอกว่าเบาหวานก็เป็นอย่างนี้

Q: แสดงว่าช่วงที่ป้ามาอยู่ที่นี่ไม่ได้สังเกตเท้า จนคนอื่นไปเห็นว่ามีเลือดออก

A: ค่ะ ตาฉันมัว มองไม่เห็น ตั้งแต่ตัดนิ้วเท้ามานี่ตาก็มัวมองไม่ค่อยเห็น เห็นหมอที่คลีนิคบอกว่าเป็นตามีอายุ แต่เดี๋ยวนี้ยังดีมองเห็นหน้าคน แต่ก่อนมองเห็นหน้าคนทุกคนดำหมดเลย

Q: ป้ารู้อะไรเกี่ยวกับโรคเบาหวานบ้าง

A: ไม่รู้อะไรเลย

Q: อาการแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน สิ่งที่ต้องระมัดระวัง

A: หมอได้แต่บอกว่าให้ระวังดูแลเรื่องไต อย่าทานเค็ม

Q: แล้วอาการผิดปกติของไต คืออะไร

A: ไม่ได้บอก

Q: แล้วผลของเบาหวานต่อตา

A: อ้อ บอกค่ะ บอกว่าตาเบาหวานจะมองไม่เห็น

Q: แล้วการดูแลเท้า

A: บอกแต่ให้ดูแลแผลเท่านั้น ไปคลีนิคก็ถามว่าคุณหมอมียาที่จะทานให้เท้าหายชาไหม มีแต่ไม่ให้เขาว่างั้น

Q: คนในครอบครัวรู้สึกอย่างไรกับการเจ็บป่วยของป้า

A: มีแต่ให้กำลังใจ แม่ไม่ต้องคิดมากน่ะ รู้สึกสงสารแต่ลูก ต้องใช้จ่ายเงินมากเพราะเขาไม่ใช่เบิกได้

Q: เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่นี้ ป้าดูแลตัวเองอย่างไร

A: ก็เช้าขึ้นมาก็ทานยาเบาหวาน ก่อนมาโรงพยาบาลก็ไม่ได้ทานกาแฟ ว่าออกไปนี่จะเลิกแล้ว เพราะทานกาแฟมาตั้ง 20 ปีแล้วค่ะ

Q: นอกจากนี้ยังทำอะไรอีกค่ะ

A: ปวดศรีษะก็ทานยาหัมใจ แล้วก็แช่เท้าในน้ำอุ่นทุกเช้า เพราะมันชาบางวันเดินไม่ได้เลย หมอก็แนะนำให้แช่น้ำอุ่นจะได้ดีขึ้น แล้วก็มีทานยาหม้อ น้องสาวเอามาให้จากอีสาน เขาว่ารักษาเบาหวาน

Q: แล้วเป็นอย่างไรค่ะ

A: ก็ทานตลอดมา ผ่านมาก็เป็นอย่างงี้แหละค่ะก็มาเป็นแผล

Q: อาหารใครจัดหาให้ป้า

A: ทำเอง

Q: ทุกวันทานอะไรเป็นหลัก

A: น้ำพริกกะปิ น้ำพริกเผาไม่ใส่น้ำตาลแบบชาวบ้าน ทานเผ็ดไม่ค่อยได้

Q: แล้วยารับที่ไหนค่ะ

A: ตอนอยู่ที่กรุงเทพเอายาที่คลีนิค แต่พอมาอยู่ที่นี่เอาตัวอย่างยามาซื้อที่ร้ายขายยา

Q: ย้ายจากกรุงเทพมาอยู่ที่นี่ไม่เคยเจาะเลือดเลย ได้แต่เอาตัวอย่างยาไปซื้อ

A: ไม่เคยเจาะเลือด

Q: ก็ทานแต่ยาเบาหวานวันละเม็ดทุกเช้าประจำ

A: ค่ะ เกือบ 5 เดือนแล้ว นี่ว่าจะกลับกรุงเทพแล้ว เดี๋ยวจะเป็นอีก

Q: ครั้งนี้มาโรงพยาบาลด้วยแผลที่เท้าแล้วมีไข้

A: ค่ะ มีไข้มา 5 วัน

Q: ทำไมถึงเพิ่งมาโรงพยาบาล

A: มันมีไข้แต่ตอนกลางคืน ทานยาทัมใจห่อเดียวมันก็หาย แล้วก็วันที่จะเป็น 6 โมงเช้าออกมานั่ง ดูท่าเอ ทำไมเราเป็นอย่างนี้ ก็ซงยาหอม

Q: เป็นยังไงค่ะ เวียนหัว

A: ไม่เวียนไม่อะไร มีอาการไม่ดี เหมือนสั่น สั่นที่ละน้อย ก็ให้พี่สาวไปตาม พี่สาวก็เดินไม่ค่อยแข็ง แก เป็นข้อเสื่อม ไปตามเพื่อนฉันให้ไปโทรถึงลูกสาว หลานก็พามาโรงพยาบาล

Q: แต่แผลนี่เป็นมาตั้งนานทำไมถึงเพิ่งมาโรงพยาบาล

A: ก็ไม่มีใครพามา อยู่กับพี่สาวก็เดินไม่ได้ แล้วก็ไม่รู้จะปรึกษาใครด้วย

Q: แสดงว่าที่ไม่มาเพราะไม่มีใครพามาไม่ใช่ไม่อยากมา

A: อยากมาจะตาย อยากมาเจาะเลือดตรวจ อยากมาเช็คร่างกาย เคยถามหมอว่าฉันมีโรคอื่นแทรกไหม เขาบอกไม่มี

Q: อะไรคือกำลังใจสำหรับป้าที่ทำให้ต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บ

A: ก็นึกถึงคุณพระคุณเจ้า สวดมนต์ทุกคืน ขอพรพระ ลูกทำมาแค่ไหนก็ไปแค่นั้น ทำใจให้สนุกอย่าคิด กังวลเรื่องของคนอื่น

Q: คาดหวังอย่างไรกับโรคที่เป็นอยู่

A: ไม่คาดหวังอะไร ก็เห็นตายกันทุกคน ฉันคิดแต่สิ่งดีๆ ถ้าไม่ทำใจป่านนี้ตายไปนานแล้ว

Q: ที่นอนอยู่ที่โรงพยาบาลนี้ หมอพยาบาลดูแลดีไหมค่ะ

A: ดีมาก

Q: พยาบาลเคยมาให้คำแนะนำอะไรไหมค่ะ

A: ไม่เคยแนะนำอะไร

Q: แล้วเขาทำอะไรให้บ้างละค่ะ

A: เขาเดินมาฉีดยา มาให้ยาป้า ทำแผล ไม่ได้ดูอะไร

Q: แล้วเคยคุยกับคุณป้าเรื่องแผลอะไรไหมค่ะ

A: ถามว่าคุณป้าไปโดนอะไรมา บอกว่าเป็นแผลเบาหวานแตกมาเอง

Q: ป้าคาดหวังอย่างไรกับพยาบาล

A: ก็ไม่ได้คาดหวังอะไร แต่เขาก็บอกว่าอย่าให้ติดเชื้อมาอีกถ้ากลับบ้าน ให้มาล้างแผลทุกวัน วันแรกคิดว่าจะโดนตัดเสียใจเหมือนกัน พยาบาลอีกคนหนึ่งพูด ตัดอีกนิ้วหนึ่ง ตัดให้คู่กันเลย พยาบาลที่เป็นผู้ช่วยน่ะตัวนายแพทย์เขาไม่เห็นพูดว่าจะตัด พอหมอไปพยาบาลคนนี้พูดเสียใจจัง มานอนคิด พอหลานชายมาก็ให้ไปถามคุณหมอ คุณหมอเขาบอกแผลดีก็ไม่ต้องตัด ถ้าถึงกระดูกก็ต้องตัด พอดีรุ่งขึ้นเช้าแผลดีมากเลยไม่มีหนอง พยาบาลมาพูดอย่างงี้ใจเสียเลยหมอไม่พูดพยาบาลมาพูดไม่สวย พูดไม่เพราะเลย ไม่ให้กำลังใจคนไข้เลย นั่นน่ะเขาตัดกันเยอะแยะไป พูดอย่างงี้น่ะค่ะ ตัดไปสองนิ้วจะได้คู่กัน

Q: แล้วคำพูดอย่างไหนถึงเป็นคำพูดที่ให้กำลังใจคนไข้

A: ให้กำลังใจว่าป้าไม่ต้องตัดหรอก เนี่ยะเดี๋ยวก็หายอะไรแบบนั้น คนไข้ก็มีกำลังใจใช่ไหม นี่บอกตัดไปเลยแหมพูดอย่างงี้พูดห้วนๆ ฉันชอบคนพูดเพราะอยู่แล้ว พยาบาลคนไหนมาพูดอ่อนหวานฉันรัก นักเรียนพยาบาลอีกคนก็ดี มาเช็ดตัวให้

Q: นี่คือสิ่งที่ป้าคาดหวังกับพยาบาล

A: ค่ะ ต้องให้กำลังใจค่ะกับคนไข้ ไม่ใช่มาทะเลาะกับคนไข้

Q: เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ขอถามความคิดเห็นของคุณป้าน่ะค่ะว่า คนไข้มีสิทธิที่จะรับรู้หรือตัดสินใจไหมค่ะว่าหมอจะมาทำอะไรกับเรา

A: ฉันมีแต่ถามเขา เขาก็เพียงแต่มาบอกว่าเจาะเลือดเบาหวาน เวลามาฉีดยาบางคนก็บอกว่ายาตัวนี้จะปวดหน่อย ฉันก็บอกค่ะไม่เป็นไรฉันทนได้ มีอยู่คนหนึ่งโอ้โหแย่เหลือเกิน ทำแรงแทบใจขาดเลย แทงแรงฉีดแรงยาพุ่งเต็มหน้าเลย เขาวางสายทิ้งไว้ฉันต้องลุกเอาผ้าเช็ดหน้าเช็ดหน้า สักพักมาถามอะไรก็ไม่พูดไม่พูดสักคำ นี่มีคนนี้คนเดียวหน้างอไม่พูดนอกนั้นดีทุกคน ช่างเขาเถอะหน้าที่เขา หมอจะให้กลับบ้านได้พรุ่งนี้

กรณีศึกษาที่ 4 : ผู้ให้สัมภาษณ์ นาง ร. อายุ 72 ปี โรค AF มาโรงพยาบาลด้วยเป็นลม

Q: คุณป้าทราบหรือไม่ค่ะว่าที่ต้องมานอนโรงพยาบาลครั้งนี้เจ็บป่วยเป็นโรคอะไร

A: เห็นหมอบอกว่าเป็นโรคหัวใจ ถึงทำให้เป็นลม

Q: การเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของป้าหรือไม่

A: ช่วยตัวเองไม่ได้ต้องให้ลูกมาดูแลมันก็ลำบากเหมือนกันน่ะค่ะ เพราะเขาต้องทำมาหากิน เราเป็นแม่เขาก็ไม่อยากให้เขาลำบาก

Q: สิ่งที่กลัวที่สุดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยคืออะไร

A: ก็ไม่กลัวหรอก ความตายก็ไม่กลัว เกิดมามันก็ต้องตายใช่ไหม ปุบปับตายแหละดี จะกลัวว่าจะเป็นอัมพาตอะไรอย่างนี้ก็กลัว โรคที่เป็นนี่คิดมากไม่ได้ เช่านี่ก็ปวดซา หมอบอกว่าเลือดเดินไม่สะดวก เวลาเลือดเดินไม่สะดวกน่องจะชาขึ้นมา นวดๆไปแล้วก็หาย

Q: หมอให้คำแนะนำอะไรบ้างหรือเปล่าเกี่ยวกับการเจ็บป่วยครั้งนี้

A: ก็ไม่ให้ทำงานหนัก และต้องทานยาตลอดชีวิต

Q: แล้วคราวนี้ที่มาโรงพยาบาลไปทำอะไรค่ะถึงได้เป็นลม

A: ก็ไม่ได้ทำอะไร นอนเฉยๆ มันเป็นของมันเอง ทานยาผิดเวลา

Q: ปกติทานยาผิดเวลาบ่อยไหมค่ะ

A: ก็ไม่ค่อยขาดหมอไม่ให้ขาด

Q: คนในครอบครัวรู้สึกยังไงกับการเจ็บป่วยของป้าค่ะ

A: เขาก็ห่วง เข้าโรงพยาบาลครั้งนี้ครั้งแรก

Q: แล้วที่บอกว่าหมอไม่ให้ทำงานหนัก เป็นหมอที่ไหน

A: ที่คลีนิค แล้วเอายามาทานที่บ้าน แต่ตอนนั้นก็ไม่ได้เป็นหนัก หุงข้าวให้ลูกกินได้ ตอนเช้าเขาก็ไปทำงานกันหมด

Q: ป้ามีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่มากน้อยแค่ไหน

A: ไม่รู้ รู้แต่ว่าเขาไม่ให้ทำงานหนัก ไม่ให้เครียด กวาดบ้านนี้มันก็เหนื่อย เหนื่อยก็พัก

Q: ทราบไหมค่ะเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาหาหมอ ต้องรีบแก้ไข

A: อ้อ วันนั้นหรือค่ะเป็นลมเวียนหัวบ้านหมุนหมดเลย เป็นเช้ามืด ก็เรียกลูก มันไม่ค่อยดีอยู่แล้ว เขาก็มาเฝ้ากันอยู่แล้ว

Q: แสดงว่ามีอาการนำมาก่อนหน้านี้อยู่บ้างแล้ว

A: มีอาการมาแล้ว เป็นเดือนแล้ว ดราวนี้มันหนักขึ้นบ้านหมุนหมดเลย แล้วอาเจียน

Q: แต่ก่อนหน้าที่จะมานอนโรงพยาบาล ก็มีอาการแล้ว ได้ไปหาหมอหรือเปล่าค่ะ

A: ก็มาทุกอาทิตย์ 2 – 3 อาทิตย์ติดกันเลย หมอก็ให้ยาไปทาน น้ำหนักก็ลดลงลดลง สงสัยว่าจะเป็นเบาหวานไหมมันก็ไม่มี อาทิตย์หนึ่งจะลดกิโลหนึ่ง แต่ก็ไม่มีไข้ ได้แต่เหนื่อย เพลียไปเฉยๆ

Q: หมอให้คุมอาหารอะไรหรือเปล่าค่ะ

A: ไม่ได้บอก แต่ไม่ให้กินมัน ไม่ให้ทานไข่ ไม่ให้ทานรสจัด ทานจืด เราก็คนท้องนาจืดๆก็กินไม่ลง

Q: แล้วทำได้ไหมค่ะ

A: ก็พอได้

Q: เมื่อรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นป้าจัดการกับความเจ็บป่วยอย่างไร

A: ไม่จัดการอะไรเลย ก็อยู่มันไปอย่างนี้ ไม่รู้จะจัดการอะไร เป็นอะไรก็เป็นไป ถ้าไหวก็ทำไป ถ้าไม่ไหวลูกเขาก็ดูไป กลัวแต่จะเป็นอัมพาต

Q: เห็นคุณป้าพูดถึงกลัวเป็นอัมพาต หมอบอกว่าโรคที่เป็นอยู่จะทำให้เป็นอัมพาตหรือค่ะ

A: เปล่าไม่ได้บอก แต่เคยเห็นคนที่เป็นอัมพาต มันทรมานน่ะ เหมือนตกนรกทั้งเป็น ลำบากลูกหลาน

Q: พอใจกับสภาพร่างกายที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนี้หรือเปล่าค่ะ

A: ก็ต้องพอใจ หมอบอกรักษาไม่หาย โรคนี้รักษาไม่หาย หมอว่าอย่างงี้เป็นไงก็เป็น บอกตายง่ายๆก็ดีหมอ

Q: ป้าเคยรู้สึกท้อแท้ไหมค่ะ

A: ไม่

Q: อะไรคือกำลังใจ

A: อยู่เพื่อลูกเพื่อหลานไป ลูกสาวก็เอาลูกมาทิ้งไว้ให้คนก็ส่งมันเรียนอยู่ ก็ไม่ได้นึกท้ออะไรหรอก แต่บางครั้งก็คิดเหมือนกันน่ะ จะตายก็ไม่ตาย ทำให้ลูกหลานลำลาก

Q: ตอนที่นึกแบบนี้มันมีเหตุการณ์อะไรจึงทำให้นึกแบบนี้ขึ้นมา

A: ก็คิดไปเฉยๆเรื่อยๆไป เมื่อคืนก็ไม่หลับ หมอก็ให้ยาน่ะ มันก็นอนไม่หลับไม่รู้จะบอกยังไงมันคิดของมันเอง

Q: ส่วนมากคิดเกี่ยวกับอะไร

A: ก็คิดเกี่ยวกับลูกหลานอย่างงี้ จะอยู่กันอย่างไร แม่ตายจะมีกินไหม พ่อเขาเสียตั้งแต่ฉันอายุ 40

Q: ป้ามีความคาดหวังกับโรคที่เป็นอยู่อย่างไรบ้างค่ะ

A: ไม่หวังอะไรเลย อีกอย่างอายุมากแล้ว หมอบอกไม่หายก็ไม่หาย

Q: พยาบาลช่วยเหลืออะไรป้าบ้างไหมค่ะระหว่างที่นอนอยู่ที่โรงพยาบาล

A: เขาก็ทำตามหน้าที่ของเขา เช้าขึ้นก็วัดปรอท วัดความดัน วัดชีพจร

Q: เคยให้คำแนะนำหรือสอบถามอาการอะไรบ้างไหม

A: ถามว่าเป็นอะไรมา วันนี้ฉี่กี่หนถ่ายกี่หน นอกนั้นก็ไม่เห็นมีอะไร

Q: แล้วมาครั้งนี้ได้รับการรักษาอย่างไรบ้าง

A: ไม่มีแรง อยากให้น้ำเกลือ แต่หมอบอกให้ไม่ได้ เป็นโรคแบบนี้เดี๋ยวปอดชื้น จริงๆเมื่อก่อนก็ไม่ค่อยเป็นอะไรน่ะยังทำนาได้ พออายุ 65 แหมทำไมมันเหนื่อยนัก หลานสาวก็เป็นพยาบาลหายใจไม่อิ่มก็บอกเขา เขาก็ตรวจฉันเห็นว่าแข็งแรงดีก็ทำมาเรื่อยๆ พอหยุดทำงานก็ไม่ดีเลย เป็นอะไรน้อทำไมถึงได้เหนื่อยนักเลยมาหาหมอ หมอบอกว่าหัวใจเต้นไม่ปกติ ก็ไม่เห็นบอกอะไรอีก ให้ทานยามาปีกว่า แล้วมาไข้ขึ้น หมอให้มาฉายเอ็กซเรย์ดูสิ ปรากฏว่าหัวใจโตอีกหน่อยน่ะป้าไม่เป็นไรน่ะทานยาตัวเดิมนี่แหละปอดก็ดีความดันก็ปกติ

Q: เมื่อรู้ว่าเป็นหัวใจโตรู้สึกอย่างไรบ้างค่ะ

A: ก็ไม่รู้สึกยังไง ก็รู้สึกเหนื่อย ไม่กลัวหรอก เขาเป็นกันเยอะ คงไปทำงานเหนื่อยแล้วก็หอบแล้วก็ตาย ไอ้ลูกฉันตื่นเต้นไปซื้อออกซิเจนไว้ที่บ้าน กลัวแม่มาไม่ทันหมอ คนมีตังค์หน่อยเขาก็ซื้อโน่นซื้อนี่มา ก็ดุเขาว่าจะไปใช้ฟุ่มเฟือยเหลือเกินเงินมันหายาก ต่างคนต่างก็หากินกันไปเลี้ยงลูกมาได้แค่นี้ก็ดีถมไปแล้วเขาก็ว่ากัน ตอนที่ก่อนมาโรงพยาบาลขนาดจะเป็นลมยังไม่เรียกลูกเลย จนมันรู้สึกจะอาเจียนฉันก็เรียกลูก มันคล้ายๆจะน็อคมั้งเป็นไงก็เป็นไป พาไปหาหมอ หมอก็บอกใจดีๆไม่เป็นอะไรหรอก

Q: การเจ็บป่วยทำให้รู้สึกเป็นภาระหรือต้องพึ่งพิงผู้อื่นหรือเปล่า

A: ก็รู้สึกเหมือนกัน ทำให้ลูกเขาลำบาก เขาทำมาหากินแล้วยังต้องมาเฝ้า จะเอาไปไว้ด้วยที่กรุงเทพ หลานอีกคน เราก็ทิ้งบ้านไม่ได้ไม่มีคนดูแล สู้อยู่บ้านเราไม่ได้หรอกมันโล่งดี ไปอยู่นานไม่ได้หรอกที่กรุงเทพ

ଔଔଔଔଔଔଔଔଔ

หน่วยที่ 3 การปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

เวลา 2 สัปดาห์

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม : เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการอบรม

1. สามารถนำขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังได้
2. สามารถประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังได้
3. สามารถวางแผนการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยได้
4. สามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยได้
5. สามารถประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
6. มีความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย

เนื้อหาการฝึกอบรม :

การปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง มีรายละเอียดเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติดังนี้

1. การศึกษาเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. การปฐมนิเทศการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
3. การปฏิบัติพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
4. การรายงานผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในระหว่างการฝึกปฏิบัติ
5. การจัดทำรายงานและการรายงานผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังภายหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ

กิจกรรมและวิธีดำเนินกิจกรรม :

1. ผู้เข้ารับการอบรมศึกษาเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. วิทยากรปฐมนิเทศผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง พร้อมแจกคู่มือการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง แบบบันทึกและแบบประเมินที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติ
3. ผู้เข้ารับการอบรมแต่ละคนปฏิบัติการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในสถานการณ์จริง
4. ผู้เข้ารับการอบรมเข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อยพบวิทยากรเพื่อรายงานผลการปฏิบัติงานและระดมสมองเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ในระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้เข้ารับการอบรมคนอื่น โดยกำหนดให้ทุกคนต้องเข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อยและพบวิทยากรอย่างน้อย 2 ครั้ง ระหว่างการฝึกปฏิบัติ
5. ผู้เข้ารับการอบรมจัดทำรายงานและอภิปรายผลการศึกษากรณีตัวอย่าง เมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ
6. ผู้เข้ารับการอบรมและวิทยากรสรุปการเรียนรู้ และประเมินผลการฝึกปฏิบัติ

สื่อประกอบกิจกรรม :

1. คู่มือการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื่องรัง
2. เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
4. แบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
5. แบบบันทึกการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
6. แบบบันทึกแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
7. แบบรายงานการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
8. แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกปฏิบัติ

การประเมินผล :

1. การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของผู้เข้ารับการอบรมแต่ละคน
2. การประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกปฏิบัติ

เครื่องมือวัดและประเมินผลผู้เข้ารับการอบรม

เครื่องมือวัดและประเมินผลผู้เข้ารับการอบรม ประกอบด้วย

1. แบบประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจและการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล
2. แบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ
3. แบบสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมต่อกิจกรรมการประชุมกลุ่ม
4. แบบประเมินผลงานการประชุมกลุ่ม
5. แบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
6. แบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม
7. แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกปฏิบัติ
8. แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกอบรม

มีรายละเอียดดังนี้

แบบประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรม
ด้านความรู้ ความเข้าใจและการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมประเมินตนเองจากการที่ได้เข้าร่วมรับการฝึกอบรมในระหว่างวันที่ 9 – 11 มกราคม 2545 ด้านความรู้ ความเข้าใจต่อการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม และการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

แบบประเมินนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 การประเมินตนเองด้านความรู้ ความเข้าใจต่อประเด็นความรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมเปรียบเทียบก่อนและหลังการฝึกอบรม

ส่วนที่ 2 การประเมินตนเองด้านการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่อง □ ที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด

ส่วนที่ 1 การประเมินตนเองด้านความรู้ ความเข้าใจต่อประเด็นความรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมเปรียบเทียบก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติ

ประเด็นความรู้	ระดับความรู้ ความเข้าใจ									
	ก่อนอบรม					หลังอบรม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ผลกระทบของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง										
2. พลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง										
3. การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง										
4. การวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง										
5. การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง										
6. การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง										
7. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง										
8. บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง										

ส่วนที่ 2 การประเมินตนเองด้านการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

ประเด็นความรู้	ระดับการนำไปใช้				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ผลกระทบของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง					
2. พลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง					
3. การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง					
4. การวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง					
5. การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง					
6. การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง					
7. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง					
8. บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง					

แบบประเมินผู้เข้ารับการอบรม
เกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสะท้อนความคิดของตนเกี่ยวกับการให้ความหมายของ "พลังอำนาจ" และ "การเสริมสร้างพลังอำนาจ"

ขอให้ท่านเขียนบรรยายตามความคิดและความเข้าใจของท่านในประเด็นดังต่อไปนี้

1. ***"พลังอำนาจ (Power)"*** ตามความเข้าใจของท่านคืออะไร

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. ***"การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)"*** ตามความเข้าใจของท่านคืออะไร

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

แบบสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมต่อกิจกรรมการประชุมกลุ่ม
กิจกรรมเรื่อง .....

คำชี้แจง แบบสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมต่อกิจกรรมกลุ่มจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมในแต่ละกิจกรรมของการฝึกอบรม ขอให้ท่านผู้ทำการประเมินสังเกตพฤติกรรมของผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมดในภาพรวม ตามประเด็นการประเมินตามที่กำหนดในแบบสังเกตนี้ โดยมีเกณฑ์ในการประเมินดังนี้

5 หมายถึง มากกว่าร้อยละ 80 ของผู้เข้ารับการอบรมแสดงพฤติกรรมตามที่กำหนด
4 หมายถึง มากกว่าร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 80 ของผู้เข้ารับการอบรมแสดงพฤติกรรมตามที่กำหนด
3 หมายถึง มากกว่าร้อยละ 40 ถึงร้อยละ 60 ของผู้เข้ารับการอบรมแสดงพฤติกรรมตามที่กำหนด
2 หมายถึง ร้อยละ 20 ถึงร้อยละ 40 ของผู้เข้ารับการอบรมแสดงพฤติกรรมตามที่กำหนด
1 หมายถึง น้อยกว่าร้อยละ 20 ของผู้เข้ารับการอบรมแสดงพฤติกรรมตามที่กำหนด

พฤติกรรม	ระดับการแสดงพฤติกรรมที่กำหนด				
	5	4	3	2	1
1. การเข้าร่วมในกิจกรรมการประชุมกลุ่มตรงตามเวลาที่กำหนด					
2. การเข้าร่วมในกิจกรรมการประชุมกลุ่มตลอดการประชุม					
3. การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นที่กำหนดในกิจกรรมการประชุมกลุ่ม					
4. การซักถามวิทยากรเกี่ยวกับข้อสงสัย					
5. การจัดทำผลงานกลุ่มที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของสมาชิกทุกคนในกลุ่ม					
6. การแสดงความคิดเห็นในระหว่างการอภิปรายผลการประชุมกลุ่ม					
7. การซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างการอภิปรายผลการประชุมกลุ่ม					

ข้อสังเกตอื่น ๆ ที่พบ .....
.....
.....
.....
.....

แบบประเมินผลงานการประชุมกลุ่ม กลุ่มที่ .....

กิจกรรมเรื่อง .....

คำชี้แจง แบบประเมินผลงานการประชุมกลุ่มของผู้เข้ารับการอบรมจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผู้เข้ารับการอบรมถึงความรู้ ความเข้าใจต่อสิ่งที่ได้รับการเรียนรู้ในแต่ละกิจกรรมของการฝึกอบรม ขอให้ท่านผู้ทำการประเมินประเมินผลงานของแต่ละกลุ่มที่ได้เสนอผลงาน ตามประเด็นการประเมินที่กำหนดในแบบประเมินนี้

รายการประเมิน	ผลการประเมิน	
	ใช่	ไม่ใช่
1. รายงานผลการประชุมกลุ่มตรงตามประเด็นที่กำหนดในใบงาน		
2. สามารถให้เหตุผลหรือข้อมูลสนับสนุนต่อสิ่งที่นำเสนอ		
3. ผู้อภิปรายและ/หรือสมาชิกในกลุ่มสามารถนำเสนอความคิดเห็นต่อข้อซักถามได้		

ความคิดเห็นอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

คำชี้แจง แบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมประเมินคุณค่า

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. การเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อการปฏิบัติการพยาบาล

โดยผู้เข้ารับการอบรมเขียนบรรยายความรู้สึกตามความเข้าใจของท่านทั้งทางด้านบวกและลบ

1. ท่านคิดว่าการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเด็นของการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ท่านคิดว่าท่านจะนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลหรือไม่ เพราะเหตุใด

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แบบประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม

คำชี้แจง ขอให้ผู้เข้ารับการอบรมเขียนบรรยายสิ่งที่ท่านได้รับจากการเข้าร่วมรับการฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามความคิดของท่านทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอน

1. อะไรคือสิ่งที่ท่านรู้สึก**ประทับใจ**สำหรับการฝึกอบรมครั้งนี้

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. อะไรคือสิ่งที่ท่านรู้สึก**ไม่ประทับใจ**สำหรับการฝึกอบรมครั้งนี้

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. ขอให้ท่านสรุปสิ่งที่ท่านได้เรียนรู้จากการฝึกอบรมครั้งนี้ ตามความคิดเห็นของท่าน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกปฏิบัติ

คำชี้แจง แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกปฏิบัติ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมด้านของความรู้ ความเข้าใจต่อพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้านเจตคติต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ การช่วยเพิ่มความสามารถและความมั่นใจให้กับผู้เข้ารับการอบรมต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย รวมถึงความคิดเห็นต่อกระบวนการฝึกปฏิบัติ

ความคิดเห็นของท่านมีประโยชน์อย่างมากในการนำไปใช้ในการปรับปรุงกระบวนการฝึกอบรมให้มีประสิทธิภาพต่อไป

โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่อง □ ที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด

รายการ	ระดับความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1. การฝึกปฏิบัติช่วยให้ท่านมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพลังอำนาจในการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากขึ้น						
2. การฝึกปฏิบัติช่วยให้ท่านมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมากขึ้น						
3. การฝึกปฏิบัติช่วยให้ท่านเห็นความสำคัญของพลังอำนาจในการจัดการกับความเจ็บป่วย						
4. การฝึกปฏิบัติช่วยให้ท่านมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย						
5. การฝึกปฏิบัติช่วยให้ท่านเห็นความสำคัญถึงบทบาทของพยาบาลในการช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถจัดการกับความเจ็บป่วย						
6. การประชุมกลุ่มย่อยระหว่างการฝึกปฏิบัติช่วยเพิ่มความสามารถของท่านในการปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย						

รายการ	ระดับความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
7. การติดตามนิเทศของวิทยากรระหว่างการฝึกปฏิบัติช่วยให้ท่านมีความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติ						
8. ระยะเวลาของการฝึกปฏิบัติ (2 สัปดาห์) มีความเหมาะสมที่จะช่วยให้ท่านเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ						
9. คู่มือการฝึกปฏิบัติ แบบประเมินพลังอำนาจและแบบบันทึกที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติเป็นแนวทางสำหรับท่านในการฝึกปฏิบัติได้เป็นอย่างดี						

ข้อวิจารณ์การฝึกปฏิบัติ .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกอบรม

คำชี้แจง แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกอบรมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความคิดเห็นของผู้ผ่านการฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังถึงความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม ฯ

ความคิดเห็นของท่านมีประโยชน์อย่างมากในการนำไปใช้ในการปรับปรุงการฝึกอบรมให้มีประสิทธิภาพต่อไป

โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่อง □ ที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด

รายการ	ระดับความเหมาะสม				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. เนื้อหาวิชาของการฝึกอบรม					
2. การนำเสนอของวิทยากร					
3. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้เข้ารับการอบรม					
4. การทำกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ในแต่ละหน่วยการเรียน					
5. การฝึกภาคปฏิบัติส่งเสริมให้มีการประยุกต์ความรู้ไปใช้ในทางปฏิบัติ					
6. การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรม					
7. กระบวนการจัดการเรียนการสอนและเนื้อหาการฝึกอบรมช่วยให้ผู้เข้ารับการอบรมบรรลุวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม					
8. เอกสารประกอบการฝึกอบรม					
9. สื่อประกอบการฝึกอบรม					
10. ระยะเวลาในการฝึกอบรม					

ข้อวิจารณ์การฝึกอบรม .....

.....

.....

.....

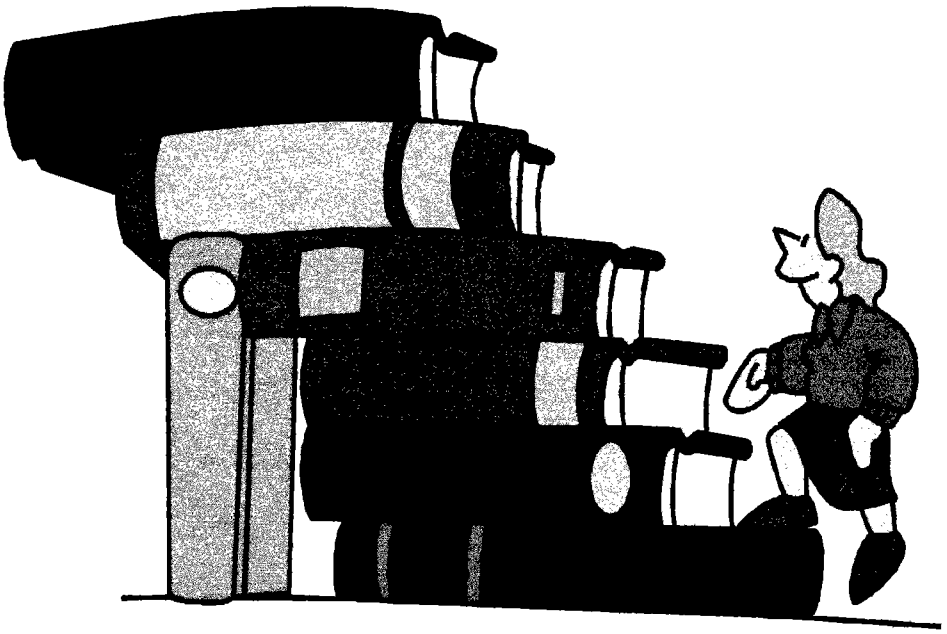
.....

.....

.....

.....

เอกสารประกอบการฝึกอบรม
การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ
ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง



ระหว่างวันที่ 9 – 28 มกราคม 2545

ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลลพบุรี

สนับสนุนการฝึกอบรม โดย

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลลพบุรี

คำนำ

เอกสารประกอบการฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของหลักสูตรฝึกอบรม ซึ่งประกอบด้วย สภาพปัญหาและความจำเป็นของการฝึกอบรม เป้าหมายและจุดมุ่งหมายของหลักสูตร โครงสร้างหลักสูตรและเนื้อหาสาระ วิธีดำเนินการฝึกอบรม การวัดและประเมินผล และข้อควรปฏิบัติระหว่างการฝึกอบรม เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการเตรียมตัวและปฏิบัติตนระหว่างเข้ารับการฝึกอบรมให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของหลักสูตรตามที่กำหนดไว้ รวมถึงเนื้อหาสาระที่ใช้ในการเรียนการสอนในการฝึกอบรม

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เอกสารประกอบการฝึกอบรมนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้เข้ารับการอบรม สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และสามารถนำไปเป็นเอกสารทบทวนความรู้ที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานภายหลังการฝึกอบรม เพื่อประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาลต่อไป

นางสาวดารณี จามจุรี

มกราคม 2545

การฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

สภาพปัญหาและความจำเป็นในการฝึกอบรม

ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพของประชาชนในประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงรูปแบบไปตามสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดในด้านสุขภาพอนามัย คือ การเสียชีวิตอันเนื่องมาจากโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มสูงขึ้น เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน เป็นต้น จากรายงานจำนวนและอัตราตายต่อประชากร 100,000 คน ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2539 – 2543 พบว่า โรคมะเร็ง โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับต้น ๆ ของประชาชนไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเมื่อพิจารณาอัตราการป่วยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2542 กลุ่มโรคหัวใจมีอัตราการป่วยสูงสุดของการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีอัตราการป่วย 230.81 รองลงมาคือโรคเบาหวาน 218.88 และโรคความดันโลหิตสูง 216.60 (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2544) ความสำคัญของการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่เพียงแต่เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่จำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต รวมถึงการควบคุมโรคและการรักษาพยาบาลตามอาการเพื่อลดความรุนแรงของอาการและอาการแสดง ยับยั้งความก้าวหน้าของโรค ลดภาวะแทรกซ้อนของโรคและอัตราการตายในผู้ป่วย นอกจากนั้นโรคเรื้อรังยังมีผลต่อภาระการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงและยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านกาย จิต อารมณ์และสังคม รวมถึงผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยอีกด้วย การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มุ่งเฉพาะโรคและการรักษาแต่เพียงอย่างเดียวคงไม่เพียงพอ แต่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะต้องได้รับการช่วยเหลือให้เพิ่มขีดความสามารถในการปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสมและรับผิดชอบในการดูแลตนเอง (Self – care) (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537 : 19 ; อ้างอิงจาก Cluff. 1981. *Chronic disease, function and the quality of care.*)

ในทางการพยาบาล ได้มีความพยายามที่จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสามารถที่จะดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อให้บรรลุความมีสุขภาพดีถึงแม้จะมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ด้วยการพัฒนายุทธวิธีที่หลากหลาย ซึ่งแต่ละวิธีมีวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ ข้อจำกัดที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่ การให้ข้อมูล การให้คำปรึกษา การส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง การส่งเสริมกลุ่มสนับสนุนกันเอง การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าประสิทธิผลของการให้ความรู้และข้อมูลในรูปแบบต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวสูงขึ้น การวิจัยส่วนใหญ่จะวัดเรื่องความรู้เป็นหลัก แสดงให้เห็นว่าความรู้เป็นสิ่งที่จำเป็น แต่ไม่เพียงพอในการส่งเสริมการดูแลตนเองได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ และส่วนหนึ่งน่าจะเป็นจากศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละรายที่มีไม่เท่าเทียมกันในการที่จะนำความรู้ที่ได้ไปคิดพิจารณาและตัดสินใจกระทำการดูแลตนเองอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง (รัตนชฎาวรรณ มั่นกันนาน. 2542 : 38) การให้ความรู้ด้วยการสอนโดยถือว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพไม่ว่าจะเป็นพยาบาลหรือแพทย์เป็นผู้มีอำนาจเปรียบประดุจบิดามารดา หรือครูของผู้ป่วยเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง เพราะเป็นการสร้างสัมพันธภาพในรูปแบบที่ผู้ป่วยต้องพึ่งพาเจ้าหน้าที่สุขภาพ ผู้ป่วยอาจรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของตนเอง นอกจากนั้นการที่ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นเพียงผู้รับคำแนะนำและปฏิบัติตามอยู่ ไม่ได้มีส่วนในการควบคุมตนเอง ทำให้บางครั้งปัญหาจะเกิดขึ้นถ้าทัศนคติและความเชื่อของผู้ป่วยต่างจากเจ้าหน้าที่สุขภาพที่อาจไม่มีความเข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับวิถีชีวิต บริบททางสังคมวัฒนธรรมและความเป็นอยู่ของผู้ป่วย เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจในการรักษา รู้สึกว่าเป็นความทุกข์ทรมาน อันเกิดจากความไม่สอดคล้องกับชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ใช้เวลาของเขาในแต่ละวันอย่างมาก

ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ทำให้เขาอ่อนเพลียหมดแรง เสียเงินจำนวนมากหรือต้องยุ่งยากในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ จึงเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะกระทำตามความคาดหวังดังกล่าว (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537 : 52 ; อ้างอิงจาก Strauss. 1975. *Chronic illness and the quality of life.*) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสมีส่วนร่วมในการกำหนดและตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษานั้นอย่างไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ทำให้ผลการรักษาไม่ดี

การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือโดยเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยร่วมกับการใช้แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศ มีเป้าหมายที่ต้องการให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการควบคุมโรคและสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยต้องเป็นผู้นำแผนการรักษาไปปฏิบัติและปรับใช้ด้วยวิธีการที่เหมาะสมตามสถานการณ์และสภาพชีวิตประจำวันด้วยตนเอง (Anderson.1995 : 412; Feste. 1992 : 922 – 923) ผลการวิจัยในรูปแบบการช่วยเหลือดังกล่าวพบว่าช่วยพัฒนาความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมทั้งช่วยควบคุมโรคได้ดีขึ้น (Anderson. et al. 1995 : 943)

การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยคำจำกัดความจะหมายถึง "กระบวนการเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้บุคคลมีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเองในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพ ด้วยการช่วยให้บุคคลตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในตน การได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมแบบเท่าเทียมกันในการค้นหาปัญหา พัฒนาการดูแลสุขภาพของตน รวมถึงการดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนภายใต้การสนับสนุนข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ การสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือบุคคล รวมถึงการให้ข้อมูลและ/หรือส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนให้กับผู้ป่วยซึ่งจะเอื้ออำนวยและสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อให้บุคคลสามารถสร้างทางเลือกสำหรับดูแลสุขภาพของตนเองและมีความมุ่งมั่นทุ่มเทที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวทางที่ตนเองได้กำหนดขึ้น" (Rappaport. 1985; Zimmerman. 1990, 1995; Keiffer. 1984; Conger and Kanungo. 1988; Jones and Meleis. 1993; Miller. 1992; Dunst, Trivette and Deal. 1994; Katz. 1984; Gibson. 1995) ปรัชญาของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยอยู่บนหลักการ 2 ประการ **ประการแรก** แนวคิดนี้เชื่อว่าบุคคลมีหน้าที่สำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและสุขภาพของตนเอง **ประการที่สอง** ปรัชญาการเสริมสร้างพลังอำนาจ เชื่อว่าบุคคลเป็นผู้มีประสบการณ์อย่างต่อเนื่องยาวนานทั้งความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและการรักษาความเจ็บป่วยของตน ดังนั้นจึงมีสิทธิอันชอบธรรมที่จะเป็นบุคคลแรกที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลของตน ถึงแม้ว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพจะเข้ามามีบทบาทในกระบวนการตัดสินใจนี้ด้วยก็ตาม แต่การประเมินว่าอะไรคือสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับบุคคลหรือผู้ป่วยก็เป็นสิทธิอันชอบธรรมและหน้าที่ของบุคคลนั้นเอง (Feste. 1992 : 922 – 925; Gibson. 1991 : 354 – 361)

การปฏิบัติที่คำนึงถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นฐาน (Empowerment – base practice) เน้นการรับรู้ถึงความสำเร็จที่มีต่อสิ่งแวดล้อม การพิจารณาตนเองและการตระหนักถึงแรงขับดันทางสังคมที่ส่งผลทางด้านลบต่อชีวิตของบุคคล (Suk Bling. 1998 : 53 ; citing Parsons. 1991. *Empowerment: Purpose and practice principle in social work.*) โดยมีเป้าหมาย คือ การช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตนสามารถควบคุมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตนเองได้และยอมรับต่ออุปสรรคจากภายนอกไม่ว่าจะเป็นการ

แบ่งแยก (Discrimination) ความลำเอียง อคติ (Prejudice) และการแสวงหาผลประโยชน์ส่วนตัว (Exploitation) ที่สร้างปัญหาต่อชีวิตของตน ด้วยสัมพันธภาพแห่งการช่วยเหลือ การเสริมสร้างพลังอำนาจจะลดอำนาจและการควบคุมของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่มีต่อผู้ป่วย ด้วยการเน้นที่จุดแข็งของผู้ป่วยมากกว่าโรคและความเจ็บป่วย (Suk Bling. 1998 : 53 – 54 ; citing Gutierrez and Ortega. 1990. *Developing methods to empower Latinos: the importance of groups.*) เมื่อแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ประยุกต์ใช้กับการเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้มีการวิจัยที่ยืนยันว่า ความรู้สึกถึงการควบคุมตนสามารถพัฒนาการปรับตัวให้เข้ากับความเจ็บป่วยทางกาย (Suk Bling. 1998 : 55) การที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมชะตาชีวิตของตนเองไม่เพียงส่งผลต่อสภาวะสุขภาพดี แต่ยังส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจและกระบวนการรักษาพยาบาล (Brighton. 1994 : 12 ; citing Neufeld, Degner and Dick. 1993. *A nursing intervention strategy to foster patient involvement in treatment decision.*) การศึกษาของ นาช (Nash) แสดงให้เห็นถึงผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าผู้ป่วยจะมีความสามารถในการดูแลตนเอง รู้ว่าเมื่อไหร่และบริการทางการแพทย์อะไรที่จะต้องแสวงหา รวมถึงการมีความคิดทางด้านบวกและเอกลักษณ์ของตนเอง(Suk Bling. 1998 : 55 ; citing Nash 1990. *Self-help groups: An empowerment vehicle for sickle cell disease patients and their families.*)

การบริการพยาบาลที่ใช้แนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ อยู่บนหลักการของการยึดบุคคลหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การให้ความเคารพต่อความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และช่วยในการตัดสินใจในวิถีทางที่มีความหมายต่อตัวผู้ป่วยเอง นั่นคือการที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการกระตุ้นให้แสดงออกถึงความเป็นตัวของตัวเองด้วยการเสนอข้อมูลและความร่วมมือในการกระทำตามที่ตนตัดสินใจ (Berger, Anderson – Harper and Kavookjian. 2000 : 10 – 11)

หัวใจของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย คือ การปรับเปลี่ยนทัศนะของพยาบาลจากการเป็นผู้กระทำ (Doers) และผู้ควบคุมความรู้และข้อมูลไปสู่การเป็นผู้เอื้ออำนวย (Facilitators) และรับฟังผู้ป่วยอย่างแท้จริงว่าผู้ป่วยต้องการอะไร ไม่ใช่เกิดจากพยาบาลคิดเอาเองว่าผู้ป่วยต้องการอะไร (Kiser, Boario and Hilton. 1995 : 362) การยอมรับในคุณค่าของผู้ป่วยในฐานะปัจเจกบุคคลที่มีความแตกต่างกันในเรื่องของความเชื่อและประสบการณ์ที่มีต่อโรคและความเจ็บป่วย รวมถึงการยอมรับสิทธิของผู้ป่วยที่จะควบคุมชะตาชีวิตของตนเอง ดังนั้นการพัฒนาทักษะของวิชาชีพที่สำคัญให้กับพยาบาล จึงเป็นสิ่งที่สำคัญในการดำเนินงานตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป้าหมายของการฝึกอบรมพยาบาลในครั้งนี้ก็คือ การเอื้ออำนวยและส่งเสริมให้พยาบาลมีสมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่ประกอบด้วยความรู้ และความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลที่คำนึงถึงการให้คุณค่าแก่ผู้ป่วยในฐานะบุคคล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การส่งเสริมและเอื้ออำนวยพลังอำนาจในผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมภายใต้บรรยากาศแห่งการเรียนรู้ที่จะส่งเสริมให้พยาบาลได้มีประสบการณ์ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย โดยเชื่อว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพตนเอง ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในตน และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเอง อันจะนำไปสู่การพัฒนาความมีสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วยที่ยั่งยืนถึงแม้ว่าจะมีข้อจำกัดในเรื่องของความเจ็บป่วย

กลุ่มเป้าหมาย : พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 20 คน

ระยะเวลาในการฝึกอบรม : 3 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 9 – 28 มกราคม 2545

เป้าหมายของหลักสูตร

เพื่อให้พยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรมีสมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

จุดมุ่งหมายของหลักสูตร เพื่อให้พยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตร

1. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพลังอำนาจในการจัดการกับความเจ็บป่วยเรื้อรัง
2. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
3. สามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วย
4. มีเจตคติทางบวกต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

โครงสร้างหลักสูตรและเนื้อหาการฝึกอบรม

โครงสร้างของหลักสูตรฝึกอบรม แบ่งเป็น 3 หน่วย คือ

หน่วยที่ 1 การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

หน่วยที่ 2 การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

หน่วยที่ 3 การปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

วิธีการฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ใช้เทคนิคการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยผู้เข้ารับการอบรมจะมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เน้นไปที่การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์และการใช้กระบวนการกลุ่ม ด้วยการใช้การอภิปรายกลุ่ม กรณีตัวอย่างและการระดมสมองเพื่อการเรียนรู้ร่วมกับสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม พัฒนาความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และความเชื่อมั่นในตัวผู้เข้ารับการอบรมในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กระบวนการฝึกอบรมแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การประชุมเชิงปฏิบัติการ ใช้เวลา 3 วัน และการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง ใช้เวลา 2 สัปดาห์

หน่วยที่ 1 การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วย

เนื้อหาการฝึกอบรม :

1. การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง
2. กรณีศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย

กิจกรรมและวิธีดำเนินกิจกรรม :

1. วิทยากรบรรยาย : การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง
2. วิทยากรนำเสนอกรณีศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย
3. วิทยากรและผู้เข้ารับการอบรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

หน่วยที่ 2 การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เนื้อหาการฝึกอบรม :

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
3. การศึกษาขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
4. แนวทางการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
5. การศึกษากรณีตัวอย่างเพื่อวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กิจกรรมและวิธีดำเนินกิจกรรม :

1. วิทยากรบรรยาย : การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. วิทยากรบรรยาย : การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
3. ผู้เข้ารับการอบรมประชุมกลุ่มทำกิจกรรมที่ 1 การศึกษาขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และอภิปรายผลการศึกษา
4. วิทยากรบรรยาย : แนวทางการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
5. ผู้เข้ารับการอบรมประชุมกลุ่มทำกิจกรรมที่ 2 การศึกษากรณีตัวอย่างเพื่อวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และอภิปรายผลการศึกษา

หน่วยที่ 3 การปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เนื้อหาการฝึกอบรม

การปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง มีรายละเอียดเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติดังนี้

1. การศึกษาเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. การปฐมนิเทศการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
3. การปฏิบัติพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
4. การรายงานผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในระหว่างการฝึกปฏิบัติ
5. การจัดทำรายงานและการรายงานผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังภายหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ

กิจกรรมและวิธีดำเนินกิจกรรม :

1. ผู้เข้ารับการอบรมแต่ละคนศึกษาเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยวิทยากรทำหน้าที่อธิบายเกณฑ์การประเมินในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. วิทยากรปฐมนิเทศผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง พร้อมแจกคู่มือการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรค

เรื้อรัง สำหรับให้ผู้เข้ารับการอบรมใช้เป็นแนวทางในการฝึกปฏิบัติ แบบบันทึกและแบบประเมินที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติสำหรับผู้เข้ารับการอบรมใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ศึกษา

3. ผู้เข้ารับการอบรมแต่ละคนปฏิบัติการพยาบาลเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในสถานการณ์จริง โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติงานดังนี้

3.1 ผู้เข้ารับการอบรมแต่ละคนคัดเลือกผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังคนละ 4 ราย เพื่อทำการศึกษา

3.2 ผู้เข้ารับการอบรมปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพกับผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือก

3.3 ผู้เข้ารับการอบรมเข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อยพบวิทยากรเพื่อรายงานผลการปฏิบัติงานและระดมสมองเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้เข้ารับการอบรมคนอื่น โดยทุกคนต้องเข้าร่วมประชุมและพบวิทยากรอย่างน้อย 2 ครั้งระหว่างการฝึกปฏิบัติ

4. ผู้เข้ารับการอบรมจัดทำรายงานและอภิปรายผลการศึกษากรณีตัวอย่าง เมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ

5. ผู้เข้ารับการอบรมและวิทยากรสรุปการเรียนรู้ และประเมินผลการฝึกปฏิบัติ

วิธีดำเนินการฝึกอบรม

ก่อนเริ่มต้นกระบวนการฝึกอบรม วิทยากรจะนำเสนอวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม รูปแบบของการฝึกอบรม และขั้นตอนกระบวนการฝึกอบรมในภาพรวมให้กับผู้เข้ารับการอบรมทราบ

กระบวนการฝึกอบรมมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. การประชุมเชิงปฏิบัติการ

1.1 ก่อนเริ่มการประชุมเชิงปฏิบัติการ วิทยากรทำการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้วยการให้ผู้เข้ารับการอบรมประเมินตนเองด้านความรู้ ความเข้าใจต่อสาระสำคัญของพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และอธิบายความหมายและความสำคัญของพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจตามความรู้ ความเข้าใจของผู้เข้ารับการอบรม

1.2 ดำเนินการตามแผนการฝึกอบรมในส่วนของการประชุมเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 2 หน่วยการเรียน ได้แก่ หน่วยที่ 1 การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วย และหน่วยที่ 2 การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

1.3 การฝึกอบรมในแต่ละหน่วยการเรียน ใช้กิจกรรมการบรรยายโดยวิทยากรและกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรม ด้วยการให้ผู้เข้ารับการอบรมได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อการเรียนรู้ร่วมกับสมาชิกคนอื่นในกลุ่ม โดยเน้นกระบวนการกลุ่ม กรณีตัวอย่าง การระดมสมอง และการอภิปรายกลุ่ม รวมถึงการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์และข้อคิดเห็นต่าง ๆ ระหว่างผู้เข้ารับการอบรมด้วยกันและวิทยากร อันจะทำให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ค้นพบและเรียนรู้ด้วยตนเอง ขั้นตอนในการทำกิจกรรมมีดังนี้

1.3.1 ขั้นนำ เป็นขั้นที่นำเข้าสู่กิจกรรมที่ผู้เข้ารับการอบรมจะต้องทำร่วมกัน

1.3.2 ขั้นกิจกรรม เป็นขั้นที่ผู้เข้ารับการอบรมต้องลงมือกระทำสิ่งต่าง ๆ ตามที่ได้กำหนดไว้ในใบงาน

1.3.3 ขั้นอภิปราย เป็นขั้นที่ผู้เข้ารับการอบรมนำข้อค้นพบระหว่างการทำกิจกรรมมาปรึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในระหว่างชั้นเรียน

1.3.4 ขั้นสรุป เป็นการสรุปความคิดเห็นต่าง ๆ ที่ได้จากการทำกิจกรรมและการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้เข้ารับการอบรมกับวิทยากร สำหรับนำไปใช้ในขั้นตอนการเรียนรู้ต่อไปหรือสำหรับนำไปใช้ประโยชน์ต่อวิชาชีพ

1.4 ในระหว่างกิจกรรมการประชุมกลุ่มย่อยแต่ละครั้ง จะทำการประเมินพฤติกรรมการมีส่วนร่วมและการประเมินผลงานการประชุมกลุ่มของผู้เข้ารับการอบรมด้วยผู้ประเมินจากภายนอก

1.5 เมื่อสิ้นสุดการประชุมเชิงปฏิบัติการ ทำการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้วยการให้ผู้เข้ารับการอบรมประเมินตนเองด้านความรู้ ความเข้าใจและการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

2. การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง

2.1 ก่อนฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง วิทยากรดำเนินการปฐมนิเทศผู้เข้ารับการอบรมทุกคนเกี่ยวกับการฝึกปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง พร้อมแจกคู่มือการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง แบบบันทึกและแบบประเมินที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติสำหรับผู้เข้ารับการอบรม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการฝึกปฏิบัติ และเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ศึกษา

2.2 ดำเนินการตามแผนการฝึกอบรมในหน่วยการเรียนที่ 3 การปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

2.3 กระบวนการปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง กิจกรรมที่ใช้ คือ การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริงและการประชุมกลุ่มย่อยที่เน้นกระบวนการกลุ่มและการระดมสมอง เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ในระหว่างการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้เข้ารับการอบรมคนอื่น โดยกำหนดให้ทุกคนต้องเข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อยและพบวิทยากรอย่างน้อย 2 ครั้ง

2.4 ระหว่างการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้เข้ารับการอบรม วิทยากรมีบทบาทในการติดตามนิเทศผู้เข้ารับการอบรมด้วยการพบผู้เข้ารับการอบรมในระหว่างการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ข้อมูล และร่วมกับผู้เข้ารับการอบรมในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการฝึกปฏิบัติ

2.5 ผู้เข้ารับการอบรมจัดทำรายงานผู้ป่วยที่ศึกษาและอภิปรายผลการศึกษาเมื่อสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ

2.6 ภายหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติ วิทยากรทำการประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้วยการให้ผู้เข้ารับการอบรมแสดงความคิดเห็นต่อการฝึกปฏิบัติ

3. วิทยากรทำการประเมินผู้เข้ารับการอบรมภายหลังสิ้นสุดการประชุมเชิงปฏิบัติการและฝึกปฏิบัติ ประกอบด้วย

3.1 การประเมินการอธิบายความหมายและความสำคัญของพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจตามความรู้ ความเข้าใจของผู้เข้ารับการอบรม

3.2 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม

3.3 การประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกปฏิบัติด้านความรู้ เจตคติและทักษะ

3.4 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

3.5 การประเมินความเหมาะสมของกระบวนการฝึกปฏิบัติและหลักสูตรฝึกอบรม

การวัดและประเมินผลการฝึกอบรม

กระบวนการวัดและประเมินผลการฝึกอบรมตามหลักสูตรนี้ ประกอบด้วยการประเมินผลสัมฤทธิ์หลักสูตรฝึกอบรม และประเมินความเหมาะสมของหลักสูตรฝึกอบรม

1. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของหลักสูตรฝึกอบรม ทำการประเมินผลที่เกิดขึ้นในตัวผู้เข้ารับการอบรม โดยทำการประเมินใน 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ ด้านสามารถ และด้านเจตคติ ประกอบด้วย

1.1 การประเมินตนเองของผู้เข้ารับการอบรมด้านความรู้ ความเข้าใจและการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1.2 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับพลังอำนาจและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.3 การสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้เข้ารับการอบรมต่อกิจกรรมการประชุมกลุ่ม

1.4 การประเมินผลงานการประชุมกลุ่ม

1.5 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของผู้เข้ารับการอบรมแต่ละคน

1.6 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านคุณค่าของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

1.7 การประเมินผู้เข้ารับการอบรมด้านการเรียนรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรม

2. การประเมินความเหมาะสมของกระบวนการฝึกปฏิบัติและหลักสูตรฝึกอบรม ประกอบด้วย

2.1 การประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกปฏิบัติ

2.2 การประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการฝึกอบรม

ข้อควรปฏิบัติระหว่างการฝึกอบรม

เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ประโยชน์จากการฝึกอบรมตามหลักสูตรให้มากที่สุด ผู้เข้ารับการอบรมจึงควรปฏิบัติตนดังนี้

1. เข้าร่วมการฝึกอบรมตลอดโครงการ โดยไม่ขาดหายในช่วงใดช่วงหนึ่ง
2. ให้ความร่วมมือปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้อย่างตั้งใจ
3. สังเกตและจดจำสิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างทำกิจกรรมให้มากที่สุด
4. ร่วมอภิปรายแสดงความคิดเห็นกับกลุ่มอย่างเต็มความสามารถ
5. พยายามจดจำข้อสรุปที่ได้จากกิจกรรม และพิจารณาหาแนวทางที่จะนำความรู้ไปใช้ในการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังให้มากที่สุด
6. ร่วมการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังตลอดระยะเวลาของการฝึกปฏิบัติ และพยายามศึกษาผู้ป่วยตามจำนวนที่กำหนดในเกณฑ์การฝึกปฏิบัติ
7. เข้าร่วมการประชุมกลุ่มย่อยระหว่างการฝึกปฏิบัติตามที่กำหนดคนละ 2 ครั้งเป็นอย่างน้อย และร่วมอภิปรายแสดงความคิดเห็นกับกลุ่มอย่างเต็มความสามารถ
8. พยายามจดจำข้อสรุปที่ได้จากการฝึกปฏิบัติ และพิจารณาหาแนวทางที่จะนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังให้มากที่สุด

เนื้อหาสาระ
หน่วยที่ 1 การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

โรคเรื้อรัง : ความสำคัญและผลกระทบของการเจ็บป่วย

การเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic Illness) ตามความหมายที่กำหนดโดยคณะกรรมการเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง (Commission of Chronic Disease) ในปี ค.ศ. 1949 หมายถึงพยาธิสภาพหรือโรคที่มีลักษณะดังต่อไปนี้ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ.2537 : 18 – 19 อ้างอิงจาก Commission of Chronic Disease. 1949.)

1. พยาธิสภาพเกิดขึ้นอย่างถาวร
2. ก่อให้เกิดความพิการหรือข้อจำกัดของอวัยวะนั้น
3. ไม่สามารถแก้ไขหรือรักษาให้หายหรือกลับคืนสู่สภาพเดิมได้
4. ต้องการการฝึกฝนเกี่ยวกับสมรรถนะของร่างกายอย่างต่อเนื่อง เช่น กายภาพบำบัด และโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ
5. ต้องการการดูแลใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล เพื่อติดตามประเมินอาการเป็นระยะไปตลอดชีวิต

จากคำจำกัดความดังกล่าวยังมีความหมายที่คับแคบที่ยังมุ่งไปเฉพาะโรคและการรักษายังไม่ครอบคลุมถึงพฤติกรรมของบุคคล (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537 : 19 อ้างอิงจาก Lubkin. 1986. *Chronic illness: Impact and intervention.*) ซึ่งต่อมาได้มีการขยายความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังที่กว้างขึ้น ลัฟคิน (Lubkin. 1998 : 6) ได้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยเรื้อรังว่า คือ ภาวะที่ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ มีการสะสมหรือแฝงอยู่ในร่างกายหรือทำให้ร่างกายอ่อนแอลงหรือมีความเสื่อมของร่างกาย ซึ่งต้องการการรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงการดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่และการป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น

มิลเลอร์ (Miller. 1992 : 4) ได้กล่าวถึงการเจ็บป่วยเรื้อรังว่า ถึงแม้การเจ็บป่วยเรื้อรังในแต่ละโรคมีผลต่อผู้ป่วยต่างกัน แต่สิ่งที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวเหมือนกัน คือ (1) ความอ่อนแอในหน้าที่ทั้งทางกาย จิต รวมถึงจิตวิญญาณ และ (2) ผลกระทบอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

นอกจากนั้นความเจ็บป่วยเรื้อรังยังก่อให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 7 ประการ ได้แก่ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537 : 124 - 125 อ้างอิงจาก Strauss and Glaser. 1975. *Chronic illness and the quality of life.*)

1. การป้องกันภาวะวิกฤตที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค และการจัดการกับภาวะวิกฤต
2. การควบคุมอาการและอาการแสดงของโรค
3. การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์และจัดการปัญหาความยุ่งยากที่เกิดจากการรักษา
4. การป้องกันการแยกตัวจากสังคม หรือการอยู่ตามลำพังคนเดียว

5. การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค ไม่ว่าจะเป็นความเสื่อมหรือระยะสงบของโรค
6. รักษาความเป็นปกติทั้งด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและวิถีชีวิตของตนเอง
7. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลหรือการดำรงชีพ ไม่ว่าจะเกิดจากการตกงานหรือการที่ต้องเปลี่ยนแปลงการประกอบอาชีพ

การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสภาวะการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงที่มีลำดับขั้นตอนและมีความสลับซับซ้อน ซึ่งมีผลกระทบต่อกระบวนการพัฒนาการของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง ความสำคัญจึงอยู่ที่ผู้ป่วยจะต้องมีความรับผิดชอบต่อตนเองในการรักษาและดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง หน้าที่ความรับผิดชอบต่อตนเพื่อควบคุมโรคจึงเป็นเรื่องที่ดูเหมือนก่อให้เกิดความยากลำบากต่อผู้ป่วยโดยเฉพาะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน เพราะโรคเรื้อรังส่วนมากมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่วนบุคคล จนทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางคนเกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง

ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่อผู้ป่วยแบ่งออกได้เป็น ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และผลกระทบที่ก่อให้เกิดความเครียด

ผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อคุณภาพชีวิต เป้าหมายของคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังคือ ความสามารถในการดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นอิสระมากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ เป็นความหมายที่ใช้ในระยะฟื้นฟูสภาพ ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยมีสมรรถนะในการเข้าสังคม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเองตามความต้องการพื้นฐาน (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537 : 47) ลัฟคิน (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537 : 51 – 55 อ้างอิงจาก Lubkin. 1986. *Chronic illness: Impact and intervention.*) ได้กล่าวถึงประเด็นปัญหาของการเจ็บป่วยเรื้อรังต่อ คุณภาพชีวิตหลายประการดังนี้

1. ประเด็นปัญหาเกี่ยวกับผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ
2. ประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการสูญเสียความรู้สึกในการควบคุม
3. ประเด็นปัญหาเกี่ยวกับจริยธรรม

ผลกระทบที่ก่อให้เกิดความเครียด ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิตและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่กระทบต่อการดำรงชีวิตของบุคคล ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะมีผลทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป หรือมีผลให้ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง เหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับความเครียดเหล่านี้ได้ จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วย ไฮโมวิชท์และฮาโกเปี่ยน (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537 : 54 อ้างอิงจาก Hymovich and Hagopian. 1992) จำแนกสิ่งกระตุ้นความเครียดสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ (1) สิ่งกระตุ้นความเครียดด้านพยาธิสภาพและการจัดการ (2) สิ่งกระตุ้นความเครียดด้านแหล่งประโยชน์ (3) สิ่งกระตุ้นความเครียดด้านสัมพันธภาพ และ (4) สิ่งกระตุ้นความเครียดด้านการปรับวิถีชีวิต นอกจากนั้นผู้ป่วยเรื้อรังมักจะประสบกับความขัดแย้งระหว่างการพึ่งพาตนเองกับพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งความขัดแย้งอันนี้มีสาระสำคัญที่ว่าผู้ป่วยต้องการค้นหาว่าการพึ่งพาผู้อื่นที่เหมาะสมและยอมรับได้นั้นคืออย่างไร ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการเพียงพอและไม่รู้สึกสูญเสียการยอมรับนับถือและความเชื่อถือไว้วางใจจากครอบครัว เพื่อนสนิท และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ

นอกจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะต้องเผชิญกับผลกระทบที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ของการเจ็บป่วยที่มีต่อทั้งคุณภาพชีวิตและความเครียดแล้ว ผู้ป่วยเรื้อรังยังต้องเผชิญกับภาระในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Coping Tasks) อีกหลายประการ ซึ่งมิลเลอร์ (Miller. 1992) ได้ให้ความหมายว่าเป็นความยุ่งยาก ปัญหาและการ

เปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเรื้อรังต้องเผชิญและจัดการกับสิ่งเหล่านั้นตลอดเวลา เพื่อรักษาและฟื้นฟูสมดุลของร่างกาย จิตใจของบุคคล คงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ทางบวกและสามารถดำเนินชีวิตครอบครัวและสังคมตามปกติได้อย่างเหมาะสม มิลเลอร์ได้จำแนกภาระในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง (Coping Tasks) ออกเป็น 13 ด้าน ประกอบด้วย (Miller. 1992 : 27 – 33)

1. ความพยายามในการควบคุมความเป็นอยู่ที่ปกติของตน
2. การปรับเปลี่ยนกิจวัตรและครรลองชีวิต
3. การแสวงหาความรู้และทักษะเพื่อการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
4. การดำรงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ทางบวก
5. การปรับเปลี่ยนเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับผู้อื่น
6. ความเศร้าโศกจากการสูญเสียอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย
7. การจัดการกับการเปลี่ยนแปลงของบทบาท
8. การต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา
9. การเผชิญกับความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้
10. การเผชิญกับ "การตีตรา" ทางสังคม
11. ความพยายามในการจัดการกับความไม่สุขสบายทางร่างกาย
12. การคงไว้ซึ่งความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ของตน
13. การคงไว้ซึ่งความหวัง

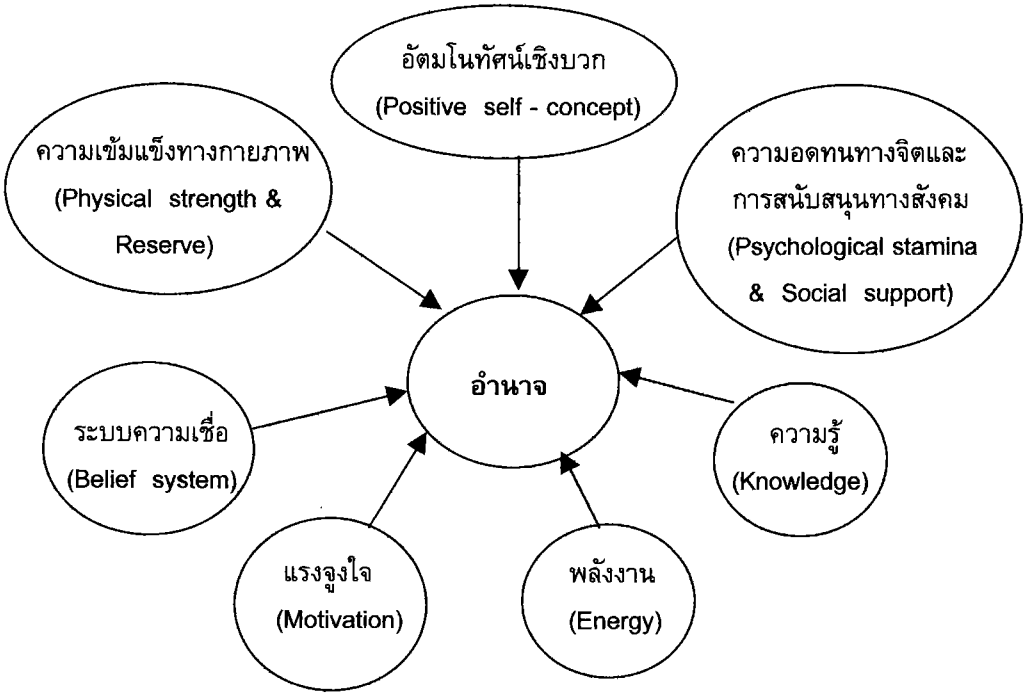
พฤติกรรมที่ผู้ป่วยและครอบครัวจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรังมีอิทธิพลต่อระดับของการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยและการมีสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วย ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องพัฒนาทักษะไม่เพียงแต่จัดการกับความต้องการของร่างกายและการปรับเปลี่ยนครรลองชีวิตเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการจัดการกับสภาวะทางจิตสังคมที่เกิดจากผลกระทบของความเจ็บป่วย ความเครียดอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยในบางสถานะการณ์มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและไม่แน่นอน ความจริงที่ว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่สามารถทำให้กลับไปดีได้ดังเดิม แต่ความรู้เกี่ยวกับกลวิธีในการจัดการกับความเจ็บป่วยสามารถทำให้ปัญหาทางจิตอันเป็นผลกระทบเนื่องมาจากการเจ็บป่วยลดน้อยลงได้ (Miller. 1992 :19 ; citing Auerbanch. 1989. *Stress management and coping research in the health care setting : Anoverview and methodological commentary.*; Johnson, Lauver and Nail. 1989. *Process of coping with radiation therapy.*) นอกจากนั้นยังส่งผลในทางด้านบวกต่อการรักษาพยาบาลและการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้วย

พลังอำนาจกับการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ความหมายของพลังอำนาจ (Power) ในบริบทของสุขภาพนั้น พลังอำนาจ (Power) คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคนและเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน (Miller. 1992 : 3) และยังรวมถึงศักยภาพหรือความสามารถที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ (Hawks. 1991.)

ความสำเร็จในการจัดการกับการเจ็บป่วยสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ส่งผลต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้แก่ ผลกระทบอันเนื่องมากจากความเจ็บป่วยและความยุ่งยากที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากภาระการจัดการกับการเจ็บป่วย

มิลเลอร์ (Miller. 1992) ได้กล่าวถึงพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังว่าแหล่งของพลังอำนาจมีอยู่ด้วยกัน 7 แหล่ง ดังแสดงในภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย

ที่มา : Miller, J.F. (1992). *Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness.* 2 nd ed. Philadelphia : F.A. Davis. : p. 8.

แหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยตามแนวคิดของมิลเลอร์ประกอบด้วย (Miller. 1992 : 9 – 14)

1. ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength)

ความเข้มแข็งทางกายภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มตามศักยภาพทางกายและเต็มตามพลังสะสมทางกายภาพ (Physical reserve) เมื่อระบบของร่างกายเกิดการเจ็บป่วย พลังอำนาจในการกระทำการใด ๆ ของบุคคลก็จะลดลง สภาวะความเข้มแข็งทางกายภาพขณะนั้นจะมีอิทธิพลต่อพลังอำนาจของผู้ป่วย ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาของการเจ็บป่วย เช่น สภาพการเจ็บป่วยที่แย่ลง หรือ ขณะที่ผู้ป่วยกำลังฟื้นฟูสภาพ พลังสะสมทางกายภาพเป็นความสามารถของร่างกายที่จะดำรงไว้ซึ่งความสมดุลเมื่อต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยหรือความต้องการที่มากเป็นพิเศษ เช่นในผู้ป่วยโรคเอดส์หรือผู้ป่วยที่ต้องได้รับยากดภูมิต้านทานเป็นเวลานานก็จะมีความต้านทานที่จะต่อสู้กับการติดเชื้อน้อยกว่าปกติ

2. ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support)

ความเข้มแข็งทางจิต หมายถึง ความยืดหยุ่นที่ปรากฏในบุคคลอันเป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล ถึงแม้ว่าจะเผชิญกับวิกฤตการณ์การเจ็บป่วยและความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นในแต่ละวันผู้ป่วยบางคนก็สามารถที่จะดำรงความสมดุลทางจิตได้ ซึ่งบางครั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังก็เป็นสาเหตุของความไม่สมดุลทาง

จิต ความวิตกกังวลและซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอาจต้องการการช่วยเหลือในการดำรงไว้ซึ่งความคิดทางด้านบวก การป้องกันความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกหมดหวังที่อาจเกิดขึ้น

สำหรับการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สัมพันธภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ การบูรณาการทางสังคม โอกาสสำหรับการดูแล ความเชื่อมั่นในคุณค่า บุคคลที่ให้การดูแล นอกจากนั้นยังรวมถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือที่สัมผัสจับต้องได้ (Tangible support) เช่น การสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emo-tional support) และการสนับสนุนทางข้อมูล (Informational support)

3. อัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self-concept)

การเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ในตน การสร้างอัตมโนทัศน์ในตนขึ้นมาใหม่เป็นการปรับตัวในระยะเจ็บป่วย คือการบูรณาการการรับรู้รับที่ถูกต้องเกี่ยวกับร่างกายไปสู่อัตมโนทัศน์เกี่ยวกับตนในทางบวก โดยการทำความเข้าใจว่าความสามารถหรือศักยภาพในการจัดการดูแลปัญหาสุขภาพอยู่ในตนเอง และพยายามที่จะกำจัดอิทธิพลของความเจ็บป่วยที่มีต่อตน

ธรรมชาติของบุคลิกภาพส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่ออัตมโนทัศน์ในตน บุคคลที่เชื่ออำนาจภายในตน (Internal locus of control) มีแนวโน้มที่จะรับรู้ว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านบวกและลบเป็นผลมาจากการกระทำของตน อยู่ภายใต้การควบคุมของตน (Miller. 1992. : 11 ; citing Lefcourt. 1966.*Belief in personal control : Research and implications.* ; Rotter. 1966. *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement.*) ในขณะที่บุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตน (External locus of control) มีแนวโน้มที่จะรับรู้ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของตน แต่เป็นเรื่องของความบังเอิญ โชคชะตาหรืออำนาจจากสิ่งอื่น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องประเมินการรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต รวมถึงการควบคุมและมีส่วนในการดูแลตนเองในการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ในการดูแลสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังพยาบาลต้องพยายามช่วยให้ผู้ป่วยมีความเชื่ออำนาจในตนมากกว่าเชื่ออำนาจภายนอกตนในการจัดการกับการเจ็บป่วยของตน

4. พลังงาน (Energy)

พลังงาน คือ ความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพที่ควรจะเป็นของแต่ละบุคคล ศักยภาพของพลังงาน คือ พลังงานที่เก็บสะสมไว้ ซึ่งควรที่จะสมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป แหล่งของพลังงาน ได้แก่ อาหาร น้ำ การพักผ่อนและแรงจูงใจ พลังงานที่ใช้ในการสะสมหรือฟื้นฟูสภาพทางกาย หรือใช้ในการจัดการกับความต้องการประจำวัน รวมถึงการจัดการกับความเครียด นอกจากนั้นพลังงานยังใช้ในการเติบโตในการเรียนรู้ ทำงานและทำกิจกรรมต่าง ๆ (Miller. 1992. : 11 ; citing Ryden. 1977. *Energy : A crucial consideration in the nursing process.*) การขาดพลังงานสำหรับการใช้ในระดับพื้นฐานจะมีผลต่อการใช้พลังงานสำหรับสนองความต้องการระดับสูง เช่น การเติบโตและการเรียนรู้ การกระทำใด ๆ จะเป็นไปได้ถ้ามีความเข้มแข็งและมีพลังงาน ซึ่งรวมถึงกิจกรรมที่ผู้ป่วยปกป้องและหรือพัฒนาสุขภาพของตน

5. ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight)

ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญาเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นต่อตน ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการควบคุมมากขึ้นและช่วยบรรเทาความวิตกกังวลจากความไม่แน่นอน

ความรู้ของผู้ป่วยช่วยในการตัดสินใจและตระหนักถึงทางเลือกและความคาดหวังถึงผลอันเกิดเนื่องมาจากการเลือกกระทำ ความรู้ถือได้ว่าเป็นสิ่งสนับสนุนที่ช่วยลดความไม่แน่นอน (Miller. 1992. : 12 ; citing Mishel. 1988. *Uncertainty in illness.*) และช่วยพัฒนาแผนที่ทางปัญญาสำหรับการตีสถานการณ์อย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความหมายของสภาพการณ์ที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วย (Miller. 1992. : 12 ; citing Turk. 1979. *Factors influencing the adaptative process with chronic illness.*) การขาดความเข้าใจนำไปสู่ความท้อแท้และนิ่งเฉย ซึ่งเป็นลักษณะของการสูญเสียพลังอำนาจ

การตระหนักรู้ภายใน (Internal awareness) (Miller. 1992. : 12 ; citing Kinsman, Jones, Matus and Schum. 1976. *Patient variable supporting chronic illness.*) เป็นแนวคิดสำหรับใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ของอำนาจของความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา เป็นความสามารถที่จะค้นหาและประเมินภาวะทางกายและจิตเพื่อนำไปสู่การกระทำที่เหมาะสมในการควบคุมอาการและดำรงไว้ซึ่งความสมดุลทางจิต (Miller. 1992. : 12 ; citing Miller. 1982. *Categories of self-care needs of ambulatory patients with diabetes.*) อันเป็นการพัฒนาความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของตนและมีการรับรู้อย่างถูกต้องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ เช่น การที่ร่างกายเกิดการอ่อนเพลีย เจ็บปวด ความอยากอาหาร การขับถ่าย อารมณ์ ความกดดัน โกรธ เก็บกด ความรู้สึกผิดและสภาวะทางกายและจิตอื่น ๆ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ต้องพึ่งอินสุลิน (Insulin-dependent Diabetes) อาจพบว่าอาการชาที่เกิดขึ้นเป็นอาการเริ่มต้นก่อนที่จะเกิดภาวะช้อคอันเนื่องมาจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ด้วยการแก้ไขที่เหมาะสม เช่น ทานน้ำตาลตามด้วยอาหารที่มีโปรตีนก็ช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องไปรับบริการที่ห้องฉุกเฉิน นอกจากนั้นยังหมายถึง การรับรู้ถึงผลลัพธ์ของการรักษาที่พึงปรารถนาและการประเมินตนเอง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเลือดคั่ง (Congestive Heart Failure) ที่ได้รับยาขับปัสสาวะที่มีการจดบันทึกน้ำหนักของตนอย่างสม่ำเสมอ เมื่อพบว่าน้ำหนักของตนเพิ่มขึ้นเกิน 1 กิโลกรัม ก็จะรู้ว่านี่คือสัญญาณอันตรายที่ต้องรีบไปพบแพทย์โดยที่ไม่จำเป็นต้องรอจนถึงเวลานัดจนเกิดภาวะหายใจลำบาก (Respiratory distress) การที่ผู้ป่วยไวต่อการเปลี่ยนแปลงในอาการต่าง ๆ ของร่างกายและตอบสนองต่อการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยกระทำกิจกรรมที่จะควบคุมอาการและหลีกเลี่ยงภาวะวิกฤต

6. แรงจูงใจ (Motivation)

ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แรงจูงใจมีความสำคัญในการเพิ่มศักยภาพ ส่งเสริมบทบาททางสังคมและการทำงาน และพัฒนาความเชื่อมั่นในตนที่จะกล้าเสี่ยง แรงจูงใจมีส่วนช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ และการมีส่วนร่วมในการรักษา

7. ระบบความเชื่อ (Belief systerm)

ระบบความเชื่อของบุคคล ความเชื่อในแผนการรักษา ความเชื่อในเจ้าหน้าที่สุขภาพ และความเชื่อในตนหรือความเชื่อมั่นในความสามารถในตน รวมถึงความเชื่อในพระเจ้า ศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ช่วยสร้างความเข้มแข็งและความสามารถในการจัดการกับความเครียดและเอาชนะต่อปัญหา เดรนส์ (Miller. 1992. : 13 ; citing Kraines. 1943. *The theory of neuroses and psychoses.*) เสนอว่าถ้าผู้ป่วยมีความเชื่ออย่างแรงกล้าต่อผู้ดูแลจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาได้ แฟรงค์ (Miller. 1992. : 14; citing Frank. 1975. *Persuasion and healing.*) อธิบายว่า ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการรักษามีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการรักษา

ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมีความต้องการที่จะหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานและแสวงหาที่ยึดเหนี่ยวจิตใจจากพระเจ้า ศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ บางคนอาจค้นพบความหมายของการเจ็บป่วยโดยอาศัยความเชื่อทางศาสนาและโชคชะตา ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลต่อทั้งกาย จิต และวิญญาณ ความเชื่อในโชคชะตาและความหวังจะช่วยส่งเสริมพลังอำนาจในบุคคลที่จะรับรู้ถึงการควบคุมและอาจส่งผลต่อการรักษา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพลังอำนาจ

การที่ผู้ป่วยจะมีพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ แหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่งของผู้ป่วยต้องมีความเข้มแข็งหรือมีความสมดุลเพียงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนได้ แต่ในบางสภาวะการณ์ผู้ป่วยอาจมีความพร่องของแหล่งของพลังอำนาจเกิดขึ้น ซึ่งความพร่องหรือไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจนำไปสู่การเกิดภาวะสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) ซึ่งคาพีนีทู (Carpenito. 1991. : 474) ให้ความหมายว่าเป็นภาวะที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองขาดการควบคุมตนหรือเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้น ๆ ซึ่งการสูญเสียพลังอำนาจนำไปสู่ความรู้สึกเก็บกดซึมเศร้า และความนับถือตนเองที่ต่ำลง เป็นสาเหตุของความรู้สึกหมดหวัง (Hopelessness) ที่หมุนเวียนอยู่ในตัวบุคคล (Miller. 1992 : 416) ปัจจัยที่มีผลต่อแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วยจากการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังอำนาจพบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแหล่งพลังอำนาจของผู้ป่วย ได้แก่

1. ปัจจัยอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

1.1 ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดจากการรับรู้ของบุคคลต่อสิ่งเร้าทั้งภายในหรือภายนอกที่คลุมเครือไม่ชัดเจนอันเนื่องมาจากภาวะเจ็บป่วย ซึ่งบุคคลนั้นไม่สามารถอธิบายความหมายของการเจ็บป่วย หรือคาดการณ์และทำนายผลของเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ว่าจะมีภยันตรายใด ๆ มาคุกคามชีวิตและความเป็นอยู่ของตนหรือไม่ (Mishel. 1988, 1990) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นผลมาจาก (Mishel. 1988, 1990; Stapleton. 1992; Suk Bling. 1998)

(1) ความรู้สึกคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย
(2) ความสลับซับซ้อนเกี่ยวกับแผนการรักษา และระบบการดูแล
(3) การได้รับข้อมูลที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย หรือแตกต่างไปจากข้อมูลเดิมที่ได้รับ
(4) การไม่สามารถคาดการณ์ ทำนายเกี่ยวกับการดำเนินและพยากรณ์ของโรคได้
(5) ความไม่แน่นอนของสุขภาพ การกลับเป็นซ้ำของโรคหรืออาการของโรคที่รุนแรงขึ้น (Uncertainty health with remission and exacerbation)
(6) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคต

1.2 ความรู้สึกหมดหวังต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ซึ่งเป็นผลอันเนื่องมาจาก (Saligman. 1975; Miller. 1992. : 6 – 7 ; citing Strain. 1979. *Psychological reactions to chronic medical illness.*; Suk Bling. 1998; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. 2537 : 54 ; อ้างอิงจาก Hymovich and Hagopian. 1992. *Chronic illness in children and adults:A psychosocial approach.*)

(1) ความรู้สึกหมดหวังที่จะสามารถรักษาได้ (Chance of cure hopelessness) และการที่แพทย์ลงความเห็นว่าคงไม่สามารถรักษาได้

(2) การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนไม่สามารถแก้ไขได้ (Learning helplessness)

(3) ความกลัวผลของการที่ปัญหาสุขภาพไม่สามารถรักษาได้

(4) การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ความถี่ของอาการกำเริบ

1.3 การที่สภาพร่างกายแย่ลง (Progressive deteriorating physical state) (Suk Bling. 1998)

1.4 การรักษาพยาบาลที่ได้รับ การปฏิบัติตามแผนการรักษา ผลข้างเคียงของการรักษา (Miller. 1992. : 6 – 7 ; citing Strain. 1979. *Psychological reactions to chronic medical illness.*; Stepleton. 1992; Suk Bling. 1998)

2. ปัจจัยภายในตัวผู้ป่วย (Intrapersonal factors) ประกอบด้วย (Gibson. 1991; Suk Bling. 1998)

2.1 ค่านิยม (Values) ค่านิยมของตนเอง ความรักในตนเอง ความรับผิดชอบในการที่จะดูแลตนเอง

2.2 ความเชื่อ (Beliefs) ความเชื่อเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยบุคคลสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรค และความยากลำบากในการดูแลที่เกิดขึ้น การที่บุคคลมีความเชื่อที่ดีต่อการดูแลหรือเชื่อว่าการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้น ในทางตรงข้ามบุคคลที่ไม่เชื่อต่อผลของการรักษาที่มีต่อการเจ็บป่วยของตน คิดว่าเป็นเรื่องของโชคชะตาที่กำหนดให้เป็นไป ความเชื่อดังกล่าวก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกหมดหวัง มองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ร้าย ไม่เชื่อในความสามารถของตนเองว่าสามารถดูแลตนเองได้ (Abilities to care) ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพมีผลต่อผู้ป่วยในการที่จะพยายามหรือไม่พยายามแสวงหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ดี

2.3 เป้าหมายในชีวิต (Determination) เกิดจากการที่บุคคลมีความเข้มแข็งและแรงจูงใจ (Strong and Motivation) ที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อไปสู่เป้าหมายโดยจะพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ตนเองได้รับสิ่งที่ดีที่สุดแม้ว่าจะมีอุปสรรค บุคคลที่ขาดเป้าหมายในชีวิตจะรู้สึกว่าชีวิตของตนไม่มีความหมาย มีผลต่อการนับถือตนเองและแรงจูงใจที่จะอดทนต่อความยากลำบากที่เกิดขึ้น รวมถึงการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย

2.4 ประสบการณ์ส่วนบุคคล (Experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งสำคัญต่อความเชื่อ อัตมโนทัศน์ แรงจูงใจในตัวผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมาและประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากการศึกษา การอ่าน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์ ในขณะที่ประสบการณ์ด้านลบที่มีต่อการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นการได้รับรู้ข่าวสารที่ผิดพลาด การได้เห็นตัวอย่างผู้ป่วยรายอื่นที่เจ็บป่วยเช่นเดียวกับตนอาการแย่ลงหรือเสียชีวิต ส่งผลต่อแรงจูงใจของผู้ป่วย รวมถึงความเชื่อในความสามารถของตนในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

2.5 ความเชื่ออำนาจในการควบคุม (Locus of control) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นตนสามารถควบคุมได้ บุคคลที่เชื่ออำนาจภายในตน (Internal locus of control) มีแนวโน้มที่จะรับรู้ว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านบวกและลบเป็นผลมาจากการกระทำของตนอยู่ภายใต้การควบคุมของตน (Miller. 1992. : 11 ; citing Lefcourt. 1966. *Belief in personal control:Research and implications.* ; Rotter. 1966. *Generalized expectabcies for internal versus external control of reinforcement.*) ในขณะที่บุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตน (External locus of control) มีแนวโน้มที่จะรับรู้ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของตน แต่เป็นเรื่องของความ

บังเอิญ โชคชะตาหรืออำนาจจากสิ่งอื่น บุคคลที่คิดว่าเหตุการณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นในชีวิตของตนมีความคงที่และเป็นปัญหาโลกแตก ในขณะที่เหตุการณ์ที่ดีนั้นเป็นผลที่เกิดจากภายนอก ไม่คงที่และมีปัจจัยการทำให้เกิดเฉพาะ บุคคลเหล่านี้มีความเสี่ยงสูงที่จะมีความรู้สึกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นไม่สามารถแก้ไขได้และเกิดความรู้สึกเก็บกด ซึมเศร้า มองโลกในแง่ร้าย (Saligman. 1975)

3. ปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factors) ประกอบด้วย

3.1 ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อผู้อื่น ที่สำคัญ คือ ความรู้สึกที่ต้องพึ่งพิงและเป็นภาระของผู้อื่นและครอบครัว ซุค บลิง (Suk Bling.1998) และ สเตปลีตัน (Stapleton. 1992) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ถึงภาวะสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยพบว่าปัจจัยอันเนื่องมาจากสัมพันธภาพกับผู้อื่นเป็นสาเหตุหนึ่งของการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยอันเกิดเนื่องมาจากความรู้สึกที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นและเป็นภาระของครอบครัว เช่นเดียวกับสเตนท์ (Miller. 1992. : 6 – 7 ; citing Strain. 1979. *Psychological reactions to chronic medical illness.*) ที่ได้กล่าวถึงความกลัวของผู้ป่วยในการสูญเสียความรัก กลัวที่จะต้องพึ่งพาผู้อื่นอันเป็นเหตุให้ผู้อื่นตีจาก เป็นปฏิกิริยาทางจิตที่พบในการเจ็บป่วยเรื้อรัง

3.2 สัมพันธภาพกับผู้อื่น สัมพันธภาพกับผู้อื่นในความรู้สึกและการรับรู้ของผู้ป่วยคือความรู้สึกของบุคคลที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม ได้รับการยอมรับ เป็นที่รัก ได้รับการยกย่อง มีคุณค่าและเป็นที่ต้องการจากผู้อื่น การไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่เคยกระทำได้และปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ รวมถึงการถูกแยกตัวออกจากสังคมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยมีผลต่อความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย

4. ปัจจัยอันเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ แม้ปัจจัยนี้จะถือได้ว่าเป็นปัจจัยระหว่างบุคคล แต่เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วย ที่เป็นผลมาจากการยอมรับว่าการรักษาพยาบาลเป็นการปฏิบัติหน้าที่ตามความรับผิดชอบของสถาบันทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่สุขภาพที่มีต่อประชาชนที่ก่อตั้งโดยไม่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนตน (Turner and Samson. 1996 : 2, 129) จึงเป็นเหตุผลที่นำปัจจัยนี้แยกออกมาในการศึกษา

ในระบบบริการสุขภาพแพทย์ยังคงมีบทบาทในฐานะผู้ให้การรักษาพยาบาล ผู้ป่วยยังคงมองว่าแพทย์เป็นผู้ที่มีคุณค่าสมควรแก่การยกย่อง ดังนั้นผู้ป่วยจึงมักไม่กล้าหรือเกรงใจที่จะซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ หรือมีความคิดเห็นที่แตกต่างไปจากแพทย์ ผู้ป่วยมักยอมรับและรอคอยการรักษาพยาบาลจากแพทย์ โดยไม่มีเงื่อนไขใด ๆ แพทย์เองมักเน้นการรักษามากกว่าการดูแล ในขณะที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องการที่จะควบคุมโรคให้สงบเป็นเวลานาน ๆ มากกว่าเป็นการรักษาโรคให้หายขาด สำหรับระบบบริการสุขภาพและการทำงานเป็นทีมในการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย ทำให้เจ้าหน้าที่สุขภาพแต่ละคนมีบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยแตกต่างกันไป และทุกฝ่ายก็มุ่งหวังที่จะให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือการพยาบาลที่ได้กำหนดขึ้นสำหรับผู้ป่วยโดยที่ผู้ป่วยไม่มีส่วนร่วมหรือมีส่วนร่วมเพียงเล็กน้อย ทั้งที่เจ้าหน้าที่สุขภาพดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราวช่วงเวลาสั้น ๆ เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น จึงเป็นที่แน่ชัดว่าผู้ป่วยและญาติมีบทบาทเป็นอย่างมากในการจัดการและตัดสินใจปรับเปลี่ยนแผนการรักษาต่าง ๆ ตามที่เห็นว่าเหมาะสมเพื่อรักษาไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรัง ความแตกต่างระหว่างความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยของผู้ป่วยและญาติซึ่งต้องให้การดูแลตนเองทุกวันกับแพทย์ พยาบาลซึ่งรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราวนี้เองทำให้ความขัดแย้งอาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างผู้ป่วยและญาติกับแพทย์ พยาบาลที่อาจไม่มีความเข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับวิถีชีวิต บริบททางสังคมวัฒนธรรมและความเป็นอยู่ของผู้ป่วย จึงเป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความไม่พึงพอใจในการรักษา รู้สึกว่าเป็นความทุกข์ทรมาน อันเกิดจากความไม่สอดคล้องกับ

ชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วยได้ จึงเป็นการยากที่ผู้ป่วยจะกระทำตามความคาดหวังดังกล่าว มีคำกล่าวว่า "แพทย์และเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ มักมุ่งมั่นพยายามทำตามแผนการรักษาของตนโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะยอมรับในการกระทำต่าง ๆ หรือไม่ ผลปรากฏว่าผู้ป่วยต่อต้านและไม่ร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา" พฤติกรรมนี้เกิดขึ้นในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความเห็นว่าแผนการรักษาของแพทย์ไม่สอดคล้องกับการดำรงชีวิตประจำวันของเขา ใช้เวลาของเขาในแต่ละวันอย่างมาก ก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ทำให้เขาอ่อนเพลียหมดแรง ทำให้เขาเสียเงินจำนวนมากหรือทำให้เขาต้องยุ่งยากในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ (สุจิตรา เหลืองอมร เลิศ. 2537 : 52 ; อ้างอิงจาก Strauss. 1975. *Chronic illness and the quality of life.*) นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสมีส่วนร่วมในการกำหนดและตัดสินใจเกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษานั้นอย่างไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ทำให้ผลการรักษาไม่ดี

ในบริบทของการพยาบาล ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยถือได้ว่าเป็นหัวใจของการดูแล แต่ก็พบว่ามีการใช้อำนาจเกิดขึ้นในปฏิสัมพันธ์นั้นด้วยเช่นกัน เฮวิสัน (Hewison. 1995) ได้ทำการศึกษาพบว่าพยาบาลมีการใช้อำนาจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยผ่านการใช้ภาษา ทั้งที่เป็นการใช้อำนาจอย่างชัดเจน (Overt power) เช่น การออกคำสั่งให้ผู้ป่วยทำบางสิ่งบางอย่างหรือห้ามมิให้ผู้ป่วยกระทำในบางสิ่งบางอย่าง การชักจูง/ชักชวน (Persuasion) เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธที่จะทำในสิ่งที่พยาบาลต้องการให้ทำหรือต้องการให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ การควบคุมตารางเวลาและการทำกิจกรรมของผู้ป่วย (Controlling the agenda) ซึ่งไม่ใช่การออกคำสั่งหรือการใช้วิธีการชักชวน แต่เป็นลักษณะของการทำงานประจำที่แสดงให้ผู้ป่วยทราบว่าเวลานี้ต้องทำอะไร

นอกจากนั้นอำนาจของพยาบาลในฐานะผู้เชี่ยวชาญส่งอิทธิพลต่อระดับความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล คาเรรี่ และสมิท (Callery and Smith.1991) พบว่าการใช้การบังคับหรือการชี้นำ นำไปสู่การตัดสินใจร่วมกันโดยไม่ต้องมีการต่อรอง ซึ่งเป็นความจริงที่พบในบริบทของระบบสุขภาพ (Health care setting) ที่พยาบาลยังมีอำนาจเหนือผู้ป่วย วอเตอร์เวิดท์ (Waterworth) และ ลัคเกอร์ (Lucker) (Brighton. 1994 : 16 ; citing Waterworth and Lucker. 1990. *Reluctant collaborators : Do patients want to be involved in decision concerning care?.*) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างที่เขาศึกษานั้นแสดงความต้องการที่จะปฏิบัติตนให้เป็นไปตามการตัดสินใจของพยาบาล เพื่อให้พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพของพวกตน

ข้อผูกมัดที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเห็นด้วยกับการตัดสินใจของเจ้าหน้าที่สุขภาพเพิ่งได้รับความสนใจเมื่อไม่นานมานี้ ซิม (Sim. 1991) พบว่าสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยมีอิทธิพลทำให้ผู้ป่วยต้องยอมรับต่อการรักษาพยาบาล อิสระภาพของผู้ป่วยได้ถูกจำกัดเพราะผู้ป่วยรู้สึกว่าการยินยอมเป็นวิธีการเดียวที่จะทำให้พวกเขาได้รับการรักษาที่ดีและรักษาชีวิตเขาไว้ได้ ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของสเตปลีตัน (Stapleton. 1992 : 170 – 171) ที่กล่าวว่าในฐานะผู้ป่วย เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีผลทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียการควบคุมตนเองโดยอัตโนมัติ การตัดสินใจต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการกิน การนอน การออกกำลังกาย หรือแม้แต่การอาบน้ำก็ถูกกำหนดขึ้นเพื่อผู้ป่วย แม้จะมีบางครั้งที่มีการสอบถามความคิดเห็นจากผู้ป่วย เช่น อาหารอะไรบ้างที่ผู้ป่วยไม่รับประทาน ผลของการกระทำดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยอยู่ในฐานะ ผู้ถูกกระทำตามการชี้แนะของเจ้าหน้าที่สุขภาพโดยปราศจากข้อสงสัย พฤติกรรมดังกล่าวบ่งชี้ถึงความรู้สึกขาดการควบคุมหรือสูญเสียพลังอำนาจ ผู้ป่วยที่มีความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจจะแสดงออกถึงการไม่สนใจที่จะแสวงหาข้อมูลเพื่อสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ากิจกรรมต่าง ๆ ที่ตนต้องทำนั้นไม่จำเป็นต้องแสวงหาข้อมูลใด ๆ

ดังนั้นจึงมีความรู้สึกว่าข้อมูลไม่มีความหมาย ผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมักจะไม่ตั้งคำถามต่อเจ้าหน้าที่สุขภาพ ถึงแม้จะไม่เข้าใจว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพจะจัดการกับความเจ็บป่วยของตนอย่างไร

ไบเลย์ (Brighton. 1994 : 16 ;citing Biley.1992. *Some determinants that effect patient participation in decision making about nursing care.*) ศึกษาถึงปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการที่ ผู้ป่วยจะเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาพยาบาล ได้แก่ (1) ความแตกต่างในด้านความรู้ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (2) ผู้ป่วยตระหนักถึงข้อผูกมัดของระบบการรักษาพยาบาลที่มีต่อตนและตัวพยาบาล และใช้การรับรู้นี้จัดการกับการตัดสินใจของตน (3) การรับรู้ถึงสภาวะสุขภาพของตนที่เป็นอยู่

ความแตกต่างในด้านความรู้ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบสำคัญของอำนาจ แต่ว่าไม่จำเป็นต้องเป็นสิ่งเลวร้ายเสมอไป ถ้าพยาบาลใช้อำนาจในการให้ข้อมูลและปรับเปลี่ยนการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (Malin and Teasdale. 1991) ในขณะที่ผู้ป่วยอาจมีข้อจำกัดในด้านความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการรักษาพยาบาลแต่ผู้ป่วยเองมีความรู้เกี่ยวกับสังคมและความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันสำหรับการดูแลตนเองมากกว่า จึงมีความเป็นไปได้ที่พยาบาลอาจพบว่าผู้ป่วยบางรายอาจรู้ดีเกี่ยวกับการรักษาบางอย่างและเลือกที่จะคงไว้ซึ่งการควบคุมความรู้และอำนาจของตนเหนือเทคนิคการรักษาของโรงพยาบาล

ดอร์เซ็ทท์ (Brighton. 1994 : 17 ; citing Dorsett. 1992. *The trajectory of cancer recoverry.*)ได้กล่าวถึงความไม่เหมาะสมของบทบาทในระหว่างการเจ็บป่วย (Sick role) และรูปแบบการจัดกระทำในระยะเฉียบพลัน (Acute intervention model) ในการเจ็บป่วยเรื้อรัง ดอร์เซ็ทท์พบว่าในการรักษาแบบดั้งเดิม (Traditional treatment) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งมีเป้าหมายที่จะรักษาภาวะการเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลันที่เกิดขึ้นมากกว่าจะวางแผนการรักษาที่สมบูรณ์ตลอดการเจ็บป่วยของผู้ป่วย หรืออาจกล่าวได้ว่าไม่ได้ให้ความสนใจในระยะการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย

อุปสรรคในการประเมินพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลยังคงสะท้อนคำจำกัดความและความคาดหวังที่หลากหลายของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย มีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาเกี่ยวกับความแตกต่างของความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างพยาบาลกับบุคคลทั่วไป (Brighton. 1994 : 18 ; citing Eachus. 1991. *Multidimensional of cancer treatment in American society.*) และระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (Brighton. 1994 : 18 ; citing Smith and Draper. 1994. *Who is in control? An investigatation of nurse and patient belife relating to control of their health care.*; Waterworth and Luker. 1990. *Reluctant collaborators : do patients want to be involved in decisions concerning care?.*) สมิทและดราเปอร์ (Smith and Draper) แสดงให้เห็นถึงการรับรู้ของพยาบาลที่มีต่อความต้องการของผู้ป่วยที่จะควบคุมตนเองและความต้องการเกี่ยวกับข้อมูลการรักษาพยาบาลขึ้นกับพื้นฐานของประสบการณ์และความคาดหวังของพยาบาล ซึ่งมักไม่ไปในทิศทางเดียวกับความต้องการของผู้ป่วยที่พยาบาลดูแลอยู่ (Brighton. 1994 : 18 ; citing Smith and Draper. 1994. *Who is in control? An investigatation of nurse and patient belife relating to control of their health care.*)

ଔଔଔଔଔଔଔଔଔଔଔ

บรรณานุกรม

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). *การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล.* ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.

Brighton, D. (1994). *The Patient, The Oncology Nurse and Power : An Analysis of The Concepts.* (Online). Available : http://www.david-brighton.co.uk/dissertation.html.

Callery, P. and Smith, L. (1991,July). "A study of role negotiation between nurses and the parents of hospitalised children," *Journal of Advanced Nursing.* 16(7) : 772 – 781.

Carpenito, L. (1991). *Handbook of Nursing Diagnosis.* Philadelphia : J.B. Lippincott.

Gibson, C.H. (1991,March). "A Concept Analysis of Empowerment," *Journal of Advanced Nursing.* 16(3) : 354 – 361.

Hawison, (1995,Jan). "Nurses' power in interactions with patients," *Journal of Advanced Nursing.* 21(1) : 75 – 82.

Lubkin, I. (1998). *Chronic Illness : Impact and Interventions.* 4th ed. Massachusetts, MA : Jones & Bartllett.

Malin, N.M. and Teasdale, K. (1991,April). "Caring versus Empowerment : Consideration for Nursing Practice," *Journal of Advanced Nursing.* 16(4) : 657-662.

Miller, J.F. (1992). *Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness.* 2 nd ed. Philadelphia : F.A. Davis.

Mishel, M.H. (1988,Winter). "Uncertainty in Illness," *Image: Journal of Nursing Scholarship.* 20(4) : 225 – 232.

Mishel, M.H. (1990,Winter). "Reconceptualization of Uncertainty in Illness Theory," *Image: Journal of Nursing Scholarship.* 22(4) : 256 – 262.

Seligman, M.E.P. (1975). Helplessness : On Depression, Development and Death. Sanfancisco : W.H. Freeman.

Sim, J. (1991,Nov). "Nursing Research : Is There An Obligation on Subjects to Participate ?," *Journal of Advanced Nursing.* 16(11) : 1284 – 1289.

Stapleton, S. (1992). Chapter 7. Etiologies and Indicators of Powerlessness in Person with End-stage Renal Disease. In *Coping with Chronic Illness :Overcoming Powerlessness.* 2 nd ed. Edited by Miller, J.F. p. 163 - 178 Philadelphia : F.A. Davis.

Suk Bling, Mok Suen. (1998). *A Model of Empowerment for Hong Kong Chinese Cancer Patients and The Rrole of Self-help Group in The Empowering Process.* Dissertation : Ph.D. (Nursing). Hong Kong : The Hong Kong Polytechnic University. Photocopied.

Tuner, Bryan S. and Samson, C. (1996). Medical Power and Social Knowledge. 2nd edition. London : SAGE.

กรณีศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจ ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย

ผู้วิจัย : นางสาวดารณี จามจุรี (2544)

วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อการทำความเข้าใจต่อพลังอำนาจและภาวะสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย ตามการรับรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีจุดเน้นไปที่การรับรู้ของผู้ป่วยถึงพลังอำนาจของตนในการจัดการกับความเจ็บป่วย และการรับรู้ของผู้ป่วยถึงอำนาจในระบบบริการสุขภาพที่มีต่อผู้ป่วย เพื่อตอบคำถามที่ว่าพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจที่มีอิทธิพลต่อการจัดการกับการเจ็บป่วยมีอยู่จริงในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของไทยหรือไม่ และถ้าจะเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังนั้น พยาบาลจะเข้าไปดำเนินการกับอะไรและอย่างไร และช่วยให้พยาบาลเข้าใจถึงบริบทของผู้ป่วยเพื่อให้การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ ผู้ป่วยจัดการกับการเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทยเป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Exploratory study) ด้วยการใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จะช่วยในการทำความเข้าใจในมิติที่หลากหลายของการจัดการกับการเจ็บป่วย พลังอำนาจ และการสูญเสียพลังอำนาจที่ได้จากการแสดงออกของผู้ป่วยจากประสบการณ์ การรับรู้และการแสดงออกของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทุกรายด้วยตนเอง และนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาตีความหมายและหาข้อสรุปบนพื้นฐานงานการศึกษาของมิลเลอร์ (Miller. 1992 : 68 – 71) เป็นเกณฑ์ในการจัดกลุ่มของการมีพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจ

กลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์เป็นผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์พระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี และโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 12 คน ประกอบด้วยเพศชาย 5 คน และเพศหญิง 7 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 61 – 70 ปี (5 คน) สถานภาพสมรสส่วนใหญ่แต่งงาน (คู่) มีสองคนที่เป็นโสด และอีกสองคนเป็นม่าย ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่ของผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน นอกนั้นมีอาชีพรับราชการ ค้าขาย ทำสวน และรับจ้าง ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ส่วนอีก 4 คน จบชั้นมัธยมศึกษา การเจ็บป่วยของผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน (4 คน) โรคเบาหวานที่มีโรคแทรกซ้อน (DM with HT, DM with CRF, CHF, CVA)นอกนั้นป่วยเป็นโรคถุงลมโป่งพอง (COPD) โรคเกี่ยวกับระบบหัวใจ (AF,SVT) เลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบนและตับแข็ง (UGI Bleeding with Cirrosis) ความดันโลหิตสูงและข้อเสื่อม (HT with Spondylosis) และโรคหลอดเลือดในสมองแตก (CVA)

ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษา ประกอบด้วย

1. ทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วยและการจัดการกับการเจ็บป่วย
2. พลังอำนาจในผู้ป่วย
3. การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย
4. การรับรู้ถึงบทบาทของพยาบาล

1. ทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วยและการจัดการกับการเจ็บป่วย

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สรุปทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วยและการจัดการกับการเจ็บป่วยออกเป็น 3 ประเด็นได้แก่

1.1 การให้ความสำคัญกับความเจ็บป่วย

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย พบว่าการให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยขึ้นกับ

1.1.1 การรับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกาย จากการศึกษาพบว่าการให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกาย รวมถึงการที่ผู้ป่วยการรับรู้ถึงผลของการเจ็บป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้นถ้าได้รับการรักษาหรือควบคุมได้ไม่ดีพอ

1.1.2 การรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ป่วยที่ให้สัมภาษณ์รายหนึ่งมองว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องของกรรมพันธุ์หลีกเลี่ยงไม่ได้ และในผู้ป่วยที่สูงอายุจะมองว่าเรื่องการเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิต

1.2 การจัดการกับการเจ็บป่วย

ผลจากการศึกษา แสดงให้เห็นถึงวิธีของการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ทำการศึกษา แบ่งได้เป็น

1.2.1 การจัดการกับการเจ็บป่วยตามแผนการรักษาและคำแนะนำที่ได้รับ

ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการรับประทานยาเป็นอันดับแรก ซึ่งเกิดจากความเชื่อที่ว่ายาสามารถที่จะควบคุมหรือทำให้อาการของโรคทุเลาลงได้ จึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด ในขณะที่การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคจะเป็นสิ่งที่สำคัญรองลงมา

สำหรับการจัดการกับการเจ็บป่วยตามคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพ จากการศึกษาพบว่าขึ้นอยู่กับ (1) การรับรู้ถึงสภาพของร่างกายในขณะนั้น (2) การเรียนรู้ถึงผลของการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำที่มีต่อร่างกาย และ (3) ความใส่ใจของผู้ป่วยที่มีต่อการเจ็บป่วย

1.2.2 การจัดการกับการเจ็บป่วยด้วยการแสวงหาความรู้ ทักษะ และการรักษาทางเลือกอื่น

(1) การแสวงหาความรู้และทักษะ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่าโดยธรรมชาติผู้ป่วยมีการแสวงหาข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน ข้อมูลที่ค้นพบแสดงให้เห็นถึงรูปแบบของผู้ป่วยในการแสวงหาความรู้ เช่น จากเพื่อนบ้าน หนังสือ วิทยุ โทรทัศน์

(2) การแสวงหาการรักษาทางเลือกอื่น ผู้ป่วยที่ให้สัมภาษณ์หลายรายมีการแสวงหาการรักษาทางอื่นนอกเหนือจากที่ได้รับจากโรงพยาบาล ซึ่งให้ผลในการรักษาที่ดีบ้าง ไม่เกิดผลต่อการเจ็บป่วยบ้าง แต่ก็เป็นสิ่งหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงความใส่ใจต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

1.2.3 การดูแลสุขภาพตนเอง

ถึงแม้ผู้ป่วยจะเชื่อในเจ้าหน้าที่สุขภาพ บางครั้งก็พบว่าผู้ป่วยบางรายก็มิได้ปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างเคร่งครัด แม้จะรู้ว่าจะส่งผลดีต่อสุขภาพ สืบเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยยังไม่เกิดความรู้สึกที่จะควบคุมหรือปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างแท้จริง

ในผู้ป่วยที่ต้องควบคุมอาหาร เช่น ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการที่ต้องควบคุมอาหาร แต่ก็มักพบว่าบ่อยครั้งที่ไม่สามารถทำได้จนเกิดอาการผิดปกติและบางครั้งอาการหนักจนถึงต้องมานอนพักรักษาในโรงพยาบาล

สำหรับการควบคุมที่ผู้ป่วยตั้งใจทำอย่างเต็มที่ มักพบในผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบของการเจ็บป่วยที่รุนแรงอย่างชัดเจน

ข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นว่าถึงแม้ผู้ป่วยจะรับรู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรค รู้ว่าจะทำอย่างไรจึงจะควบคุมโรคได้ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยจะมีการดูแลสุขภาพของตนเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนคือ ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อผู้ป่วยที่รุนแรงพอที่จะทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยน สิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อสุขภาพที่น่าสนใจที่พบในการศึกษาครั้งนี้คือ การเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่คอยย้ำเตือนด้วยความห่วงใย และการที่ผู้ป่วยคำนึงถึงบุคคลสำคัญที่มีความหมายหรืออิทธิพลต่อตัวผู้ป่วย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ก็คือครอบครัว

1.3 ความรู้สึกมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล

เมื่อสอบถามความรู้สึกถึงความต้องการมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็นว่าเรื่องการรักษาพยาบาลและการเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ของแพทย์ ผู้ป่วยมีหน้าที่เพียงการปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ก็พอ

2. พลังอำนาจในผู้ป่วย

ข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์พบปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจในการที่จะจัดการกับการเจ็บป่วยของตน ได้แก่

2.1 แรงจูงใจ

2.2 ความหวัง

2.3 การได้รับการสนับสนุนจากผู้อื่น

2.4 การมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง

2.5 พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ

2.6 การมีทัศนคติทางบวกต่อโรคที่เป็นอยู่

2.7 การยอมรับกับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้

2.1 แรงจูงใจ

สำหรับในผู้ป่วยโรคเรื้อรังไทย จากการศึกษาพบว่าสิ่งที่เป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่และต่อสู้กับความยากลำบากและความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย ได้แก่ การรับรู้ถึงความรับผิดชอบและการมีเป้าหมายในชีวิต และความเชื่อในศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์

2.1.1 การรับรู้ถึงความรับผิดชอบและการมีเป้าหมายในชีวิต การมีเป้าหมายในชีวิตและการรับรู้ถึงความรับผิดชอบที่มีต่อตนเองหรือบุคคลสำคัญ เป็นแรงจูงใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยอดทน มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย รวมถึงความพยายามที่จะปรับปรุงตัวเอง ผู้ป่วยที่มีครอบครัวแล้ว สิ่งจูงใจเพื่อมีชีวิตอยู่คือ ลูกหลาน

2.1.2 ความเชื่อในศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ศาสนาและสิ่งศักดิ์ที่ผู้ป่วยใช้เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ถือได้ว่าเป็นแหล่งของพลังอำนาจอีกแหล่งสำหรับผู้ป่วย ความเชื่อในศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความเข้มแข็งที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วยที่มีอยู่ การใช้ความเชื่อทางศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่จะช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยนั้น จะต้องทำให้ผู้ป่วยสร้างการตัดสินใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับชีวิตและลดความวิตกกังวลอันเนื่องมาจากผลของการเจ็บป่วย อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นว่าทุกสิ่งสามารถควบคุมได้แม้จะมีความไม่แน่นอน ในทางกลับกันถ้าผู้ป่วยใช้ความเชื่อดังกล่าวไปในทางที่ทำให้เกิดความรู้สึกที่หมด

หวังต่อการมีชีวิตอยู่ รู้สึกว่าสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นถูกควบคุมโดยโชคชะตาฟ้าลิขิต ส่งผลให้ผู้ป่วยนิ่งเฉยต่อการจัดการกับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ถือว่าเป็นใช้ความเชื่อที่บั่นทอนพลังอำนาจในผู้ป่วย

ความเชื่อทางศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นคุณลักษณะพิเศษในสังคมไทย การใช้ความเชื่อทางศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์เป็นที่พึ่งทางด้านจิตใจช่วยลดความเครียดและความทุกข์ทางด้านจิตใจ และส่งผลถึงความสงบทางด้านจิตวิญญาณอันมีผลดีต่อสุขภาวะของผู้ป่วย

2.2 ความหวัง

สำหรับข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษา สิ่งที่ช่วยสร้างความหวังให้กับผู้ป่วย ได้แก่ โอกาสในการรักษาหรือหายจากโรคที่เป็นอยู่ และการได้พบเห็นตัวอย่างของผู้ป่วยรายอื่นที่ประสบผลสำเร็จในการควบคุมโรค

2.3 การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น

การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น ไม่ว่าจะเป็นคนในครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน ช่วยสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่นส่วนใหญ่จะเป็นในเรื่องของการให้กำลังใจและการดูแล

2.3.1 การได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัว ครอบครัวเป็นแหล่งทรัพยากรที่สำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย จุดเด่นของสังคมไทยคือ ความเอื้ออาทร กตัญญูต่อผู้มีพระคุณ สิ่งเหล่านี้ทำให้ปัญหาของการที่ผู้ป่วยถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังขาดผู้ดูแลจึงไม่พบในผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ และอีกประการหนึ่ง คนในครอบครัวของผู้ป่วยก็ถือได้ว่าเป็นบุคคลที่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา จึงมีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยผู้ป่วยในการควบคุมโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.3.2 การได้รับการสนับสนุนจากสังคม สังคมในที่นี้หมายถึงเพื่อนบ้านที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเวลาที่เกิดปัญหาการเจ็บป่วยขึ้นมา

สำหรับในประเด็นของการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่นนี้ ข้อค้นพบที่ได้อาจมีความแตกต่างไปบ้างถ้าเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในสังคมเมืองที่มีลักษณะของครอบครัวและความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านแบบสังคมคนเมือง แต่อย่างไรก็ตามข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่นโดยเฉพาะคนในครอบครัวและเพื่อนบ้านในอันที่จะช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย

2.4 การมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง

การที่ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยของตนได้อย่างเหมาะสมกับตนเอง แหล่งของข้อมูลส่วนใหญ่สำหรับผู้ป่วยแล้ว จะได้รับจากแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่ผู้ป่วยเชื่อถือมากที่สุด เนื่องด้วยผู้ป่วยเชื่อว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรค นอกจากข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สุขภาพแล้วผู้ป่วยยังแสวงหาความรู้จากแหล่งต่าง ๆ ได้แก่ จากสื่อต่าง ๆ เพื่อน และผู้ป่วยด้วยกัน

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีการสร้างแบบแผนในการจัดการกับการเจ็บป่วยของตนเอง ประสิทธิภาพของการจัดการขึ้นกับข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ การนำไปปรับใช้ ความใส่ใจและการให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมถึงการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งทรัพยากรต่างๆเพิ่มเติมเพื่อสร้างแบบแผนการจัดการกับการเจ็บป่วยให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตน ข้อค้นพบนี้ช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยประการหนึ่งว่า ข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วยไปนั้นเจ้าหน้าที่สุขภาพจะต้องประเมินว่าผู้ป่วยสามารถนำไปปรับใช้กับชีวิตประจำวันของตนได้ดีเพียงใด การรับรู้ของผู้ป่วยเป็นอย่างไรต่อข้อมูลที่ได้รับ และมีข้อมูล ความรู้และทักษะอื่นใดอีกที่ผู้ป่วยยังขาดอยู่ สิ่งหนึ่งที่พบในการศึกษาคือ โดย

ธรรมชาติผู้ป่วยทุกคนพยายามที่จะแสวงหาวิธีการที่ทำให้การเจ็บป่วยของตนดีขึ้น เพียงแต่ว่าเขาจะมีโอกาสที่จะได้รับรู้หรือสอบถามหรือแสวงหาข้อมูลที่ต้องการหรือไม่ ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยทราบถึงสภาพของตนและกระทำกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อตนเอง ข้อมูลไม่เพียงแต่ช่วยทำนายการควบคุมตนเองสำหรับผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังช่วยสร้างทางเลือกเพื่อตัดสินใจที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

2.5 พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ

ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย แบ่งออกได้เป็น

2.5.1 ความสามารถของเจ้าหน้าที่สุขภาพ มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยด้านกำลังใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ที่มีความสามารถ ในทัศนะของผู้ป่วยเจ้าหน้าที่สุขภาพที่มีคุณภาพ คือ เจ้าหน้าที่สุขภาพที่สามารถให้การตรวจรักษาและวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องแม่นยำ รวมถึงให้การรักษาที่มีประสิทธิภาพที่จะช่วยบรรเทาการเจ็บป่วยได้ การให้การดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพในการรับรู้ของผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยสามารถฝากชีวิตไว้กับเจ้าหน้าที่สุขภาพได้และไว้วางใจในเจ้าหน้าที่สุขภาพได้

2.5.2 การแสดงออกถึงพฤติกรรมที่เสริมสร้างกำลังใจให้กับผู้ป่วย ได้แก่ คำพูดและท่าทางการแสดงออก ผู้ป่วยจะชื่นชมกับคำพูดและท่าทีของเจ้าหน้าที่ที่ให้กำลังใจกับตน ในผู้ป่วยบางรายที่เกิดความท้อแท้ วิตกกังวลกับโรคที่เป็นอยู่คำพูดของเจ้าหน้าที่สุขภาพมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการต่อสู้กับความเจ็บป่วย

ข้อค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโดยพื้นฐานแล้วผู้ป่วยให้ความไว้วางใจเจ้าหน้าที่สุขภาพอย่างมากในเรื่องเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและสุขภาพของตน การให้คำแนะนำจะปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้นได้ถ้าได้รับความเอาใจใส่ สอบถามอย่างสม่ำเสมอ ประกอบกับพฤติกรรมที่แสดงออกของเจ้าหน้าที่สุขภาพซึ่งก็มีผลอย่างมากต่อผู้ป่วยในอันที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย

2.6 การมีทัศนคติทางบวกต่อโรคที่เป็นอยู่

การมีทัศนคติในทางบวกเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากภายในตัวของบุคคล ผู้ป่วยโรคหอบหืดรายหนึ่งได้แสดงให้เห็นถึงทัศนคติที่ตนมีต่อโรคที่เป็นอยู่ว่า "โรคนี้มันทรมานก็จริง แต่พอมันหายมันก็เหมือนปกติ ถ้าเป็นมะเร็งต้องเข้าผ่าตัดอย่างงี้สิหดหู่เลย อัมพาตอีกอย่างไม่ต้องพูดถึง มันคือตายทั้งเป็น" นอกจากนั้นความเชื่อที่ว่าโรคที่เจ็บป่วยมีโอกาสในการรักษาหรือหาย เป็นปัจจัยที่นอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความหวังต่อโรคที่เป็นอยู่แล้วยังช่วยให้ผู้ป่วยมีความคิดในทางบวกต่อชีวิตของตน "ก็คิดว่าจะหาย ก็ลองรักษามันเรื่อยไป ก็ยานี่แหละ ออกกำลังกายไป" "หมอบอกเปอร์เซ็นต์หายมี" "รู้จากคนทั่ว ๆ ไป ว่าเป็นโรคไม่หายง่าย แต่มีสิทธิทุเลาลง"

2.7 การยอมรับกับสภาพที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้

ผู้ป่วยบางรายได้สร้างกำลังใจให้กับตนเองด้วยการพยายามที่จะยอมรับสภาพของตนเอง ผู้ป่วยจะยอมรับว่าการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ แต่สิ่งที่ผู้ป่วยจะทำได้ คือ พยายามที่จะควบคุมยอมรับและพร้อมที่จะต่อสู้ต่อไป

3. การสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย

จากการศึกษาพบปัจจัยที่มีผลต่อการสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยเกิดจาก (1) ผลกระทบของการเจ็บป่วย (2) การขาดความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและทักษะในการดูแลตนเอง และ (3) พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ

3.1 การสูญเสียพลังอำนาจอันเนื่องมาจากผลกระทบของการเจ็บป่วย

3.1.1 ผลกระทบที่มีต่อร่างกาย : สมรรถภาพของร่างกาย ผู้ป่วยรับรู้ถึงผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกายโดยให้ความสำคัญกับสมรรถภาพของร่างกาย

3.1.2 ผลกระทบที่มีต่อจิตใจ ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อด้านจิตใจนั้น แบ่งได้เป็น

3.1.2.1 ความกลัวต่อผลของการเจ็บป่วย ความกลัวในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าเกิดได้จากปัจจัยสำคัญ 2 ประการ กล่าวคือประสบการณ์ที่ผู้ป่วยมีต่อการเจ็บป่วย และการที่ผู้ป่วยไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับตนเองบ้าง

3.1.2.2 ความรู้สึกท้อแท้ ความรู้สึกท้อแท้เป็นผลกระทบทางด้านจิตใจที่พบได้ในผู้ป่วยที่ทำการศึกษา ความรู้สึกท้อแท้ที่พบเกิดได้จากสาเหตุสำคัญที่พอจะสรุปได้เป็น 3 ประการ คือ (1) ความรู้สึกหมดหวัง (2) ความรู้สึกไม่แน่นอนของโรค/การเจ็บป่วย และ (3) ความทรมาน

3.1.2.3 ความเครียด อาการแสดงที่เกิดขึ้นต่อร่างกายอันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยหรือต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างในชีวิตเป็นสาเหตุของความเครียด การที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตของตน การที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงการที่ชีวิตต้องถูกจำกัดทำให้เกิดความเครียด ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับคำแนะนำให้มีการควบคุมอาหาร แม้ผู้ป่วยจะรับทราบถึงข้อจำกัดดังกล่าว แต่การถูกจำกัดนั้นก็สร้างความคับข้องใจให้กับผู้ป่วยไม่น้อย ข้อสังเกตประการหนึ่ง คือ คำแนะนำและความรู้เกี่ยวกับการควบคุมอาหารที่ผู้ป่วยได้รับนั้น ผู้ป่วยรู้แต่เพียงว่าเป็นเบาหวาน คืองดของหวาน กินอาหารให้น้อยลง เป็นความดันโลหิตสูง คืองดของเค็ม ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่าการควบคุมโรคคือการ *ต้องอด* ผู้ป่วยไม่รู้ว่าที่แท้จริงแล้วในแต่ละวันตนควรได้รับปริมาณอาหารเท่าไหร่จึงจะเหมาะสมกับโรคของตน นั่นหมายถึงทำให้ผู้ป่วยไม่มีทางเลือกอื่นในการจัดการกับอาหารที่ตนรับประทานในแต่ละวันที่สอดคล้องกับความต้องการของตนและความเหมาะสมของร่างกาย

3.1.2.4 ความรู้สึกถึงความสูญเสีย ความรู้สึกถึงความสูญเสียในที่นี้หมายถึงความรู้สึกสูญเสียความสามารถในการควบคุม และความสามารถทางร่างกายที่จะทำกิจวัตรต่าง ๆ ได้ตามปกติ ความรุนแรงของความรู้สึกสูญเสียแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและอาการแสดงที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถของร่างกาย รวมถึงภาพลักษณ์ของร่างกาย ผู้ป่วยที่มีการสูญเสียความสามารถทางร่างกาย จะเกิดความรู้สึกลำบากที่ต้องมีคนมาคอยดูแลหรือต้องพึ่งพิงผู้อื่น ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการสูญเสียอวัยวะเกิดขึ้นโดยเฉพาะถ้าเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย เช่น แขน ขา นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สะดวกที่จะทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติเหมือนเดิมแล้ว ยังส่งผลทางด้านจิตใจในหลาย ๆ ด้าน รวมทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยเพื่อเผชิญกับบทบาทใหม่ ในระบบบริการรักษาพยาบาลมักจะให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลัน การรักษาและให้กำลังใจอย่างเต็มที่เกิดขึ้นในช่วงระยะวิกฤตของชีวิตของผู้ป่วย แต่เมื่อผ่านภาวะนี้ไปแล้วดูเหมือนว่าผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและการปรับเปลี่ยนตนเองตามลำพัง บทบาทของพยาบาลคือการช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจว่าความพิการที่เกิดขึ้นมิได้หมายความว่าบทบาทหน้าที่ที่มีอยู่จะหมดสิ้นไป แต่บทบาทหน้าที่จะต้องได้รับการปรับปรุงใหม่ให้เหมาะสม การที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยไม่มีหน้าที่อีกต่อไป (Miller. 1992 : 407)

3.1.2.5 ความรู้สึกว่าเป็นภาระผู้อื่น การรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระเกิดขึ้นเมื่อบุคคลกลายมาเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นและมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นภาระผู้อื่น

การรู้สึกถึงคุณค่าในตนจะลดลง การที่ต้องพึ่งพิงทั้งทางกายภาพ เศรษฐกิจและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นภาระต่อคนอื่น นอกจากความรู้สึกต้องพึ่งพิงแล้ว ในผู้ป่วยบางรายก็เกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความผิดของตนและรู้สึกผิดต่อครอบครัว

3.2 การสูญเสียพลังอำนาจอันเนื่องมาจากการขาดความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และทักษะในการดูแลตนเอง

การขาดความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและทักษะในการดูแลตนเองส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกที่ไม่สามารถจะคาดเดาได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตน นอกจากนั้นการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษารวมถึงการไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกที่จะรับหรือไม่รับการรักษาก็ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกกลัว การให้ข้อมูลบางครั้งก็กระทำในลักษณะของการให้แบบชุดของข้อมูล ข้อสังเกตประการหนึ่งที่พบจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยคือการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาหารที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่พูดตรงกัน คือ อาหารต้องอด เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาหารที่ผู้ป่วยให้ความหมายและตีความเพื่อการปฏิบัติสำหรับตนเอง ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่เจ้าหน้าที่สุขภาพที่จะให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยควรที่จะต้องให้ความสนใจและต้องคำนึงถึง

3.3 การสูญเสียพลังอำนาจอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ

ในส่วนพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียพลังอำนาจที่สำคัญคือการแสดงออกทางด้านคำพูดและการแสดงออกถึงท่าทีของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่มีต่อผู้ป่วย

คำพูดและท่าทีของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ผู้ป่วยต้องการคือท่าทีที่เอาใจใส่และคำพูดที่ให้กำลังใจ

4. การรับรู้ถึงบทบาทของพยาบาล

จากการสอบถามผู้ป่วยถึงบทบาทของพยาบาลตามทัศนะของผู้ป่วย พบว่ามีความแตกต่างหลากหลายกันไปขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับจากการปฏิบัติงานของพยาบาล สรุปได้ดังนี้

4.1 บทบาทของพยาบาล คือการปฏิบัติงานตามคำสั่งของแพทย์

4.2 บทบาทของพยาบาล คือ การปฏิบัติงานตามหน้าที่ ได้แก่ วัดปรอท ความดัน ให้ยาและสอบถามอาการผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป

4.3 บทบาทของพยาบาลในการช่วยสนับสนุนทางด้านจิตใจ ในบริบทของการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล ความเครียด ความทุกข์ทรมาน และอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยแสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยให้บรรยากาศของความเครียด ความทุกข์ทรมานลดความรุนแรงลงได้

ในด้านการให้กำลังใจ พยาบาลซึ่งถือได้ว่าเป็นเจ้าหน้าที่สุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดมีบทบาทอย่างมากในการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยให้ความชื่นชมกับพยาบาลที่แสดงออกถึงท่าทีเอาใจใส่และห่วงใยผู้ป่วย

4.4 บทบาทของพยาบาลในการช่วยกระตุ้น

เป็นที่น่าสังเกตว่าการรับรู้ของผู้ป่วยต่อบทบาทของพยาบาลจะเน้นไปที่การปฏิบัติกิจกรรมตามคำสั่งแพทย์และการปฏิบัติการพยาบาลถูกมองว่าเป็นไปในเรื่องของการทำงานตามหน้าที่ เช่น วัดปรอท ความดัน สอบถามอาการทั่วไป ในขณะที่การให้ข้อมูลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอ้างอิงว่าได้รับจากแพทย์ แต่สิ่งหนึ่งที่ผู้ป่วยได้กล่าวถึงพยาบาลโดยบางครั้งไม่ได้มีการตั้งประเด็นในการถามก็คือ การให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจกับผู้ป่วยและผู้ป่วยเองเมื่อเกิดความคับข้องใจ ไม่เข้าใจ บุคคลแรกที่ผู้ป่วยและญาติจะเข้าไปหาคือพยาบาล แสดงให้เห็นถึงความไว้วางใจของผู้ป่วยและความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติว่าพยาบาลจะ

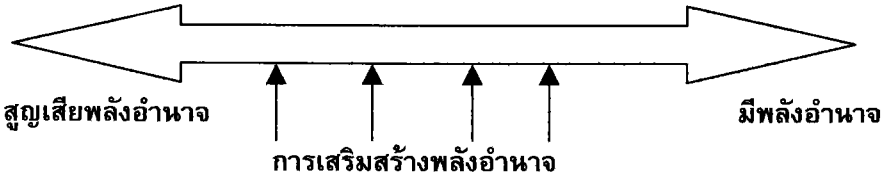
สามารถช่วยให้ความกระจ่างและแก้ไขภาวะความคับข้องใจให้กับตนเองได้ ซึ่งถือได้ว่าเป็นพื้นฐานเบื้องต้นของการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวผู้ป่วยและพยาบาลเป็นฐานอยู่แล้ว นอกจากนั้นในผู้ป่วยบางรายก็ยังได้แสดงออกถึงความเห็นใจในภารกิจของพยาบาล "ผมว่าบทบาทของพยาบาลที่ทำอยู่นี้ก็พอสมควรแล้ว" "คนไข้เยอะบางทีก็วิ่งพล่านหมด"

ข้อค้นพบนี้เกี่ยวกับทบาทของพยาบาลนี้เป็นเพียงมุมมองด้านเดียวที่เกิดจากการรับรู้และตีความของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ก็สามารถใช้เป็นสิ่งที่สะท้อนถึงบทบาทของพยาบาลในบริบทของระบบการรักษาพยาบาลได้ในระดับหนึ่ง

การอภิปรายผลการศึกษา

1. คุณลักษณะของการสูญเสียพลังอำนาจและพลังอำนาจ

ข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นถึงการเคลื่อนที่ไปมาระหว่างการสูญเสียพลังอำนาจกับการมีพลังอำนาจภายในตัวผู้ป่วยที่อยู่บนฐานของแหล่งพลังอำนาจเดียวกัน เมื่อใดก็ตามที่แหล่งของพลังอำนาจแหล่งใดแหล่งหนึ่งหรือหลาย ๆ แหล่งลดลงหรือเกิดความพร่อง ผู้ป่วยก็จะเกิดภาวะที่เรียกว่า สูญเสียพลังอำนาจ และในทางกลับกันถ้าแหล่งของพลังอำนาจนั้นได้รับการช่วยเหลือ เอื้ออำนวยหรือสนับสนุนให้มีความเข้มแข็งขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดภาวะที่เรียกว่า มีพลังอำนาจ แสดงให้เห็นว่าการสูญเสียพลังอำนาจและการมีพลังอำนาจเป็นสภาวะที่อยู่คนละขั้วบนเส้นตรงที่มีความต่อเนื่องกัน



ซึ่งการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเปลี่ยนจากการสูญเสียพลังอำนาจไปสู่การมีพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยของตน คือสิ่งที่เรียกว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาวะทั้งสองจากผลการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ (1) ความเจ็บป่วย (2) พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ (3) สัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม อันได้แก่ ครอบครัว สังคม และ (4) ความรู้ และทักษะในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับที่สเตปลีตัน (Stapleton. 1992 : 321)ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถึงการสูญเสียพลังอำนาจ ได้แก่ ความเจ็บป่วย ระบบบริการสุขภาพ สัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม อันได้แก่ ครอบครัว สังคม ความเชื่อ ค่านิยมและวัฒนธรรมของผู้ป่วย และความรู้เกี่ยวกับโรคและทักษะในการจัดการกับความเจ็บป่วย และซุค บลิง (Suk Bling. 1998) ที่พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งชาวจีนเกิดการสูญเสียพลังอำนาจ คือ ความเจ็บป่วย สัมพันธภาพกับผู้อื่นและการไม่สามารถปฏิบัติตามหน้าที่ที่เคยกระทำได้และปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ

การสูญเสียพลังอำนาจและมีพลังอำนาจ เมื่อนำมาเขียนในรูปแบบของคุณลักษณะ จะพบว่า

ปัจจัย	คุณลักษณะ	
	การสูญเสียพลังอำนาจ	**การมีพลังอำนาจ**
1. ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกาย	สมรรถภาพของร่างกายลดลง ⟷	สมรรถภาพของร่างกายปกติ
2. ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อจิตใจ	หมดหวังในการรักษาหรือหายจากโรคที่เป็นอยู่ ⟷	มีโอกาสในการรักษาหรือหายจากโรคที่เป็นอยู่
	ได้พบเห็นตัวอย่างผู้ป่วยรายอื่นในทางลบ ⟷	ได้พบเห็นตัวอย่างผู้ป่วยรายอื่นในทางบวก
	ไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตน ⟷	คาดเดาเหตุการณ์ของการเจ็บป่วยได้
	การที่ต้องถูกจำกัด ⟷	สามารถที่จะเลือก
	รู้สึกสูญเสีย ⟷	ยอมรับสภาพที่เปลี่ยนแปลงได้
	เป็นภาระผู้อื่น ⟷	รับรู้ถึงความรับผิดชอบที่มี
	ทัศนคติทางลบต่อโรค ⟷	ทัศนคติทางบวกต่อโรค
3. ความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง	ขาดข้อมูล ความรู้และทักษะ ⟷	มีความรู้และทักษะเพียงพอ
4. พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สุขภาพ	เฉยเมย ⟷	ห่วงใย
	บั่นทอนกำลังใจ ⟷	ให้กำลังใจ
	ไม่มีความสามารถ ⟷	มีความสามารถ
5. การได้รับการสนับสนุน ครอบครัว	ทอดทิ้ง ⟷	ดูแล
	บั่นทอนกำลังใจ ⟷	ให้กำลังใจ
สังคม	ไม่ให้ความช่วยเหลือ ⟷	ให้ความช่วยเหลือ
	บั่นทอนกำลังใจ ⟷	ให้กำลังใจ

คุณลักษณะดังกล่าวมีประโยชน์ในอันที่จะช่วยให้พยาบาลใช้ในการประเมินผู้ป่วยถึงสภาวะของพลังอำนาจและแหล่ง/ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียพลังอำนาจ เพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วยในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย

2. การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยและการจัดการกับการเจ็บป่วยกับการนำมาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยและการจัดการกับการเจ็บป่วยสามารถนำมาใช้เป็นข้อคิดที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ดังนี้

1. การให้ความสำคัญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นเมื่อการเจ็บป่วยนั้นส่งผลกระทบอย่างมากหรือชัดเจนต่อสมรรถภาพของร่างกาย ดังนั้นการให้ความรู้หรือภาพอนาคตแก่ผู้ป่วยถึงผลดีของการปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและผลเสียของการไม่ใส่ใจต่อสุขภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึงความรับผิดชอบของตนที่มีต่อสุขภาพ

2. การรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมชาติของชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ส่งผล 2 ทาง กล่าวคือ

2.1 ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับในสภาพของสังขาร เป็นการช่วยสนับสนุนทางด้านจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับและมีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วย

2.2 แม้เป็นเรื่องของธรรมชาติที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ก็สามารถควบคุมและมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขได้แม้มีข้อจำกัด

3. การจัดการกับการเจ็บป่วยตามแผนการรักษา

3.1 เรื่องการรับประทานยาเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากอยู่แล้ว แต่การให้ความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา อาการผิดปกติและแนวทางแก้ไขยังดูเหมือนเป็นสิ่งที่ยังขาดอยู่

3.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติตาม ปัจจัยในเรื่องการรับรู้ถึงผลดีของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อสภาพร่างกาย ผลของการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก นอกจากนั้นจะต้องประเมินถึงบุคลิกภาพของผู้ป่วยร่วมด้วยว่าเป็นประเภทที่ใส่ใจต่อสุขภาพของตนหรือไม่

4. การปรับปรุงสุขภาพของตนเอง การศึกษาชี้ให้เห็นว่าการเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่คอยย้ำเตือนด้วยความห่วงใยและการให้ผู้ป่วยคำนึงถึงครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับปรุงสุขภาพของตนเองได้

บรรณานุกรม

Miller, J.F. (1992). *Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness.* 2nd ed. Philadelphia : F.A. Davis.

Stapleton, S. (1992). Chapter 12. Decreasing Powerlessness in The Chronically Ill : A Prototypical Plan. In *Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness.* 2 nd ed. Edited by Miller, J.F. p. 305 – 322. Philadelphia : F.A. Davis.

Suk Bling, Mok Suen. (1998). *A Model of Empowerment for Hong Kong Chinese Cancer Patients and The Rrole of Self-help Group in The Empowering Process.* Dissertation : Ph.D. (Nursing). Hong Kong : The Hong Kong Polytechnic University. Photocopied.

เนื้อหาสาระ
หน่วยที่ 2 การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจโดยคำจำกัดความหมายถึง *"การเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเองในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพ ด้วยการช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงจุดแข็ง ความสามารถและอำนาจในตน การได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมแบบเท่าเทียมกันในการค้นหาปัญหา พัฒนาการดูแลสุขภาพของตน รวมถึงการดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนภายใต้การสนับสนุนข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ การสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย รวมถึงการให้ข้อมูลและ/หรือส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนให้กับผู้ป่วยซึ่งจะเอื้ออำนวยและสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตและกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสร้างทางเลือกสำหรับดูแลสุขภาพของตนเองและมีความมุ่งมั่นทุ่มเทที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวทางที่ตนเองได้กำหนดขึ้น"*

ปรัชญาของการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย อยู่บนหลักการ 2 ประการ คือ **ประการแรก** แนวคิดนี้เชื่อว่า ผู้ป่วยมีหน้าที่สำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและสุขภาพของตนเอง **ประการที่สอง** ปรัชญาการเสริมสร้างพลังอำนาจ เชื่อว่าผู้ป่วยเป็นผู้มีประสบการณ์อย่างต่อเนื่องยาวนานทั้งความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและการรักษาความเจ็บป่วยของตน ดังนั้นจึงมีสิทธิอันชอบธรรมที่จะเป็นบุคคลแรกที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพและการรักษาพยาบาลของตน ถึงแม้ว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพจะเข้ามามีบทบาทในกระบวนการตัดสินใจนี้ด้วยก็ตาม แต่การประเมินว่าอะไรคือสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยก็เป็นสิทธิอันชอบธรรมและหน้าที่ของผู้ป่วยนั้นเอง (Feste. 1992 : 922 – 925; Gibson. 1991 : 354 – 361) จากการที่การเสริมสร้างพลังอำนาจให้ความสำคัญกับความสามารถของผู้ป่วย ดังนั้น*เป้าหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจคือการปรับกลยุทธ์ที่ดีที่สุดเพื่อให้เกิดการเพิ่มและส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วย* นอกจากนั้นการบรรลุถึงวัตถุประสงค์ที่เกิดจากความร่วมมือ ถือเป็นกระบวนการประชาธิปไตยที่เน้นไปที่สิทธิและความสามารถ (Gibson. 1991.) การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นแนวคิดที่สนับสนุนความมีอิสระเสรีภาพของผู้ป่วยและสิทธิของผู้ป่วยที่เพิ่งเกิดขึ้นในสังคมไทยได้เป็นอย่างดี

ในมุมมองของการเสริมสร้างพลังอำนาจเอง เป้าหมายประการแรกของเจ้าหน้าที่สุขภาพ คือ การเตรียมผู้ป่วยให้สามารถสร้างทางเลือกเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง (Feste 1992 : 922 – 925) เมื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ประยุกต์ใช้กับการเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้มีการวิจัยที่ยืนยันว่า ความรู้สึกถึงการควบคุมตนสามารถพัฒนาการปรับตัวให้เข้ากับความเจ็บป่วยทางกาย (Suk Bling. 1998 : 55) การที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมชะตาชีวิตของตนเองไม่ใช่แค่ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพดี แต่ยังส่งผลต่อกระบวนการ

ตัดสินใจและกระบวนการรักษาพยาบาล (Brighton. 1994 : 12 ; citing Neufeld, Degner and Dick. 1993. *A nursing intervention strategy to foster patient involvement in treatment decision.*)

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดจากความเชื่อที่ว่าบุคคลอยู่ในภาวะที่รับรู้ว่าตนเองขาดการควบคุมตนหรือเหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้น ๆ หรือเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะควบคุมสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของตน ซึ่งคาร์เพนิโต (Carpenito. 1991 : 474) เรียกว่าเป็นการสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) ซึ่งการสูญเสียพลังอำนาจนำไปสู่ความรู้สึกเก็บกด ซึมเศร้า และความนับถือตนเองที่ต่ำลง เป็นสาเหตุของความรู้สึกหมดหวัง (Hopelessness) ที่หมุนเวียนอยู่ในตัวบุคคล (Miller. 1992 : 416) สำหรับในผู้ป่วยโรคเรื้อรังความรู้สึกถึงการสูญเสียพลังอำนาจเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ โดยอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์ต่อความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วย เช่น การกลับเป็นซ้ำ การที่อาการของโรคหรือสภาพทางกายที่แย่ลง การสูญเสียทั้งทางกายและจิต การรักษาพยาบาลต่าง ๆ ที่ได้รับ ภาษาทางการแพทย์ที่เจ้าหน้าที่สุขภาพใช้กันส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวและไม่รู้ว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นกับตน ปัจจัยทั้งหลายเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรับรู้ว่าตนเองขาดการควบคุม (Miller. 1992 : 4)

องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ก่อนที่นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้ในงานการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจถึงองค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งสรุปสาระเป็นประเด็นใหญ่ ๆ ได้ดังนี้ (Funnell. et al. 1991; Hawkes. 1992; Gibson. 1991,1995; Mackintosh. 1995; Rodwell.1996; Suk Bling. 1998) (1) คุณลักษณะ (Attributes) (2) สิ่งที่ต้องเกิดขึ้นก่อน (Antecedent) (3) กระบวนการ (Process) และ (4) ผลลัพธ์ (Outcomes and consequences)

องค์ประกอบของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย มีรายละเอียดดังนี้

1. คุณลักษณะ (Attributes) ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.1 คุณลักษณะของเจ้าหน้าที่สุขภาพ (Attributes of empowerer) ความรู้สึกถึงการเป็นเจ้าของในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการใช้ทักษะวิชาชีพที่สำคัญ ได้แก่ (1) ทักษะในการสื่อสาร (Communication skill) (2) ทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal skill) และ (3) ทักษะการใช้อำนาจในการรักษาพยาบาลในทางบวก (Using professional power in positive way)

1.2 คุณลักษณะของผู้ป่วย (Attributes of empowered) ความตั้งใจที่จะยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจ หน้าที่ความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจ (Hawks. 1992) แต่ทั้งนี้การที่บุคคลจะยอมรับการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล ซึ่งตามแนวคิดของกิปสัน (Gibson. 1991) ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้น ประกอบด้วยปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal factor) ได้แก่ ค่านิยม ความเชื่อ เป้าหมายในชีวิต และประสบการณ์ส่วนบุคคล และปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factor) ที่สำคัญคือการสนับสนุนทางสังคม

1.3 คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย

1.3.1 การที่ผู้ป่วยเป็นเจ้าของสุขภาพและมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อสุขภาพของตน

1.3.2 การเป็นหุ้นส่วนและการยอมรับในคุณค่าและความสามารถของผู้ป่วย

1.3.3 การให้การช่วยเหลือและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง

1.3.4 การมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและมีอิสระในการตัดสินใจ

1.3.5 การแสวงหาความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากรเพื่อการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ

1.3.6 การปรับเปลี่ยนความคิด ทัศนคติ

2. สิ่งที่เกิดขึ้นก่อน (Antecedent of Empowerment) ได้แก่ การให้ความเคารพ (Respect) ต่อความเชื่อ ค่านิยมและประสบการณ์ของบุคคล ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Mutual trust) การเชื่อในความสามารถของผู้ป่วยในการตัดสินใจ การยอมรับในหน้าที่ความรับผิดชอบและการกระทำของผู้ป่วย ความมุ่งมั่นทุ่มเทที่มีร่วมกัน (Mutual commitment) ระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพกับผู้ป่วยในการกระทำที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

3. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.1 การสร้างความร่วมมือ

3.2 การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย

3.3 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

3.4 การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากร

3.5 การดำเนินการด้วยตนเอง

3.6 การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วย

4. ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ (Outcomes and Consequences)

4.1 การเปลี่ยนแปลงการรับรู้

(1) การนับถือตนเอง (Self – esteem)

(2) ความสามารถในการควบคุมตน (Personal control)

(3) ความสามารถในตน (Self – efficacy)

4.2 การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม

(1) ความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง

(2) ความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับการเจ็บป่วย

(3) ความมุ่งมั่นผูกพันต่อการรักษาพยาบาล

4.3 การมีสุขภาวะที่ดี (well-being)

การศึกษาผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย

ผลการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (1995) ในมารดาเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจจะนำมาซึ่งการรับรู้พลังอำนาจ เป็นการที่บุคคลรายงานว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้ โดยมีการรับรู้ใน 4 ด้าน คือ (1) ความรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง (A sense of mastery of their situation) โดยบุคคลจะเกิดความชัดเจนมากขึ้นในการดูแลตนเอง ประสบการณ์จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ ประกอบการนำความรู้ และประสบการณ์เดิมที่มีอยู่มาผสมผสาน เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (2) มีความพึงพอในในตนเอง (Personal satisfaction) เมื่อบุคคลประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ก็จะเกิดความรู้สึกพึงพอใจในความสามารถของตนเอง นำไปสู่ความมั่นใจและกำลังใจในการปฏิบัติงานต่อไป (3) การพัฒนาตน

เอง (Self – development) จะช่วยให้บุคคลรู้สึกมั่นใจในความสามารถเพิ่มขึ้น และ (4) มีเป้าหมายและมองเห็นถึงความหมายในชีวิต (Purpose and meaning in life)

ชุค บลิง (Suk Bling. 1998) ได้ทำการศึกษาถึงผลลัพธ์ของรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจที่สร้างขึ้นและใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่าตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย

1. ความรู้สึกว่าตนเองยังมีความหมาย (Meaning) สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับครอบครัวเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยอดทนต่อความยากลำบากและจัดการกับการเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมาน ที่เกิดขึ้น

2. ความมั่นใจที่ผู้ป่วยมีต่อตนเองและต่อเจ้าหน้าที่สุขภาพ

3. การมีความรู้และทักษะ ข้อมูลถือได้ว่าเป็นแหล่งของพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วย ความรู้คืออำนาจ ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยทราบถึงสภาพของตนและกระทำกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อตนเอง

3.1 การสร้างทางเลือก ข้อมูลไม่เพียงแต่ช่วยทำนายการควบคุมตนเองสำหรับผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังช่วยสร้างทางเลือกเพื่อตัดสินใจสำหรับผู้ป่วย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยยังคงรับฟังคำแนะนำจากแพทย์และเจ้าหน้าที่สุขภาพ เพราะเชื่อว่าพวกเขาเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรค แต่การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่เคารพต่อการตัดสินใจของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถึงการควบคุมถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนต่อไป

3.2 การมีส่วนร่วมในการกระทำในการส่งเสริมสุขภาพ ด้วยความรู้และทักษะผู้ป่วยจะพยายามกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้ดีที่สุด แทนที่จะเชื่อว่าโรคที่เป็นอยู่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจะมีความเชื่อว่าผู้ป่วยเองสามารถมีอิทธิพลต่อผลกระทบอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย ด้วยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี รับประทานอาหารที่สร้างความสมดุลให้กับร่างกายและการออกกำลังกาย ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้สุขภาพฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว

3.3 สถานะภาพทางด้านเศรษฐกิจ ในผู้ป่วยบางรายต้องหยุดงาน เนื่องจากสภาพร่างกายและการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือทางด้านการเงิน การรู้ว่าจะหาแหล่งที่ช่วยสนับสนุนการเงินสำหรับผู้ป่วย เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยอีกทางหนึ่ง

4. การมองโลกในแง่ดี

ଔଔଔଔଔଔଔଔ

บรรณานุกรม

Brighton, D. (1994). *The Patient, The Oncology Nurse and Power : An Analysis of The Concepts.* (Online). Available : http://www.david-brighton.co.uk/dissertation.html.

Carpenito, L. (1991). *Handbook of Nursing Diagnosis.* Philadelphia : J.B. Lippincott.

Feste, C. (1992,July). "A Practical look at Patient Empowerment." *Diabetes Care.* 15(7) : 922 – 925.

Funnell, M.M. et al. (1991,Jan). "Empowerment : An Idea Whose Time Has Come In Diabetes Education." *The Diabetes Education.* 17(1) : 37 – 41.

Gibson, C.H. (1991,March). "A concept analysis of empowerment." *Journal of Advanced Nursing.* 16(3). : 354 – 361.

Gibson, C. H. (1995,June). "The Process of Empowerment in Mothers of Chronically Ill Children." *Journal of Advanced Nursing.* 21 (6) : 1201 – 1210.

Hawkes, J.H. (1992,May). "Empowerment in nursing education : concept analysis and application to philosophy, learning and instruction." *Journal of Advanced Nursing.* 17(5) : 609 – 618.

Mackintosh, N. (1995,Nov). "Self-empowerment in Helath Promotion : A Realistic Target ?." *British Journal of Nursing.* 4(21) : 1273 – 1278.

Miller, J.F. (1992). *Coping with Chronic Illness : Overcoming Powerlessness.* 2nd ed. Philadelphia : F.A. Davis.

Rodwell CM. (1996,Feb). "An Analysis Concept of Empowerment." *Journal of Advanced Nursing.* 23 (2) : 305 – 313.

Suk Bling, Mok Suen. (1998). *A Model of Empowerment for Hong Kong Chinese Cancer Patients and The Rrole of Self-help Group in The Empowering Process.* Dissertation : Ph.D. (Nursing). Hong Kong : The Hong Kong Polytechnic University. Photocopied.

คู่มือ
การฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

การฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเรียนรู้ตามหลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

คู่มือนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมใช้เป็นแนวทางในการฝึกปฏิบัติ ฯ โดยได้แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับ การเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติ ขั้นตอนการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล บันทึกและแบบประเมินที่ใช้ในการปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจ รายละเอียดมีดังนี้

การเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติ

ก่อนที่จะเข้าสู่การฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ผู้เข้ารับการอบรมทุกคนจะต้องทบทวนองค์ความรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมในช่วงการประชุมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งประเด็นสำคัญที่จะต้องทำความเข้าใจ ได้แก่

1.1 คำจำกัดความและปรัชญาของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.2 ความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ความรู้เกี่ยวกับการประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

บทบาทและสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในการปฏิบัติงานในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการ

1.6 ความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พยาธิสภาพของโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่จะคัดเลือกเป็นกรณีศึกษา

ขั้นตอนการปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

2.1 การคัดเลือกผู้ป่วยสำหรับการฝึกปฏิบัติ ฯ

2.1.1 เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วย

2.1.1.1 ผู้ป่วยที่คัดเลือกสำหรับการฝึกปฏิบัติ ฯ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไตวาย เป็นต้น

2.1.1.2 ไม่ได้จัดอยู่ในประเภทผู้ป่วยวิกฤติ หรือกึ่งวิกฤติ

2.1.1.3 ไม่มีความผิดปกติทางสติสัมปชัญญะและระดับความรู้สึกตัว

2.1.1.4 สามารถเข้าใจภาษาไทยและสามารถตอบคำถามได้

2.1.1.5 สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

2.1.1.6 ยินดีให้ความร่วมมือในการฝึกปฏิบัติ เข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง และสามารถติดตามผู้ป่วยได้ตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ในการคัดเลือกผู้ป่วย เริ่มต้นด้วยการประเมินผู้ป่วยที่ผู้เข้ารับการอบรมสนใจจะทำการศึกษาจากเวชระเบียนและบันทึกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย รวมทั้งจากการสอบถามจากแพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยถึงรายละเอียดผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ข้อมูลที่แพทย์/พยาบาล

ประเมินผู้ป่วยถึงปัญหาในการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อประกอบการตัดสินใจคัดเลือกผู้ป่วยร่วมกับเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด

2.2 การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย

ผู้เข้ารับการอบรมทุกคนที่ฝึกปฏิบัติ ฯ จะต้องพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่ทำการศึกษาด้วยวาจา โดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การฝึกปฏิบัติ ขั้นตอนการฝึกปฏิบัติ และระยะเวลาของการฝึกปฏิบัติ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของผู้ป่วยในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ในระหว่างการศึกษาหากผู้ป่วยไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการศึกษาต่อจนครบตามกำหนดเวลา ผู้ป่วยสามารถบอกเลิกได้โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับเช่นกัน ข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลของผู้ป่วยจะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง

2.3 ผู้เข้าการอบรมคัดเลือกผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามเกณฑ์ที่กำหนดคนละ 4 ราย

3. ขั้นตอนการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3.1 การปฏิบัติงานตามขั้นตอนในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 ขั้นตอน ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความร่วมมือ
ขั้นตอนที่ 2 การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย
ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ
ขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุน เอื้ออำนวย ข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร
ขั้นตอนที่ 5 การดำเนินการด้วยตนเอง
ขั้นตอนที่ 6 การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย

ขั้นตอน เป้าหมายและตัวชี้วัดของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สรุปได้ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 สรุปรายละเอียดขั้นตอน เป้าหมายและตัวชี้วัดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ขั้นตอน	เป้าหมาย	ตัวชี้วัด
1. การสร้างความร่วมมือ **วิธีการ** การจัดระบบบริการพยาบาลที่เอื้ออำนวยต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ การปรับเปลี่ยนทัศนคติของพยาบาลและผู้ป่วย	สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ผู้ป่วยรับรู้บทบาทของตนเกี่ยวกับการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของตนเอง ความต้องการของผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการทางด้าน	การยอมรับของผู้ป่วยต่อบทบาทของตนเกี่ยวกับการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของตนเอง การยอมรับการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ขั้นตอน	เป้าหมาย	ตัวชี้วัด
การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย การสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการทางด้านสุขภาพของตนและกิจกรรมเพื่อให้บรรลุความต้องการของตน	สุขภาพของตนและกิจกรรมเพื่อให้บรรลุความต้องการของตน	
2. การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย **วิธีการ** การประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วย การช่วยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมกับพยาบาล การช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนตรงตามสภาพความเป็นจริง	การประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วย การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมกับพยาบาล การรับรู้ต่อสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยตรงตามสภาพที่เป็นจริง	ข้อมูลการประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วย ข้อมูลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การแสดงออกถึงความเข้าใจของผู้ป่วยต่อสภาพการเจ็บป่วยของตนตรงตามสภาพความเป็นจริง
3. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ **วิธีการ** การช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา การแสวงหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหา การช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเองที่จะตัดสินใจจัดการกับปัญหา	แผนการจัดการกับปัญหา การกำหนดเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้	แผนการจัดการกับปัญหา
4. การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร **วิธีการ** การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความ	การแสดงออกถึงความต้องการของผู้ป่วยในการได้รับการสนับสนุนข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากรที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของแผนที่ตั้งไว้	ข้อมูล ทักษะและทรัพยากรที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น ๆ

ขั้นตอน	เป้าหมาย	ตัวชี้วัด
ต้องการข้อมูล ความรู้ ทักษะ และทรัพยากรสำหรับการดำเนินตามแผน การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่ง ทรัพยากรที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย		
5. การดำเนินการด้วยตนเอง **วิธีการ** การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนที่ตนเองได้ตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ	ผู้ป่วยสามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนที่ตนเองได้ตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ	ผลการดำเนินการและการประเมินผลตามแผนที่ผู้ป่วยได้ตัดสินใจ
6. การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย **วิธีการ** การช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการจัดการกับการเจ็บป่วย การช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการจัดการกับการเจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ	ความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง ความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ	การแสดงออกถึงการรับรู้ถึงความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับการเจ็บป่วยหรือสภาพปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย

ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติ 2 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 14 – 25 มกราคม 2545

3.2 ในระหว่างการฝึกปฏิบัติ ผู้เข้ารับการอบรมทุกคนจะต้องเข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อยคนละ 2 ครั้ง เพื่อรายงานความก้าวหน้าของการปฏิบัติงาน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาและอุปสรรคที่พบ และร่วมกันค้นการแนวทางในการแก้ไข กำหนดการในการประชุมกลุ่มย่อย 2 ครั้ง มีดังนี้

3.2.1 ครั้งที่ 1 กลุ่มที่ 1 วันที่ 17 มกราคม 2545 เวลา 09.00 – 12.00 น.
กลุ่มที่ 2 วันที่ 17 มกราคม 2545 เวลา 13.00 – 16.00 น.
กลุ่มที่ 3 วันที่ 18 มกราคม 2545 เวลา 09.00 – 12.00 น.
กลุ่มที่ 4 วันที่ 18 มกราคม 2545 เวลา 13.00 – 16.00 น.

3.2.2 ครั้งที่ 2 กลุ่มที่ 1 วันที่ 24 มกราคม 2545 เวลา 09.00 – 12.00 น.
กลุ่มที่ 2 วันที่ 24 มกราคม 2545 เวลา 13.00 – 16.00 น.
กลุ่มที่ 3 วันที่ 25 มกราคม 2545 เวลา 09.00 – 12.00 น.

กลุ่มที่ 4 วันที่ 25 มกราคม 2545 เวลา 13.00 – 16.00 น.

การรายงานความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานในแต่ละครั้งของการประชุมกลุ่ม มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 รายงานผลการปฏิบัติงานตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจขั้นตอนที่ 1 ถึงขั้นตอนที่ 4 เป็นอย่างน้อย

ครั้งที่ 2 รายงานผลการปฏิบัติงานตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจขั้นตอนที่ 5 ถึงขั้นตอนที่ 6 และสรุปผลการปฏิบัติงาน

3.3 การรายงานและนำเสนอผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง จะนำเสนอในวันที่ 28 มกราคม 2545 โดยผู้เข้ารับการอบรมแต่ละคนรายงานผลการปฏิบัติงานในประเด็นดังต่อไปนี้

3.3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ทำการศึกษา

3.3.2 ผลการปฏิบัติการพยาบาลในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.3.3 ปัญหาและอุปสรรคที่พบระหว่างการดำเนินการ การแก้ไขปัญหาและอุปสรรค

3.3.4 ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

4. เกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล

การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลใช้เกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้เข้ารับการอบรมใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพยาบาลและบันทึกผลการปฏิบัติงานในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนการสร้างความร่วมมือ

ผู้ป่วยบอกได้ถึงบทบาทของตนเกี่ยวกับการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

การยอมรับของผู้ป่วยในการมีส่วนร่วมในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. ขั้นตอนการค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย

2.1 ข้อมูลการประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วย

2.2 ข้อมูลที่แสดงถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการกำหนดปัญหาด้านสุขภาพ

2.3 ข้อมูลที่แสดงถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาด้านสุขภาพ

2.4 ผู้ป่วยสามารถอธิบายสภาพการเจ็บป่วยของตนได้ตรงตามสภาพความเป็นจริง

3. ขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

3.1 ข้อมูลที่แสดงถึงวิธีการที่ใช้ในการช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น

3.2 ข้อมูลที่แสดงถึงวิธีการในการช่วยให้ผู้ป่วยแสวงหาวิธีการในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ

3.3 แผนการดำเนินการจัดการกับปัญหาสุขภาพ ที่แสดงถึง

3.3.1 กลวิธีการจัดการกับปัญหา

3.3.2 เกณฑ์การประเมินผล

4. ขั้นตอนการเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร

ข้อมูลที่แสดงถึงความต้องการของผู้ป่วยเกี่ยวกับ ข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรเพื่อใช้ในการดำเนินการตามแผน

4.2 การสนับสนุนข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรที่ให้กับผู้ป่วย

4.3 การประเมินผลการให้ข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรแก่ผู้ป่วย

4.3.1 ความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อข้อมูล ความรู้ที่ได้รับ

4.3.2 ความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามทักษะที่ได้รับ

4.3.3 ความสามารถของผู้ป่วยในการใช้ทรัพยากรเพื่อการจัดการกับปัญหา

5. ขั้นตอนการดำเนินการด้วยตนเอง

5.1 ผลการประเมินการดำเนินงานของผู้ป่วยตามแผน

6. ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

6.1 การแสดงออกทางคำพูดถึงความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในความสามารถของตนในการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

5. บันทึกที่ใช้ในการปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

แบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

แบบบันทึกการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

แบบบันทึกแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

แบบรายงานการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

แบบบันทึกที่ใช้ในการปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีรายละเอียดดังนี้

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่ทำการศึกษา

คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่าง..... หรือขีดเครื่องหมาย ✔ ลงในช่อง ☐ ตามที่ผู้ป่วยเลือกตอบ

ชื่อผู้ป่วย ..... นามสกุล ..... H.N.....

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด
   - ☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา
   - ☐ ประถมศึกษา
   - ☐ มัธยมศึกษา
   - ☐ อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร
   - ☐ ปริญญาตรี
   - ☐ อื่น ๆ ระบุ .....
4. สถานภาพสมรส
   - ☐ โสด
   - ☐ คู่ (อยู่ร่วมกัน)

   ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่
5. อาชีพ
   - ☐ แม่บ้าน/ไม่ประกอบอาชีพ
   - ☐ เกษตร (เช่น ทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น)
   - ☐ ค้าขาย
   - ☐ รับราชการ (ทำงานในหน่วยราชการหรือรัฐวิสาหกิจ)
   - ☐ รับจ้าง (ผู้ที่ทำงานโดยรับค่าจ้างจากนายจ้างซึ่งไม่ใช่หน่วยงานราชการหรือรัฐวิสาหกิจ)
   - ☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....
6. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว ..... บาทต่อเดือน
7. รายได้ที่ผู้ป่วยได้รับเพียงพอกับค่าใช้จ่ายหรือไม่

   เพียงพอและมีเหลือเก็บ ☐ เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ

   ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน ☐ ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน
8. วิธีเสียค่ารักษาพยาบาล
   - ☐ เบิกต้นสังกัด/ประกันสังคม
   - ☐ ชำระเอง
   - ☐ สังคมสงเคราะห์
   - ☐ อื่น ๆ ระบุ .....
9. การวินิจฉัยโรคที่ได้รับ .....

   ระยะเวลาที่เป็นโรค ..... ปี
10. การรักษาที่ได้รับ

.....

.....

.....

.....

.....

11. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

.....

.....

.....

12. ภาวะการควบคุมโรค

☐ ควบคุมโรคได้ดี ☐ ควบคุมโรคได้ไม่ดี

ข้อมูลสนับสนุนผลการประเมิน .....

.....

.....

.....

13. ผู้ที่ดูแลผู้ป่วย คือ .....

14. บุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วย คือ .....

ଔଔଔଔଔଔଔ

แบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

คำชี้แจง บันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ทำการศึกษาตามข้อรายการที่กำหนด รวมถึงสิ่งบ่งชี้และรายละเอียดที่พบจากการประเมินผู้ป่วย

1. ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

1.1 ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย

☐ ปกติ

☐ ผิดปกติหรือถูกจำกัด **(สิ่งบ่งชี้)** .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

1.2 ความสามารถในการทำกิจกรรม/กิจวัตรประจำวัน

☐ สามารถทำได้ด้วยตนเอง

☐ ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ช่วย

☐ ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในลักษณะช่วยทำ ชี้แนะหรือสอน

☐ ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นและต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือช่วย

☐ ไม่สามารถช่วยตัวเองได้เลย ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด

1.3 ระดับของพลังงานของร่างกายที่ใช้ในการทำกิจกรรม/กิจวัตรประจำวัน

☐ ปกติ

☐ ลดลง **(สิ่งบ่งชี้)** .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

1.4 ความรู้สึกนึกคิดและการตัดสินใจ

☐ ปกติ

☐ ผิดปกติ **(สิ่งบ่งชี้)** .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

2. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

2.1 การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย

.....

.....

2.2 การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย

.....

.....

2.3 การรับรู้เกี่ยวกับวิถีการดำเนินของโรค

.....

.....

.....

2.4การรับรู้เกี่ยวกับการรักษาการเจ็บป่วย

.....

.....

2.5 ประสบการณ์ที่มีต่อการเจ็บป่วยทั้งจากตนเองและผู้อื่น ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ

.....

.....

3. ความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

3.1 ความสามารถในการควบคุมโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย

☐ สามารถควบคุมโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย

☐ ไม่สามารถควบคุมโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

3.2 ความสามารถในการจัดการกับความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย

☐ สามารถจัดการกับความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย

☐ ไม่สามารถจัดการกับความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

3.3 ความสามารถในการเลือกวิธีการในการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมกับตน

☐ สามารถเลือกวิธีการในการจัดการกับการเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพตนเอง

☐ ไม่สามารถเลือกวิธีการในการจัดการกับการเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพตนเอง

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

3.4 ความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล

☐ สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล

☐ ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

3.5 ความสามารถในการปรับแผนการรักษาให้เข้ากับชีวิตประจำวัน

☐ สามารถปรับแผนการรักษาให้เข้ากับชีวิตประจำวัน

☐ ไม่สามารถปรับแผนการรักษาให้เข้ากับชีวิตประจำวัน

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

3.6ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

☐ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

☐ ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

3.7 ความสามารถในการจัดการกับผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อจิตใจ : ความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล ฯลฯ

☐ สามารถจัดการกับผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อจิตใจ

☐ ไม่สามารถจัดการกับผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อจิตใจ

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

3.8 ความสามารถในการแสวงหาข้อมูล ความรู้ ทักษะ เพื่อการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

☐ สามารถแสวงหาข้อมูล ความรู้และทักษะเพื่อจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

☐ ไม่สามารถแสวงหาข้อมูล ความรู้และทักษะเพื่อจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

4. ความรับรู้ที่มีต่อตนเอง อัตมโนทัศน์ในตน และแรงจูงใจ

4.1การรับรู้ถึงข้อจำกัดทางด้านร่างกายของตน

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

4.2 การยอมรับต่อภาวะที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ของร่างกาย

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

4.3 การรับรู้ถึงความหวังที่มีต่อการเจ็บป่วยและชีวิตของตน

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

4.4การรับรู้ว่าตนเองยังมีคุณค่า/ความสำคัญต่อบุคคลอื่น

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

4.5 การมีเป้าหมายในชีวิต

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

5. ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

5.1 เชื่อว่าการมีสุขภาพที่ดีได้นั้นเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของตน

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

5.2 เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อตัวเองได้

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

5.3 เชื่อในการรักษาพยาบาลที่ได้รับว่าจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้น

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

5.4 เชื่อในความสามารถของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ให้การรักษาพยาบาลตน

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

5.5 เชื่อในโอกาสที่จะรักษาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

5.6 เชื่อในศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และบุคคลเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

6. บทบาทและสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม

6.1 ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว

☐ ไม่เปลี่ยนแปลง ☐ มีการเปลี่ยนแปลง

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

6.2 ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

☐ ไม่เปลี่ยนแปลง ☐ มีการเปลี่ยนแปลง

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

6.3 สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว

6.3.1 การได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

6.3.2 การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

6.4 สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคม : เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน ฯลฯ

6.4.1 การได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

6.4.2 การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

6.5 สัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ

6.5.1 การได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

6.5.2 การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

แบบบันทึกการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ปัญหา	ปัจจัยสาเหตุ	สิ่งบ่งชี้	ข้อวินิจฉัย	ลำดับความสำคัญ

บันทึกแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ข้อวินิจฉัย	กลวิธีการจัดการกับปัญหา	เกณฑ์การประเมินผล	ผลการดำเนินการ

แบบรายงานการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

แบบรายงานการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นการบันทึกสิ่งที่ผู้เข้ารับการอบรมได้ปฏิบัติในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กิจกรรม	การปฏิบัติ		ผลการปฏิบัติกิจกรรม/แหล่งข้อมูลอ้างอิงผลการปฏิบัติกิจกรรม
	ปฏิบัติ	ยังไม่ปฏิบัติ	
1. การเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย			
2. ขั้นตอนการสร้างความร่วมมือ 2.1 การช่วยผู้ป่วยรับรู้บทบาทของตนเกี่ยวกับการจัดการการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง 2.2 การช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับการมีส่วนร่วมในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ			
3. ขั้นตอนการค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย 3.1 การประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วย 3.2 การวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วย 3.3 การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ 3.4 การช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้สภาพการเจ็บป่วยของตนได้ตรงตามสภาพความเป็นจริง			
4. ขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 4.1 การช่วยให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น 4.2 การช่วยผู้ป่วยแสวงหาวิธีการในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ 4.3 แผนการดำเนินการจัดการกับปัญหาสุขภาพ 4.3.1 กลวิธีการจัดการกับปัญหา 4.3.2 เกณฑ์การประเมินผล			

กิจกรรม	การปฏิบัติ		ผลการปฏิบัติกิจกรรม/แหล่งข้อมูลอ้างอิงผลการปฏิบัติกิจกรรม
	ปฏิบัติ	ยังไม่ปฏิบัติ	
5. ขั้นตอนการเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากร 5.1 การช่วยผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการเกี่ยวกับข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรเพื่อใช้ในการดำเนินการตามแผน 5.2 การสนับสนุนข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรให้กับ ผู้ป่วย 5.3 การประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อข้อมูล ความรู้ที่ได้รับ 5.4 การประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามทักษะที่ได้รับ 5.5 การประเมินความสามารถผู้ป่วยในการใช้ทรัพยากรเพื่อการจัดการกับปัญหา			
6. ขั้นตอนการดำเนินการด้วยตนเอง 6.1 การประเมินผลการดำเนินงานของผู้ป่วยตามแผน			
7. ขั้นตอนการปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วย 7.1 การประเมินความเชื่อมั่นของผู้ป่วยต่อความสามารถในการควบคุมการเจ็บป่วยหรือการจัดการกับปัญหาสุขภาพ			

ข้อมูลการฝึกอบรมโรงพยาบาลลพบุรี
ระหว่างวันที่ 9 – 28 มกราคม 2545

1. ตารางการฝึกอบรม

การประชุมเชิงปฏิบัติการ ระหว่างวันที่ 9 – 11 มกราคม 2544

วันที่ 9 มกราคม 2545

08.30 – 09.45 น.	พิธีเปิดการประชุม วิทยากรปฐมนิเทศหลักสูตรฝึกอบรม
09.45 – 10.00 น.	พัก 15 นาที
10.00 – 11.00 น.	บรรยาย : การเจ็บป่วยเรื้อรังกับพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง
11.00 – 12.00 น.	บรรยาย : กรณีศึกษาพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย
12.00 – 13.00 น.	พักกลางวัน
13.00 – 14.00 น.	บรรยาย : การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
14.00 – 15.00 น.	บรรยาย : การพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
15.00 – 15.15 น.	พัก 15 นาที
15.15 – 16.00 น.	วิทยากรร่วมกับผู้เข้ารับการอบรมสรุปการเรียนรู้ และอภิปรายทั่วไป

วันที่ 10 มกราคม 2545

09.00 – 10.00 น.	ประชุมกลุ่ม ศึกษาขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
10.00 – 10.15 น.	พัก 15 นาที
10.15 – 12.00 น.	อภิปรายผลการศึกษา และสรุปการเรียนรู้
12.00 – 13.00 น.	พักกลางวัน
13.00 – 14.00 น.	บรรยาย : แนวทางการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
14.00 - 15.00 น.	ประชุมกลุ่ม ศึกษากรณีตัวอย่างเพื่อวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
15.00 - 15.15 น.	พัก 15 นาที
15.15 - 16.15 น.	อภิปรายผลการศึกษากรณีตัวอย่าง และสรุปการเรียนรู้

วันที่ 11 มกราคม 2545

09.00 – 10.00 น.	ศึกษาเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
10.00 – 10.15 น.	พัก 15 นาที
10.15 – 12.00 น.	สรุปองค์ความรู้และประเมินผลผู้เข้ารับการอบรม
12.00 – 13.00 น.	พักกลางวัน
13.00 – 15.00 น.	ปฐมนิเทศการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

.....สิ้นสุดการประชุมเชิงปฏิบัติการ.....

การฝึกปฏิบัติ

วันที่ 14 มกราคม – 25 มกราคม 2544 ฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ประชุมกลุ่มย่อยนำเสนอผลการปฏิบัติการพยาบาลครั้งที่ 1

วันที่ 17 มกราคม 2545

กลุ่มที่ 1 เวลา 09.00 – 12.00 น.

กลุ่มที่ 2 เวลา 13.00 – 16.00 น.

วันที่ 18 มกราคม 2545

กลุ่มที่ 3 เวลา 09.00 – 12.00 น.

กลุ่มที่ 4 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ประชุมกลุ่มย่อยนำเสนอผลการปฏิบัติการพยาบาลครั้งที่ 2

วันที่ 24 มกราคม 2545

กลุ่มที่ 1 เวลา 09.00 – 12.00 น.

กลุ่มที่ 2 เวลา 13.00 – 16.00 น.

วันที่ 25 มกราคม 2545

กลุ่มที่ 3 เวลา 09.00 – 12.00 น.

กลุ่มที่ 4 เวลา 13.00 – 16.00 น.

วันที่ 28 มกราคม 2545

09.00 – 12.00 น.	นำเสนอผลการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของผู้เข้ารับการอบรม
12.00 – 13.00 น.	พักกลางวัน
13.00 – 14.30 น.	นำเสนอผลการฝึกปฏิบัติ (ต่อ)
14.30 – 15.30 น.	อภิปรายผลการฝึกปฏิบัติ
15.30 – 15.45 น.	พัก 15 นาที
15.45 – 16.30 น.	สรุปองค์ความรู้และปิดการประชุม

2. รายชื่อผู้เข้ารับการอบรม

แผนกผู้ป่วยนอก (PCU)

1. นางจิราพร เกิดศิริ
2. นางขณัฏฐา โกวิทยากร
3. นางอัจฉราวรรณ ทองโชติ
4. น.ส.สนธยา แจ้งมรดา
5. นางกรรณิการ์ นิยะสม
6. น.ส.สุรภี ศักดิ์ไพบูลย์
7. นางสมบูรณ์ ช่างกลึง
8. นางวิไลวรรณ สุขเกษม
9. นางณัฐณิชชภรณ์ กฤติยาศรีสุเมธ
10. นางพัชรา หอมสุวรรณ

เวชกรรมสังคม

11. นางศรีวัชรา เต็มวงษ์

ห้องไตเทียม

12. นางโฉมยงค์ ภักดีวงค์

อายุรกรรม กรุณาล่าง

13. นางศศิธร วัดศรี

อายุรกรรมหญิง กรุณาบน

14. น.ส.สุภา วงษ์มะโน

อายุรกรรมชาย

15. น.ส.อนัญญา มานิตย์

อายุรกรรมชาย (สงฆ์บน)

16. น.ส.รัตดวรรณ สุขไมตรี

พิเศษอายุรกรรม VIP

17. นางอัจฉรา เอกพันธ์

ศัลยกรรมกระดูก

18. นางมยุรี พรหมศิริ

ศัลยกรรมชาย

19. นางชุติมา เสนะคุณ

ศัลยกรรมหญิง

20. นางนภาพร ชมสวัสดิ์

พิเศษศัลยกรรม

21. นางเยาวลักษณ์ ปรัชญาวุฒิ

พิเศษศัลยกรรมกระดูก

22. นางกรองแก้ว โรคาพ่าย

ตึกสงฆ์ล่าง (ตึกเด็ก)

23. นางโสพิศดา มีวงษ์สม

พิเศษสูติ-นรีเวช

24. นางพนมกร ชาญเวช

นรีเวช

25. นางกัลยาณี นามวิไล

พิเศษอายุรกรรม

26. นางพรศรี คัปภิราบุตร

รายงานผลการประชุมกลุ่มกิจกรรมที่ 1 และ 2

- รายงานผลการประชุมกลุ่มกิจกรรมที่ 1 :
  การศึกษาขั้นตอนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
- รายงานผลการประชุมกลุ่มกิจกรรมที่ 2 :
  การศึกษากรณีตัวอย่างเพื่อวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

รายงานผลการประชุมกลุ่มกิจกรรมที่ 1 การศึกษาขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

กลุ่มที่ 1

ขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ	บทบาทของพยาบาล	สมรรถนะของพยาบาล
1. การสร้างความร่วมมือ ● สร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับและไว้วางใจ	1. แนะนำตัว ให้ข้อมูลเบื้องต้น 2. ให้การต้อนรับ พูดคุยอย่างเป็นกันเอง 3. ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและให้ข้อมูลเพิ่มเติม 4. รับฟังความเชื่อ ค่านิยมของผู้ป่วยและครอบครัว	1. มีบุคลิกภาพที่พร้อมให้ความช่วยเหลือ 2. กริยาวาจาสุภาพ 3. ยิ้มแย้มแจ่มใส 4. มีความรู้ ความสามารถน่าเชื่อถือ
2. การค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย ● ประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพ/การเจ็บป่วย มีส่วนร่วมในการกำหนดและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา	1. พูดคุยเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพ 2. สังเกตพฤติกรรม ประเมินสภาวะสูญเสียพลังอำนาจของผู้ป่วย 3. ค้นหาบุคคลที่สำคัญในการสร้างแรงจูงใจ 4. ประเมิน/วิเคราะห์สถานการณ์จริงเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา	มีความรู้เกี่ยวกับโรคและทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรม ความเชื่อ ศาสนาและแบบแผนการดำเนินชีวิต ทางด้านพฤติกรรมศาสตร์และความรู้เกี่ยวกับพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ● ให้ผู้ป่วยมีการสะท้อนความคิดในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการตัดสินใจที่จะจัดการกับปัญหาได้	1. เสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเข้มแข็ง/เชื่อมั่นว่าสามารถแก้ไขปัญหาของตนเองได้ 2. ให้ข้อมูล วิธีการ แนวทางในการแก้ปัญหา 3. ผู้ป่วยและญาติ ค้นหาปัญหาและหาแนวทางในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง 4. สนับสนุนให้ความช่วยเหลือและยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ	1. มีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ 2. มีทักษะในการสะท้อนความคิด ความรู้สึก การเสริมสร้างแรงจูงใจ
4. การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร	1. ส่งเสริม/สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติแสดงออกถึงความต้องการตามความเป็นจริง 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งทรัพยากร	มีความรู้/ทักษะเกี่ยวกับแหล่งทรัพยากรที่สามารถเอื้ออำนวยในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและ

ขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ	บทบาทของพยาบาล	สมรรถนะของพยาบาล
• การได้รับการสนับสนุนความรู้ ข้อมูล ทักษะและทรัพยากรที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย/ญาติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติ ได้รับแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งทรัพยากร สามารถแก้ปัญหาได้ และลดความวิตกกังวลระหว่างการรักษา	3. ร่วมมือกับผู้ป่วยและญาติในการค้นหาความต้องการที่แท้จริง และเอื้ออำนวยให้สามารถจัดการกับความเจ็บป่วย ดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ	ญาติ
5. ขั้นตอนการดำเนินการด้วยตนเอง • ให้ผู้ป่วยได้ดำเนินการตามแผนที่ได้วางไว้ โดยพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดำเนินการตามแผนที่ร่วมกันวางไว้อย่างถูกต้อง	1. สนับสนุนและเอื้ออำนวยทรัพยากรต่าง ๆ 2. สร้างแรงจูงใจ/ให้กำลังใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เกิดความเชื่อมั่น 3. ร่วมประเมินผลสำเร็จของเป้าหมายที่ได้ดำเนินการตามแผน	1. มีทักษะในการให้กำลังใจ สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยดำเนินการจนบรรลุผลสำเร็จตามที่ตั้งไว้ 2. มีความรู้
6. การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย • ปรับเปลี่ยนความคิด ทัศนคติให้เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติและพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง	1. ช่วยให้ผู้ป่วย/ญาติ ยอมรับต่อสภาวะการเจ็บป่วย/มองเห็นคุณค่าของตนเอง 2. ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น/สิ่งที่ได้ทำงานร่วมกับพยาบาล เพื่อปรับเปลี่ยนความคิดทัศนคติ 3. เป็นแรงสนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติ นำความรู้ ความสามารถที่มีอยู่ไปใช้ในการจัดการกับสภาพความเจ็บป่วยด้วยความมั่นใจยิ่งขึ้น	มีความรู้/ความเข้าใจในแนวคิดของการเปลี่ยนแปลง/ประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วย/ครอบครัว ในการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กลุ่มที่ 2

ขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ	บทบาทของพยาบาล	สมรรถนะของพยาบาล
1. ขั้นตอนการสร้างความร่วมมือ ● ปรับเปลี่ยนทัศนคติของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วย ● สร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ● ปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ป่วยในเรื่องของการดูแลตนเองโดยการจัดระบบการรักษาพยาบาลที่เอื้อต่อการส่งเสริมพลังอำนาจ ● ให้ความรู้เรื่องโรค ● ให้ตระหนักถึงความมีคุณค่า ยอมรับสภาพความเจ็บป่วย ร่วมค้นหาวิธีในการจัดการกับความเจ็บป่วยโดยให้ผู้ป่วยตัดสินใจเอง	1. พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองยังมีความสามารถในการจัดการสามารถควบคุมความเจ็บป่วยของตนเองได้ 2. สร้างความเชื่อมั่นกับผู้ป่วยรับรู้ถึงข้อจำกัด 3. ผู้ป่วยเป็นผู้ร่วมในการค้นหาปัญหาและแนวทางแก้ไข โดยชี้ให้เห็นประโยชน์ในการกระทำนั้น 4. ให้ผู้ป่วยตัดสินใจเอง	1. การสื่อสาร 2. มนุษยสัมพันธ์ 3. ความรู้เรื่องโรค 4. ทัศนคติต่อตนเองและผู้ป่วย 5. บุคลิกภาพ 6. ภาวะผู้นำ 7. ความอดทน
2. ค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย ● ประเมินวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดถึงความเจ็บป่วยของเขาเอง ● ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของตนเองตามสภาพความเป็นจริง ● เปิดโอกาสให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมตามความต้องการของผู้ป่วย	เป็นผู้กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้บอกถึงความรู้สึกและปัญหาของตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้ฟังที่ดี	1. ความรู้เกี่ยวกับความเชื่อขนบธรรมเนียมประเพณีของแต่ละท้องถิ่น 2. ความรู้เรื่องแหล่งพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจ 3. ทักษะและเทคนิคในการสื่อสาร(คำถาม,สังเกต,สัมภาษณ์,รวบรวมข้อมูล)

ขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ	บทบาทของพยาบาล	สมรรถนะของพยาบาล
3. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ • เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาโดยพยาบาลมีส่วนร่วมที่จะคำนึงถึงผลลัพธ์ที่จะเกิด • ให้ความเชื่อมั่นว่าวิธีการที่เขาเลือกมีทางเป็นไปได้โดยพยาบาลจะเป็นผู้สนับสนุน	พยาบาลมีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยโดยไม่ชี้นำ	1. มีความรู้ และทักษะในการดูแลตนเองในโรคนั้น ๆ 2. สุขุม รอบคอบ ใจเย็น
4. การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร • ค้นหาความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองเน้นครอบครัวมีส่วนร่วม • จัดหาทรัพยากรสนับสนุน	1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงสภาพปัญหาที่แท้จริง 2. มีความสามารถในการจัดหาแหล่งทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเอง	1. ทักษะการสื่อสาร 2. ค้นหาความรู้เพิ่มเติมอย่างสม่ำเสมอ 3. การติดต่อประสานงาน
5. การดำเนินการด้วยตนเอง • ผู้ป่วยดำเนินการตามแผนที่วางไว้โดยผู้ป่วยมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น (เพิ่มความสามารถให้กับตนเอง) • ประเมินผลการดูแลตนเองตามแผนที่วางไว้เป็นระยะ ๆ	1. สนับสนุนเอื้ออำนวยทรัพยากร 2. สนับสนุนให้กำลังใจ 3. สร้างแรงจูงใจ 4. สร้างความมั่นใจจากผลสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการดูแลตนเอง	1. ความรู้ และทักษะในการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2. มีทักษะในการเชื่อมโยงผลสำเร็จของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
6. การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับ	1. ทบทวนการจัดการแก้ปัญหาและคงไว้ซึ่งการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง 2. การปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการเจ็บ	1. มีทัศนคติทางบวกมองโลกในแง่ดี 2. มีทักษะในการสร้าง

ขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ	บทบาทของพยาบาล	สมรรถนะของพยาบาล
ความเจ็บป่วย ● สร้างความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพตนเอง ● สนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง ● สนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี	ป่วยการดูแลสุขภาพตนเอง 3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเป็นจริงตามความเจ็บป่วย 4. สร้างความมีคุณค่าในตนเอง/ครอบครัว/สังคม	ความเชื่อมั่น มีศรัทธาทั้งต่อตนเองและผู้ป่วย

กลุ่มที่ 3

ขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ	บทบาทของพยาบาล	สมรรถนะของพยาบาล
1. การสร้างความร่วมมือ	1. ปรับเปลี่ยนทัศนคติของพยาบาลและผู้ป่วยต้องเชื่อถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และให้การสนับสนุน 2. จัดระบบบริการที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างพลังอำนาจ	1. บุคลิกภาพเป็นมิตร 2. มีทักษะในการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ 3. การสังเกต 4. การสร้างแรงจูงใจ 5. ไม่ลำเอียง 6. อดทน 7. มีความรู้เรื่องโรคและการดูแล
2. ค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย	1. ประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจจากการพูดคุย การแสดงออกของผู้ป่วยด้วยการสะท้อนความคิด 2. ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้แผนการดำเนินโรค การรักษาพยาบาล การควบคุมภาวะโรค 3. ช่วยผู้ป่วยในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา	1. ทักษะการสร้างสัมพันธภาพ 2. การสื่อสาร 3. เข้าใจเรื่องแหล่งของพลังอำนาจ 4. การบันทึกและเก็บรวบรวมข้อมูล 5. การตั้งคำถามเพื่อสะท้อนความคิดผู้ป่วย 6. มีความรู้เรื่องโรคและการดูแล

ขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ	บทบาทของพยาบาล	สมรรถนะของพยาบาล
		7. ความรู้เกี่ยวกับศาสนา ความเชื่อ วัฒนธรรม
3. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ	1. สนับสนุนให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจกับปัญหาและแสวงหาทางเลือก 2. ช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจที่จะตัดสินใจตัดสินปัญหา 3. ช่วยให้ผู้ป่วยวางแผนการจัดการกับปัญหาและกำหนดเป้าหมาย	1. มีทักษะในการให้การปรึกษา เช่นการสะท้อนความคิด
4. การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร	1. มีส่วนร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการที่แท้จริง โดยคำนึงถึงบริบทของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 2. ช่วยครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญ 3. สนับสนุนให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความต้องการของตน 4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือทางสังคม	1. มีความรู้เรื่องแหล่งทรัพยากรและการดูแลตนเอง 2. มีทักษะการสร้างสัมพันธภาพ 3. ทักษะการสื่อสาร 4. แสวงหาความรู้และเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยอยู่เสมอ
5. การดำเนินการด้วยตนเอง ● ผู้ป่วยสามารถดำเนินการตามแผนเพื่อแก้ไขปัญหาด้วยตนเองอย่างเหมาะสม	1. สนับสนุนการสร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง 2. ย้ำให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าเขาสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยและควบคุมได้ 3. ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติตามที่ตนเองตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ	1. ทักษะในการสร้างแรงจูงใจให้กำลังใจ 2. มีความตั้งใจและจริงใจในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน
6. การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย ● ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจที่จะรักษาและควบคุมสถานการณ์ของตนเองได้มากขึ้น	1. ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยยอมรับต่อสภาวะที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ 2. ช่วยให้ผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นผูกพันที่มีต่อการรักษาพยาบาล 3. ช่วยให้ผู้ป่วยมีทัศนคติเชิงบวก มีความหวัง มีแรงจูงใจที่จะต่อสู้กับความยากลำบาก 4. ติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง	1. มีความจริงใจในการให้ความช่วยเหลือ 2. มีทักษะในการนิเทศติดตามผล

กลุ่มที่ 4

ขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ	บทบาทของพยาบาล	สมรรถนะของพยาบาล
1. การสร้างความร่วมมือ หลักการ เพื่อให้เกิดความร่วมมือและการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้ป่วยและพยาบาล เป้าหมาย ● เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ● เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองและเห็นถึงความสามารถของตนเองว่าสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย 2. ปรับเปลี่ยนทัศนคติของตนเอง 3. กระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมองเห็นถึงความมีคุณค่าของตนเอง	1. เทคนิคการสื่อสาร 2. การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย 3. ท่าทางการแสดงออกของพยาบาล
2. ค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วย หลักการ ● ผู้ป่วยรับรู้และมีความรู้ความเข้าใจในความเจ็บป่วยของตนเอง ● ผู้ป่วยรับรู้และแสดงออกถึงพลังอำนาจของตนเองที่มีอยู่ เป้าหมาย ● ประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจของผู้ป่วย ● ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจและยอมรับสภาพการเจ็บ	1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงถึงการมีพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจ 2. การรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียดมาประเมินและวินิจฉัยปัญหาตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล 3. ให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพและการดำเนินโรคกับผู้ป่วย	1. พยาบาลต้องมีความรู้เรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2. เข้าใจและสามารถวินิจฉัยท่าทางการแสดงออกของผู้ป่วย 3. เทคนิคการติดต่อสื่อสารและการสังเกต 4. มีความรู้เกี่ยวกับโรค

ขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ	บทบาทของพยาบาล	สมรรถนะของพยาบาล
ป่วยของตนเองตามความเป็นจริง		
3. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ หลักการ ผู้ป่วยสามารถเข้าใจถึงภาวะความเจ็บป่วยและเลือกแนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเองโดยมีพยาบาลเป็นผู้สนับสนุน เป้าหมาย ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการเลือกแนวทางดูแลตนเอง	1. เสนอแนวทางปฏิบัติในการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย 2. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเองและเลือกแนวทางที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ โดยไม่ขัดต่อแผนการรักษาที่ถูกต้อง	พยาบาลต้องมีความรู้ในเรื่องโรคนั้น ๆ
5. การสนับสนุน เอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและเพิ่มแหล่งทรัพยากร หลักการ ผู้ป่วยได้ข้อมูล ความรู้ ทักษะและแหล่งทรัพยากรที่ตรงกับความต้องการของตนเองและสามารถเลือกนำไปปฏิบัติได้จริง เป้าหมาย ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความต้องการได้รับการสนับสนุนข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากร ที่จะเกิดความสำเร็จของแผนที่วางไว้	1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความต้องการ การสนับสนุนข้อมูล ความรู้ ทักษะ 2. ร่วมกับผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการที่แท้จริงของตนเอง 3. กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล	มีความสามารถในการจัดหาแหล่งทรัพยากรอื่นๆ นอกเหนือจากทางด้านการพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย
5. การดำเนินการด้วยตนเอง หลักการ ผู้ป่วยมีความมั่นใจและ	1. เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยและคอยให้ข้อมูลและเอื้ออำนวยการทรัพยากรต่างๆ 2. สร้างแรงจูงใจและให้กำลังใจในสิ่งที่	1. เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ 2. ให้กำลังใจและสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ป่วย

ขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ	บทบาทของพยาบาล	สมรรถนะของพยาบาล
สามารถปฏิบัติตามแผนการดูแลที่เลือกไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป้าหมาย ผู้ป่วยสามารถดำเนินการและประเมินผลการปฏิบัติตามแผนที่ตนเองได้ตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ	ผู้ป่วยทำได้ดีแล้ว	
6. การปรับเปลี่ยนความคิดและการคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วย หลักการ ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเอง เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นที่จะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข	1. ให้กำลังใจและทบทวนขั้นตอนต่าง ๆ 2. ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง	1. การสร้างความเชื่อมั่น 2. การให้กำลังใจ

ข้อสรุป การอภิปรายทั่วไปภายหลังการรายงานผลการประชุมกลุ่มกิจกรรมที่ 1

1. บทบาทและสมรรถนะของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในภาพรวม

1.1 บทบาทของพยาบาล ได้แก่

1.1.1 การให้การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วย

1.1.2 การเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทรัพยากรให้กับผู้ป่วย

1.1.3 การสร้างแรงจูงใจ กระตุ้นผู้ป่วย

1.1.4 การเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วย

1.2 สมรรถนะของพยาบาล ประกอบด้วย

1.2.1 ด้านความรู้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพและการดำเนินของโรค การดูแลสุขภาพตนเอง พลังอำนาจในผู้ป่วย การประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจ แหล่งทรัพยากร/พลังอำนาจ การเปลี่ยนแปลงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การส่งต่อผู้ป่วย

1.2.2 ทัศนคติของพยาบาลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1.2.2.1 การจัดระบบบริการรักษาพยาบาล ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

1.2.2.2 เชื่อว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้ ถ้าได้รับการสนับสนุน เอื้ออำนวยแหล่งพลังอำนาจเพียงพอและเหมาะสม

1.2.2.3 เชื่อในความเท่าเทียมกันของบุคคล และนับถือคุณค่าของบุคคล

1.2.2.4 เชื่อในความเป็นหุ้นส่วนสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการจัดการกับความเจ็บป่วย

1.2.2.5 พยาบาลมีหน้าที่เป็นผู้สนับสนุน เอื้ออำนวยแหล่งทรัพยากร/พลังอำนาจให้กับผู้ป่วย ตามความต้องการของผู้ป่วยที่เห็นว่าเป็นประโยชน์ต่อตนเอง

1.2.3 ด้านทักษะ ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร การสร้างแรงจูงใจและการสะท้อนความคิด

2. ทัศนคติของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วย

2.1 ทัศนคติของผู้ป่วย

2.1.1 ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง

2.1.2 เชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง

2.1.3 การร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้

2.1.4 ผู้ป่วยมีสิทธิเสรีภาพในการเลือกและตัดสินใจในการจัดการกับการเจ็บป่วย

2.15 มีความศรัทธาในการให้บริการของเจ้าหน้าที่สุขภาพ

2.1.6 เชื่อว่าการดูแลสุขภาพมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการรักษา

2.1.7 เชื่อว่ากำลังใจมีส่วนในการควบคุมโรค

2.2 ทัศนคติของครอบครัวผู้ป่วย

2.2.1 เชื่อว่าครอบครัวมีความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

2.2.2 เชื่อว่ากำลังใจมีอิทธิพลในการควบคุมโรค

รายงานผลการประชุมกลุ่มกิจกรรมที่ 2 การศึกษากรณีตัวอย่างเพื่อวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กลุ่มที่ 1

ปัญหา	ปัจจัยสาเหตุ	สิ่งบ่งชี้	ข้อวินิจฉัย	ลำดับความสำคัญ
1. ดูแลแผลที่เท้าได้ไม่ถูกต้อง 2. ผู้ป่วยกลัวการถูกตัดนิ้วเท้า	- ตามัว - ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ - มีประสบการณ์ทางลบจากการเห็นผู้ป่วยรายอื่นที่เป็นโรคเดียวกับตน	- เป็นแผลที่เท้าเมื่อไรไม่รู้ จนผู้อื่นเห็นมีเลือดไหลออกมา - คำพูดของผู้ป่วยที่แสดงออกถึงความกลัวจะถูกตัดนิ้วเท้า "กลัวจะตัดอีกนิ้ว กลัวตัดขึ้นมาเรื่อย ๆ แบบคนอื่นเขา ความตายไม่กลัว ถ้าหากตัดนิ้วคราวนี้ขอตายดีกว่าค่ะ - คำพูดของผู้ป่วยที่แสดงถึงประสบการณ์ทางลบเกี่ยวกับการเจ็บป่วย "ญาติห่าง ๆ ตัดเกือบถึงหัวเข่าแล้วก็เป็นแผลลาม แล้วพี่ญาติทางพ่อก็ตัดนิ้วโป้งแล้วเสียชีวิต กลัวโดนตัดขานี่แหละค่ะ"	- ผู้ป่วยขาดความรู้ในเรื่องการดูแลแผลที่เท้าไม่ให้ลุกลาม - ผู้ป่วยกลัวการถูกตัดนิ้วเท้า เนื่องจากไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ - ผู้ป่วยกลัวการถูกตัดนิ้วเท้าเนื่องจากได้รับประสบการณ์ทางลบเกี่ยวกับแผลเบาหวาน	

กลุ่มที่ 2

ปัญหา	ปัจจัยสาเหตุ	สิ่งบ่งชี้	ข้อวินิจฉัย	ลำดับความสำคัญ
1. ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างต่อเนื่อง	1. ขาดความรู้ในการควบคุมอาหารที่ถูกต้อง 2. ขาดแรงจูงใจ 3. ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว	- "ความดันนี่นะไม่กินข้าวมากกินข้าวน้อย ๆ" - BP > 200 mm./tg. - เชื่อว่าเป็นเรื่องของเวรกรรม - แขน ขา อ่อนแรง , ญาติไม่พามาโรงพยาบาล มาแล้วก็ไม่ยอมให้ admit - "ทะเลาะกับลูกก็เครียดอีก"	- ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับ BP ได้เนื่องจากขาดความรู้ในการควบคุมอาหาร - ขาดแรงจูงใจ - ขาดการสนับสนุนจากญาติ	
2. ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างต่อเนื่อง	- ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการกินอาหารได้อย่างต่อเนื่อง - ขาดแรงจูงใจ - ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว	- "น้ำตาลควบคุมไม่ได้ บางครั้งมันสูง" - "แหม กินอะไรไปก็ไม่รู้ ฉันลืมพอหมอบอกก็ลดลงไม่กิน" - ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ด้วยน้ำตาลในเลือดสูง - "เบาหวานก็ขึ้น" - เชื่อว่าเป็นเรื่องของเวรกรรม	- ผู้ป่วยขาดความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เนื่องจากขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือด	

กลุ่มที่ 3

ปัญหา	ปัจจัยสาเหตุ	สิ่งบ่งชี้	ข้อวินิจฉัย	ลำดับความสำคัญ
1. เสี่ยงต่อภาวะความรุนแรงของโรคมากขึ้น	ขาดความรู้และไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่	มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ทานอาหารได้น้อย เครียดเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่เคยได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากพยาบาล และผู้ป่วยไม่มีการซักถาม	ผู้ป่วยขาดความสามารถในการควบคุมภาวะของโรค เนื่องจากขาดแรงจูงใจ , ขาดความรู้ในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพ	1
2. กลัวการเป็นอัมพาต	- ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเกี่ยวโยงของโรคระหว่างโรคที่เป็นกับการที่จะเป็นอัมพาต - ประสบการณ์ในทางลบเรื่องการเป็นอัมพาต	- กลัวว่าจะเป็นอัมพาตและจากประสบการณ์ที่เห็นคนเป็นอัมพาตทรมานเหมือนตกนรกทั้งเป็น - การเป็นอัมพาตทำให้เป็นภาระลำบากลูกหลาน	- ผู้ป่วยกลัวการเป็นอัมพาต เนื่องจากไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค - ผู้ป่วยกลัวการเป็นอัมพาต เนื่องจากประสบการณ์ทางลบ - ผู้ป่วยกลัวการเป็นอัมพาต เนื่องจากต้องเป็นภาระ พึ่งพิงของลูกหลานและบุคคลในครอบครัว	2

กลุ่มที่ 4

ปัญหา	ปัจจัยสาเหตุ	สิ่งบ่งชี้	ข้อวินิจฉัย	ลำดับความสำคัญ
1. ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการล้างไต	- ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องโรคและการล้างไต - จากการเห็นสภาพผู้ป่วยข้างเตียง - ความไม่แน่นอนในการรักษา	- คำพูดของผู้ป่วยที่บอกว่า "ทำไมหมอถึงจะให้ไปล้างไตโรงพยาบาลตำรวจ ทีแรกบอกไม่ล้าง" - "เคยเห็นคนที่นอนข้างเตียงเขาล้างไต ตัวผอมดำ พูดเสียงก็ไม่มี และลุงที่นอนข้างเตียงรอล้างไตช็อก เบาหวานขึ้น"	ผู้ป่วยกลัวการล้างไต เนื่องจากไม่ทราบข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน และประสบการณ์ทางลบ	
2. ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวังในชีวิต	- แพทย์บอกว่ามีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน - มีโรคแทรกซ้อนหลายโรค	- คำพูดของผู้ป่วย "หมดหวังหมดหวัง" - "ก็หมอบอกหมดหวัง แล้วก็คิดดูแล้วก็หมดหวัง" - ผู้ป่วยเคยมีความคิดฆ่าตัวตาย	- ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวังในชีวิตเนื่องจากป่วยมานานและมีภาวะแทรกซ้อนของโรค	

ตัวอย่างกรณีศึกษาที่ 1 (ผู้ป่วยในชุมชน)

ผู้ทำการศึกษา นางณัฐณิชชกรณ์ กฤติยาศรีสุนทร

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

1. เพศ ☑ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ 50 ปี
3. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด
   - ☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา ☑ ประถมศึกษา
   - ☐ มัธยมศึกษา ☐ อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร
   - ☐ ปริญญาตรี ☐ อื่น ๆ ระบุ .....
4. สถานภาพสมรส
   - ☐ โสด ☑ คู่ (อยู่ร่วมกัน)
   - ☐ ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่
5. อาชีพ
   - ☐ แม่บ้าน/ไม่ประกอบอาชีพ ☑ เกษตร (เช่น ทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ ฯลฯ)
   - ☐ ค้าขาย ☐ รับราชการ (ทำงานในหน่วยราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
   - ☐ รับจ้าง (ผู้ที่ทำงานโดยรับค่าจ้างจากนายจ้างซึ่งไม่ใช่หน่วยงานราชการหรือรัฐวิสาหกิจ)
   - ☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....
6. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว 3,000 บาทต่อเดือน
7. รายได้ที่ผู้ป่วยได้รับเพียงพอกับค่าใช้จ่ายหรือไม่
   - ☐ เพียงพอและมีเหลือเก็บ
   - ☑ เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ
   - ☐ ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน
   - ☐ ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน
8. วิธีเสียค่ารักษาพยาบาล
   - ☐ เบิกต้นสังกัด/ประกันสังคม ☐ ชำระเอง
   - ☐ สังคมสงเคราะห์ ☑ อื่น ๆ ระบุ บัตรทอง/บัตรผู้พิการ
9. การวินิจฉัยโรคที่ได้รับ อัมพาตครึ่งท่อนล่าง

   ระยะเวลาที่เป็นโรค 3 ปีกว่า
10. การรักษาที่ได้รับ

    - ทำผ่าตัดกระดูกสันหลัง 3 ปีก่อน
    - ได้รับยา Bco 1 tab รับประทาน tid pc, MTV 1 tab รับประทาน tid pc
    - Cloxacillin 500 mg 1 cap รับประทาน

11. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

- แผล bed sore ที่กัน
- อัมพาต เดินไม่ได้
- ปัสสาวะเองไม่ได้ ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้

12. ภาวะการควบคุมโรค

☐ ควบคุมโรคได้ดี ☑ ควบคุมโรคได้ไม่ดี

ข้อมูลสนับสนุนผลการประเมิน

- พลิกตะแคงตัวได้เองแต่ไม่ค่อยปฏิบัติ ไม่ค่อยทำกายภาพแขนและขา ทั้ง 2 ข้าง ทำให้ขาทั้งสองข้างลีบเล็ก

13. ผู้ที่ดูแลผู้ป่วย คือ ภรรยา
14. บุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วย คือ ภรรยา

แบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

คำชี้แจง บันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ทำการศึกษาตามข้อรายการที่กำหนด รวมถึงสิ่งบ่งชี้และรายละเอียดที่พบจากการประเมินผู้ป่วย

1. **ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย**

1.1 ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย

☐ ปกติ

☑ ผิดปกติหรือถูกจำกัด **(สิ่งบ่งชี้)** ขาสองข้างลีบเล็ก สัมผัสไม่รู้สึก เดินไม่ได้

ปัจจัยสาเหตุ อัมพาตครึ่งท่อนล่าง

1.2 ความสามารถในการทำกิจกรรม/กิจวัตรประจำวัน

☐ สามารถทำได้ด้วยตนเอง

☐ ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ช่วย

☐ ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในลักษณะช่วยทำ ชี้แนะหรือสอน

☑ ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นและต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือช่วย

☐ ไม่สามารถช่วยตัวเองได้เลย ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด

1.3 ระดับของพลังงานของร่างกายที่ใช้ในการทำกิจกรรม/กิจวัตรประจำวัน

☐ ปกติ

☑ ลดลง **(สิ่งบ่งชี้)** สามารถล้างหน้า แปรงฟัน เช็ดตัว นั่งถ่ายได้เอง, รับประทานอาหารได้เองแต่เดินไปไหนไม่ได้

ปัจจัยสาเหตุ ขาสองข้างเป็นอัมพาต

1.4 ความรู้สึกนึกคิดและการตัดสินใจ

☑ ปกติ

☐ ผิดปกติ **(สิ่งบ่งชี้)**

ปัจจัยสาเหตุ

2. การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย

2.1 การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วย

- รับรู้ว่าเป็นอัมพาตและคงรักษาไม่หาย เพราะหมอบอกว่าเป็นแบบถาวร

2.2 การรับรู้เกี่ยวสาเหตุของการเจ็บป่วย

- คงเกิดจากการกระทบกระเทือนของเส้นประสาทไขสันหลัง

2.3 การรับรู้เกี่ยวกับวิถีการดำเนินของโรค

- รู้ว่าเป็นอัมพาตแบบถาวรไม่สามารถฟื้นฟูให้เหมือนเดิมได้

2.4 การรับรู้เกี่ยวกับการรักษาความเจ็บป่วย

"ต้องทำกายภาพไม่ให้กล้ามเนื้อลีบเล็กกว่าเดิม และต้องไม่ให้เกิดแผลกดทับมากกว่าเดิม"

"สายสวนฉี่ก็เหมือนกัน ถ้ามันมีตะกอนผมจะดึงขยับสายให้มันไหลดี ถ้าขุ่นมากก็จะเปลี่ยน พวกบ้านเขาเปลี่ยนได้"

2.5 ประสบการณ์ที่มีต่อการเจ็บป่วยทั้งจากตนเองและผื่น ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ

"เคยเห็นบางคนเป็นแบบนี้ แล้วเขากินยาหม้อ เห็นเขาว่าดีขึ้น แต่ไม่รู้เขาเป็นขั้นไหนเยอะแบบเราหรือเปล่าไม่รู้"

3. ความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

3.1 ความสามารถในการควบคุมโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย

☐ สามารถควบคุมโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย

☑ ไม่สามารถควบคุมโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย

ส่งบ่งชี้ " รู้นะว่าต้องพลิกตะแคงตัวเองบ่อยๆ แล้วออกกำลังกายขาสม่ำเสมอแต่ในช่วงนี้ไม่ได้ทำเลย ทำๆ ไปแล้วมันเบื่อ เลยนอนเฉยๆ"

- แผล bed sore เกิดที่ต้นขาใหม่ ขณะที่แผลเดิมยังไม่หาย

ปัจจัยสาเหตุ ขาดแรงจูงใจ

3.2 ความสามารถในการจัดการกับความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

☑ สามารถควบคุมโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย

☐ ไม่สามารถควบคุมโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย

ส่งบ่งชี้ " เวลาปวดเมื่อย ก็บิดขี้เกียจ ยืดแขนออกกำลังกายบ้างก็ดีขึ้น"

ปัจจัยสาเหตุ -

3.3 ความสามารถในการเลือกวิธีการในการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมกับตน

☐ สามารถเลือกวิธีการในการจัดการกับความเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพของตนเอง

☑ ไม่สามารถเลือกวิธีการในการจัดการกับความเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพของตนเอง

ส่งบ่งชี้ " เรื่องการดูแลนี่ ภรรยาเขาทำให้หมด เราก็นั่งๆ นอนๆ เฉยๆ"

ปัจจัยสาเหตุ ผู้ป่วยไม่ทราบเรื่องการกายภาพ และการป้องกันแผลกดทับ

3.4 ความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล

☐ สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล

☑ ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล

ส่งบ่งชี้ " ทำได้บ้างไม่ได้บ้าง เวลาขี้เกียจก็ไม่ทำ" "ดูว่าขาซ้ายมันเล็กลงกว่าขาขวา"

- แผลกดทับยังไม่หาย มีแผลใหม่บางที่ กล้ามเนื้อขาลีบ

ปัจจัยสาเหตุ ขาดแรงจูงใจ

3.5 ความสามารถในการปรับแผนการรักษาให้เข้ากับชีวิตประจำวัน

☐ สามารถปรับแผนการรักษาให้เข้ากับชีวิตประจำวัน

☑ ไม่สามารถปรับแผนการรักษาให้เข้ากับชีวิตประจำวัน

ส่งบ่งชี้ " แต่เรื่องทำกายภาพขา 2 ข้างนี่ บางทีพวกบ้านไม่ได้ทำให้ ก็ไม่ได้ทำเอง"

ปัจจัยสาเหตุ ขาดแรงจูงใจ

3.6 ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

☐ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

☑ ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

ส่งบ่งชี้ " เรื่องกายภาพขา 2 ข้างนี่ ถ้าพวกบ้านไม่ทำให้ก็ไม่ได้ทำ ทำๆ ไปบางทีก็เบื่อ ขามันไม่มีแรงมันหนัก ใช้มือจับยกเองก็เมื่อย เลยไม่ค่อยได้ทำ"

- ขา 2 ข้างลีบเล็ก มีแผลกดทับเพิ่มขึ้น

ปัจจัยสาเหตุ ขาดแรงจูงใจ

3.7 ความสามารถในการจัดการกับผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อจิตใจ : ความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล ฯลฯ

☑ สามารถจัดการกับผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อจิตใจ

☐ ไม่สามารถจัดการกับผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อจิตใจ

ส่งบ่งชี้ " เมื่อก่อนเครียด กลัวจะเดินไม่ได้ตลอดชีวิต ลองมาหมด ยาหม้อ หมอนวด แต่ไม่ดีขึ้น ก็ใช้การใส่บาตร และก็คิดเสียว่าชาติก่อนคงทำกรรมไว้"

ปัจจัยสาเหตุ การยอมรับต่อสภาพการเจ็บป่วย

3.8 ความสามารถในการหาข้อมูล ความรู้ ทักษะ เพื่อการจัดการกับความเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพตนเอง

☑ สามารถแสวงหาข้อมูล ความรู้ และทักษะ เพื่อการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

☐ ไม่สามารถแสวงหาข้อมูล ความรู้และทักษะเพื่อการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

ส่งบ่งชี้ " เคยคุยกับเพื่อนบ้าน ญาติๆ ว่าที่ไหนเขารักษาหายก็จะไป จนมันไม่ดีขึ้นก็ไม่ได้ไป ตอนนี้มีปัญหาอะไร ก็ได้หมอที่อนามัยช่วย"

- มีการสอบถามข้อมูลจากเพื่อนบ้าน

4. ความรับรู้ที่มีต่อตนเอง อัตมโนทัศน์ในตน และแรงจูงใจ

4.1 การรับรู้ถึงข้อจำกัดทางด้านร่างกายของตน

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ส่งบ่งชี้ " ตอนนี้ก็รู้ว่าเราทำอะไรได้แค่ไหน ขึ้นลงบ้านไม่ได้ ก็เลยมานอนข้างล่าง"

4.2 การยอมรับต่อภาวะที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ของร่างกาย

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ส่งบ่งชี้ "ตอนนี้ปลงแล้ว คิดว่าเราคงทำกรรมไว้ในชาติก่อน ชาตินี้ก็ต้องชดใช้เขา" ปรับตัวต่อการดำเนินชีวิตได้

4.3 การรับรู้ถึงความหวังที่มีต่อการเจ็บป่วยและชีวิตของตน

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ส่งบ่งชี้ " แต่ยังไงก็ยังหวังว่าเราจะอยู่ได้อีกนาน หมั่นกินอาหารและยาบำรุงให้ร่างกายแข็งแรงอยู่เสมอ ตอนนี้ก็อยู่กันสองคนตายาย เขาจะได้มีคนอยู่เป็นเพื่อน"

4.4 การรับรู้ว่าตนเองยังมีคุณค่า/ความสำคัญต่อบุคคลอื่น

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ส่งบ่งชี้ " พวกบ้านเขาดูแลเราดี ถึงเราเป็นแบบนี้ เขาไม่เคยบ่นเหนื่อยที่จะดูแล"

"ลูกๆ มันก็แสวงหาหมอดีๆ ให้ ตั้งแต่ไปราชวิถี จนถึงหมอยาหม้อ"

4.5 การมีเป้าหมายในชีวิต

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ส่งบ่งชี้ "หวังว่าจะได้อยู่ ช่วยดูแลหลานได้บ้าง เล็กๆ น้อยๆ ก็ยังดี"

5. ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

5.1 เชื่อว่าการมีสุขภาพที่ดีได้นั้นเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของตน

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ส่งบ่งชี้ " ถ้าเราไม่ดูแลตนเองแล้วใครจะมาดูเราหล่ะ ขนาดพวกบ้านกันยังทำแทนเราไม่ได้ทุกอย่างเลย"

"กับข้าวกับปลาเหมือนกันเขาหาให้กิน ถ้าเราไม่กินเอง เขากินแทนก็ไม่ได้"

5.2 เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อตัวเองได้

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ส่งบ่งชี้ " ใช่ ถ้าเราคิดจะทำ เว้นเสียแต่ไม่ทำ"

5.3 เชื่อในการรักษาพยาบาลที่ได้รับว่าจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้น

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ส่งบ่งชี้ " ใช่ หมอที่อนามัยแนะนำว่าให้ใช้ยาเรียกเนื้อมาใส่แผล จะทำให้แผลเต็มเร็วขึ้นก็ซื้อมาใช้แหม! มันเต็มขึ้นมาจริงๆ บางที่มันก็ทำท่าว่าจะหายแล้ว"

5.4 เชื่อในความสามารถของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ให้การรักษาพยาบาลตน

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ส่งบ่งชี้ " หมอพยาบาลทุกที่เขาเก่งๆ กันทั้งนั้น แต่ถ้าเราเป็นเยอะก็ยากที่เขาจะช่วยได้"

5.5 เชื่อในโอกาสที่จะรักษาความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่

☐ ใช่ ☑ ไม่ใช่

ส่งบ่งชี้ " ไอ้โอกาสที่จะหายคงไม่มีแล้วหล่ะหมอ มันเป็นมานานแล้ว แต่คงเหลือแต่ไม่ให้มันเป็นมากขึ้น"

5.6 เชื่อในศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และบุคคลเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ส่งบ่งชี้ "ผมคิดว่ามันเป็นเวรกรรม ตอนนี้เลยใส่บาตร อุทิศส่วนกุศลให้เจ้ากรรมนายเวร พวกบ้านผมเขาก็ว่าอย่างนั้น"

6. บทบาทและความสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม

6.1 ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว

☐ ไม่เปลี่ยนแปลง ☑ มีการเปลี่ยนแปลง

ส่งบ่งชี้ " เมื่อก่อนผมหาเลี้ยงครอบครัว พวกบ้านเขาก็ช่วย แต่เดี๋ยวนี้เขาต้องทำคนเดียว"

6.2 ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมสังคม

☐ ไม่เปลี่ยนแปลง ☑ มีการเปลี่ยนแปลง

ส่งบ่งชี้ " เมื่อก่อนเคยไปวัดร่วมงานกลางบ้าน เวลาหมออนามัยให้ช่วยอะไรผมก็ไปหมด ตอนนี้ก็ไปแต่พวกบ้านเขาเป็น อสม. ด้วย"

6.3 สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว

6.3.1 การได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ส่งบ่งชี้ " พวกบ้านเขาดูแลผมดี ไม่เคยบ่น ล้างแผลเช็ดกัน สงสารเขา"

6.3.2 การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ส่งบ่งชี้ " เขาทำให้เราโดยไม่บ่น ก็ถือว่ามีกำลังใจดีแล้ว"

6.4 สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคม : เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน ฯลฯ

6.4.1 การได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ส่งบ่งชี้ " รอบๆ บ้านนี่ ญาติกันทั้งนั้น ช่วยเหลือกันดี"

- เพื่อนบ้านใกล้เคียงมาดูแลพยุงขึ้นรถเข็น

6.4.2 การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ส่งบ่งชี้ " ก็ให้เราอดทน เข้มแข็ง เป็นแค่นี้ยังถือว่าโชคดีแล้ว"

6.5 สัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ

6.5.1 การได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ส่งบ่งชี้ " หมออนามัยดีทุกคน มาดูแล ให้อุปกรณ์ล้างแผลมา ทำก้อสห่อสำลีให้"

6.5.2 การได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจ

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

ส่งบ่งชี้ " ไม่เคยมีใครดุ เวลาเราทำไม่ถูกต้อง"

แบบบันทึกการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ปัญหา	ปัจจัยสาเหตุ	สิ่งบ่งชี้	ข้อวินิจฉัย	ลำดับความสำคัญ
1. ผู้ป่วยไม่สามารถป้องกันกล้ามเนื้อขาลีบได้	- ไม่สามารถแสวงหาวิธีการที่เหมาะสมในการทำกายภาพด้วยตนเอง	- ขาข้างซ้ายลีบเล็กลงกว่าข้างขวา - ผู้ป่วยบอกว่า "ขามันหนักยกนานๆ ก็ไม่ไหว เลยนอนเฉยๆ ไม่ค่อยได้ทำ" - ญาติบอกว่าไม่ค่อยทำกายภาพ "ไม่ค่อยมีเวลาทำให้ เพราะต้องออกไปทำงานก็บอกเขาให้ฝึกทำเอง"	- ผู้ป่วยไม่สามารถป้องกันกล้ามเนื้อขาลีบเนื่องจากไม่สามารถแสวงหาวิธีการที่เหมาะสมในการทำกายภาพด้วยตนเอง	
2. ผู้ป่วยสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับ	- ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมเพื่อป้องกันแผลกดทับ	- "หมอก็บอกเหมือนกันว่าให้พลิกตะแคงตัวบ่อยๆ เมื่อก่อนก็ทำ แต่นานๆ เข้ามันก็เบื่อบ้าง"	- ผู้ป่วยไม่สามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมเพื่อป้องกันแผลกดทับ	

บันทึกแผนการดำเนินการจัดการกับปัญหา

ข้อวินิจฉัย	กลวิธีการจัดการกับปัญหา	เกณฑ์การประเมินผล	ผลการดำเนินการ
1. ผู้ป่วยไม่สามารถป้องกันกล้ามเนื้อขาลีบเนื่องจากไม่สามารถแสงหาวิธีการที่เหมาะสมในการทำกายภาพด้วยตนเอง	1.1 อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงสภาพความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และควรป้องกันสภาวะใดบ้าง 1.2 สร้างแรงจูงใจชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าตนเองยังมีความสามารถที่จะทำอะไรได้และมีความสำคัญกับภรรยา 1.3 สอบถามถึงวิธีการที่ผู้ป่วยเคยทำกายภาพว่าใช้วิธีการใดบ้าง 1.4 ร่วมกับผู้ป่วยในการคิดหาวิธีที่จะทำให้ผู้ป่วยได้ทำกายภาพทั้งแขนและขาและลำตัวไปพร้อมๆ กัน	1.1 ผู้ป่วยทำกายภาพด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ 1.2 ไม่เกิดข้อเข่าข้อสะโพกติด กล้ามเนื้อไม่ลีบเล็กลงกว่าเดิม	1.1 ผู้ป่วยสนใจและจัดทำอุปกรณ์ในการทำกายภาพได้ดี โดยทำรอกที่ขื่อหลังคา โยงด้วยเชือกเส้นใหญ่ทำห่วงที่ปลายเชือกทั้ง 2 ด้าน ด้านหนึ่งใช้มือจับปลาย ด้านหนึ่งวางเท้า เมื่อใช้มือดึงเชือกขึ้นก็จะยกเท้าขึ้นมาและให้ผู้ป่วยเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องให้แข็งเรงด้วย 1.2 ผู้ป่วยแสดงออกถึงความสนใจในการทำกายภาพมากขึ้น 1.3 ผลการทำกายภาพของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ การไม่เกิดข้อเข่าข้อสะโพกติดกล้ามเนื้อไม่ลีบเล็กลงกว่าเดิม ต้องอาศัยการประเมินเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและภรรยาช่วยกระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยเป็นระยะๆ

บันทึกแผนการดำเนินการจัดการกับปัญหา

ข้อวินิจฉัย	กลวิธีการจัดการกับปัญหา	เกณฑ์การประเมินผล	ผลการดำเนินการ
2. ผู้ป่วยไม่สามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับเนื่องจากขาดแรงจูงใจ	2.1 อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นว่าถ้าเกิดแผลกดทับแล้วจะเกิดปัญหาตามมาอย่างไรบ้าง 2.2 สร้างแรงจูงใจโดยชี้ให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของตนเองที่มีต่อภรรยาด้วยคำพูดของภรรยาที่ว่า "ก็ไม่อยากให้เป็นอะไร เพราะตอนนี้อยู่กัน 2 คน ลูกหลายอยู่ไกลเราต้องดูแลกันและอยู่เป็นเพื่อนกันนานๆ"	2.1 ผู้ป่วยสนใจที่จะพลิกตะแคงตัว 2.2 แผลกดทับเดิมไม่เป็นมากขึ้น 2.3 ไม่เกิดแผลกดทับที่บริเวณอื่นเพิ่มขึ้น	1. ผู้ป่วยสนใจที่จะพลิกตะแคงตัวและภรรยาช่วยสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยตลอดเวลา 2. ผลการประเมินเกี่ยวกับแผลกดทับต้องอาศัยการติดตามประเมินต่อในระยะต่อไป

ตัวอย่างกรณีศึกษาที่ 2 (ผู้ป่วยในโรงพยาบาล)

ผู้ทำการศึกษา **นางศศิธร วัดศรี**

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

1. เพศ ☑ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ 66 ปี
3. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด
   - ☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา
   - ☑ ประถมศึกษา 4
   - ☐ มัธยมศึกษา
   - ☐ อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร
   - ☐ ปริญญาตรี
   - ☐ อื่น ๆ ระบุ .....
4. สถานภาพสมรส
   - ☐ โสด
   - ☐ คู่ (อยู่ร่วมกัน)
   - ☑ ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่
5. อาชีพ
   - ☑ ไม่ประกอบอาชีพ
   - ☐ เกษตร (เช่น ทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น)
   - ☐ ค้าขาย
   - ☐ รับราชการ (ทำงานในหน่วยราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
   - ☐ รับจ้าง (ผู้ที่ทำงานโดยรับค่าจ้างจากนายจ้างซึ่งไม่ใช่หน่วยงานราชการหรือรัฐวิสาหกิจ)
   - ☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....
6. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว 3,000-4,000 บาทต่อเดือน
7. รายได้ที่ผู้ป่วยได้รับเพียงพอกับค่าใช้จ่ายหรือไม่
   - ☐ เพียงพอและมีเหลือเก็บ
   - ☑ เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ
   - ☐ ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน
   - ☐ ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน
8. วิธีเสียค่ารักษาพยาบาล
   - ☐ เบิกต้นสังกัด/ประกันสังคม
   - ☐ ชำระเอง
   - ☐ สังคมสงเคราะห์
   - ☑ อื่น ๆ ระบุ เบิกต้นสังกัด
9. การวินิจฉัยโรคที่ได้รับ DM DN cirrhosls with thalassemia

   ระยะเวลาที่เป็นโรค Thalamemia ตั้งแต่เด็ก,โรคตับแข็ง, เบาหวาน 2 ปี
10. การรักษาที่ได้รับ

    - Monotard 20 unit sc. เช้า ac. - Folic 1 tab รับประทาน เช้าหลังอาหาร
    - Aldactone (25 mg.) 3 tabs รับประทานหลังอาหารเช้า
    - B co 1 tab รับประทาน 2 เวลาหลังอาหาร
    - Lasix (40 mg.) 1 tab รับประทานหลังอาหารเช้า - Hista – Oph หยอดตาสี่เวลา

11. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

- Diabetic retinopathy

12. ภาวะการควบคุมโรค

☐ ควบคุมโรคได้ดี ☑ ควบคุมโรคได้ไม่ดี

ข้อมูลสนับสนุนผลการประเมิน มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง FBS 326

มีภาวะแทรกซ้อน Diabetic retinopathy

13. ผู้ที่ดูแลผู้ป่วย คือ บุตรสาว คนที่ 2

14. บุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วย คือ บุตรสาว คนที่ 2

****

แบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

คำชี้แจง บันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ทำการศึกษาตามข้อรายการที่กำหนด รวมถึงสิ่งบ่งชี้และรายละเอียดที่พบจากการประเมินผู้ป่วย

1. ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

1.1 ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย

☐ ปกติ

☑ ผิดปกติหรือถูกจำกัด **(สิ่งบ่งชี้)** เดินไม่ได้ ปวดขา

ปัจจัยสาเหตุ หกล้ม 2 ครั้ง 2 ปีที่แล้ว ขาลีบ ท้องโต

1.2 ความสามารถในการทำกิจกรรม/กิจวัตรประจำวัน

☐ สามารถทำได้ด้วยตนเอง

☐ ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ช่วย

☐ ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในลักษณะช่วยทำ ชี้แนะหรือสอน

☑ ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นและต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือช่วย (บางครั้งบางอย่างที่ทำได้เอง เช่น รับประทานอาหาร)

☐ ไม่สามารถช่วยตัวเองได้เลย ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด

1.3 ระดับของพลังงานของร่างกายที่ใช้ในการทำกิจกรรม/กิจวัตรประจำวัน

☐ ปกติ

☑ ลดลง **(สิ่งบ่งชี้)** เดินไม่ได้ ซีด อ่อนเพลีย

ปัจจัยสาเหตุ ซีด Hct = 22 mg% ทำให้อ่อนเพลียไม่มีแรง

1.4 ความรู้สึกนึกคิดและการตัดสินใจ

☑ ปกติ

☐ ผิดปกติ **(สิ่งบ่งชี้)**

ปัจจัยสาเหตุ

2. การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย

2.1 การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วย

ไม่ทราบ

2.2 การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย

ไม่ทราบ

2.3 การรับรู้เกี่ยวกับวิถีการดำเนินของโรค

ไม่ทราบ

2.4 การรับรู้เกี่ยวกับการรักษาความเจ็บป่วย

รับรู้ว่าต้องฉีดยา, รับประทานยาตามเวลา, ไม่รับประทานของหวาน

2.5 ประสบการณ์ที่ต่อการเจ็บป่วยทั้งจากตนเองและผู้อื่น ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ

มีเพื่อนบ้านเป็นเบาหวาน รับประทานยาสมุนไพร ยาหม้อ บอกว่ากินแล้วหาย

3. ความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

3.1 ความสามารถในการควบคุมโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย

☐ สามารถในการควบคุมโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย

☑ ไม่สามารถในการควบคุมโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย

(สิ่งบ่งชี้) ปวดขา ขากระตุก, ชา มี Diabetic Retinopathy

ปัจจัยสาเหตุ การไหลเวียนโลหิตไม่สะดวก, การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

3.2 ความสามารถในการจัดการกับความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

☐ สามารถในการจัดการกับความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

☑ ไม่สามารถในการจัดการกับความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

(สิ่งบ่งชี้) เมื่อผิดปกติ เช่น หน้ามืด ใจสั่น ให้ดื่มน้ำหวาน

ปัจจัยสาเหตุ แพทย์, พยาบาล แนะนำ

3.3 ความสามารถในการเลือกวิธีการในการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมกับตน

☑ สามารถในการเลือกวิธีการในการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

☐ ไม่สามารถในการเลือกวิธีการในการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

(สิ่งบ่งชี้) เมื่อเจ็บป่วยพบแพทย์คลีนิค, มาโรงพยาบาล,

รู้ว่าจะต้องเพิ่มยาฉีด Insulin ตอนไหน

ปัจจัยสาเหตุ ได้รับคำแนะนำจากแพทย์, พยาบาล

3.4 ความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล

☐ สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล

☑ ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล

(สิ่งบ่งชี้) บางครั้งอยากรับประทานอาหารหวานๆ

ปัจจัยสาเหตุ พฤติกรรมที่ชอบขนมหวาน

3.5 ความสามารถในการปรับแผนการรักษาให้เข้ากับชีวิตประจำวัน

☐ สามารถปรับแผนการรักษาให้เข้ากับชีวิตประจำวัน

☑ ไม่สามารถปรับแผนการรักษาให้เข้ากับชีวิตประจำวัน

(สิ่งบ่งชี้) บางครั้งให้ลูกซื้อกาแฟเย็นมาให้รับประทาน,รับประทานอาหารจุบจิบไม่เป็นเวลา

ปัจจัยสาเหตุ ญาติจัดหามาให้เห็นว่าผู้ป่วยชอบ

3.6 ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

☐ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

☑ ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

(สิ่งบ่งชี้) ขณะอยู่โรงพยาบาลรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา และชอบรับประทานกาแฟเย็นแลคตาซอย

ปัจจัยสาเหตุ ขาดความรู้เรื่องโรคแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรคที่จะตามมาจากการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

3.7 ความสามารถในการจัดการกับผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อจิตใจ : ความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล ฯลฯ

☐ สามารถจัดการกับผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อจิตใจ

☑ ไม่สามารถจัดการกับผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อจิตใจ

(สิ่งบ่งชี้) ผู้ป่วยบ่นกลัวตาย กลัวเป็นภาระของลูก

ปัจจัยสาเหตุ จากการเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยๆ

3.8 ความสามารถในการแสวงหาข้อมูล ความรู้ ทักษะ เพื่อการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

☑ สามารถแสวงหาข้อมูล ความรู้ ทักษะ เพื่อการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

☐ ไม่สามารถแสวงหาข้อมูล ความรู้ ทักษะ เพื่อการจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

(สิ่งบ่งชี้) เวลามาโรงพยาบาลหมอและพยาบาลแนะนำทุกครั้ง หรือเวลาไปคลีนิค แพทย์แนะนำ

ปัจจัยสาเหตุ -

4. ความรับรู้ที่มีต่อเอง อัตมโนทัศน์ในตนเองและแรงจูงใจ

4.1 การรับรู้ถึงข้อจำกัดทางด้านร่างกายของตน

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

(สิ่งบ่งชี้) รู้ว่าเดินไม่ได้ ชาขา

ปัจจัยสาเหตุ ขาอ่อนแรง จากการไหลเวียนโลหิตไม่ดี

4.2 ยอมรับต่อภาวะที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ของร่างกาย

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

(สิ่งบ่งชี้) ยอมรับว่าเดินไม่ได้ ท้องโต ขาเล็กลีบ

ปัจจัยสาเหตุ พยาธิสภาพของโรคที่มีความรุนแรงมากขึ้น

4.3 การรับรู้ถึงหวังที่มีต่อการเจ็บป่วยและชีวิตของตน

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

(สิ่งบ่งชี้) ยังอยากมีชีวิตอยู่

ปัจจัยสาเหตุ เป็นห่วงบุตรชายคนเล็กยังไม่มีครอบครัว

4.4 การรับรู้ว่าตนเองยังมีคุณค่า/ความสำคัญต่อบุคคลอื่น

☐ ใช่ ☑ ไม่ใช่

(สิ่งบ่งชี้) รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของคนอื่น

ปัจจัยสาเหตุ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

4.5 การมีเป้าหมายในชีวิต

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

(สิ่งบ่งชี้) บอกว่า อยากเห็นบุตรชายคนเล็กมีครอบครัว

ปัจจัยสาเหตุ บุตรชายยังไม่ประสบผลสำเร็จ ดื่มเบียร์ประจำ

5. ความเชื่อและยึดเหนี่ยวจิตใจ

5.1 เชื่อว่าการมีสุขภาพที่ดีได้นั้นเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของตน

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

(สิ่งบ่งชี้) เพราะถ้าไม่ปฏิบัติตนตามคำแนะนำ ตนเองก็ต้องป่วยบ่อย ที่ตนต้องป่วยเพราะไม่ยอมทำตามคำแนะนำ

ปัจจัยสาเหตุ -

5.2 เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อตัวเองได้

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

(สิ่งบ่งชี้) จากการทำตามหมอบอก เคร่งครัด ฉันก็ไม่ต้องมานอนโรงพยาบาล

ปัจจัยสาเหตุ -

5.3 เชื่อในการรักษาพยาบาลที่ได้รับว่าจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้น

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

(สิ่งบ่งชี้) "ฉันมาโรงพยาบาล ฉันก็หายทุกครั้ง"

ปัจจัยสาเหตุ -

5.4 เชื่อในความสามารถของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ให้การรักษาพยาบาลตน

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

(สิ่งบ่งชี้) "ฉันมาโรงพยาบาล ฉันก็หายทุกครั้ง"

ปัจจัยสาเหตุ -

5.5 เชื่อในโอกาสที่จะรักษาความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

(สิ่งบ่งชี้) เชื่อว่าถ้าควบคุมเรื่องอาหารการกินได้ ก็คงไม่ต้องนอนโรงพยาบาลบ่อยๆ

ปัจจัยสาเหตุ -

5.6 เชื่อในศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และบุคคลเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

(สิ่งบ่งชี้) สวดมนต์เพื่อให้ใจสบาย

ปัจจัยสาเหตุ -

6. บทบาทและความสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม

6.1 ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัว

☐ ไม่เปลี่ยนแปลง ☑ มีการเปลี่ยนแปลง

(สิ่งบ่งชี้) พอเริ่มป่วยก็ทำงานอะไรไม่ไหว

ปัจจัยสาเหตุ ขาอ่อนแรงเดินเองไม่ได้

6.2 ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

☐ ไม่เปลี่ยนแปลง ☑ มีการเปลี่ยนแปลง

(สิ่งบ่งชี้) บางครั้งต้องการไปทำบุญไปไม่ได้

ปัจจัยสาเหตุ เดินไม่ได้

6.3 สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว

6.3.1 การได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

(สิ่งบ่งชี้) เมื่อเจ็บป่วยบุตรเขยจะพามาส่งโรงพยาบาล

ปัจจัยสาเหตุ -

6.3.2 การได้รับสนับสนุนด้านจิตใจ

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

(สิ่งบ่งชี้) เวลาไม่สบายลูกก็มาเยี่ยมทุกคน

ปัจจัยสาเหตุ -

6.4 สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคม : เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน ฯลฯ

6.4.1 การได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

☐ ใช่ ☑ ไม่ใช่

(สิ่งบ่งชี้) อยู่บ้านตนเองไม่ชอบคุยกับเพื่อนบ้าน

ปัจจัยสาเหตุ -

6.4.2 การได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

(สิ่งบ่งชี้) มีญาติพี่น้องมาเยี่ยม

ปัจจัยสาเหตุ -

6.5 สัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ

6.5.1 การได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

(สิ่งบ่งชี้) หมอและพยาบาลให้การช่วยเหลือดี เวลาเจ็บป่วย หมอบอกก็พยายามทำตาม

ปัจจัยสาเหตุ -

6.5.2 การได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจ

☑ ใช่ ☐ ไม่ใช่

(สิ่งบ่งชี้) หมอพยาบาลให้คำแนะนำดี แพทย์พยาบาลให้กำลังใจ

แบบบันทึกการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ปัญหา	ปัจจัยสาเหตุ	สิ่งบ่งชี้	ข้อวินิจฉัย	ลำดับความสำคัญ
ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้	ขาดแรงจูงใจในการควบคุมการรับประทานอาหาร	1. มานอนโรงพยาบาล FBS = 367 mg% 2. รับประทานอาหารบ่อยเพราะหิวบ่อย 3. ขณะอยู่โรงพยาบาลให้บุตรซื้อกาแฟมาให้รับประทานบางครั้งก็แลคตาซอย 4. จากคำพูดของผู้ป่วยที่แสดงถึงการขาดแรงจูงใจในการควบคุมอาหาร “มาโรงพยาบาลหมอบอกให้กินน้อยๆ ของหวานต้องงดบางครั้งมันก็ทำไม่ได้”	ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เนื่องจากขาดแรงจูงใจในการควบคุมการรับประทานอาหาร	1

บันทึกแผนการดำเนินการจัดการกับปัญหา

ข้อวินิจฉัย	กลวิธีการจัดการกับปัญหา	เกณฑ์การประเมินผล	ผลการดำเนินการ
ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เนื่องจากขาดแรงจูงใจในการควบคุมการรับประทานอาหาร	1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงสภาพการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ผลของการไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล โรคแทรกซ้อนของเบาหวานที่มีต่อตา หัวใจ ไต และการไหลเวียนโลหิตโดยเฉพาะผู้ป่วยมีตามัว จาก Diabetic Retiropathy ขาชา ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอยู่ ถ้าไม่ควบคุมจะมีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น 2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน 3. ประเมินการรับประทานอาหารของผู้ป่วยในแต่ละวัน เพื่อชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าอะไรคือสิ่งที่รับประทานได้ ไม่ได้ หรือต้องควบคุม 4. ร่วมกับญาติที่ให้การดูแลผู้ป่วยในการวางแผนปรับอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานในแต่ละวันเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของร่างกายผู้ป่วยและเหมาะสมกับโรค 5. ให้ญาติที่ดูแลผู้ป่วยคอยควบคุมเรื่อการรับประทานอาหารและให้กำลังใจผู้ป่วย	1. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานได้ 2. ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่เกิน 140 mg% 3. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานที่เป็นมากกว่าเดิม เช่น แผลเรื้อรังที่เท้า	1. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกถึงโรคแทรกซ้อนและวิธีการป้องกันได้ 2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารเฉพาะที่ทางโรงพยาบาลจัดมาให้ 3. ผู้ป่วยจะปรับลดการดื่มแลคตาซอยกล่องมาเป็นนมถั่วเหลืองที่ใส่น้ำตาลน้อยๆ และจะค่อยๆ ลดปริมาณน้ำตาลลง 4. ผู้ป่วยจะปรับลดปริมาณข้าวหรือแป้งลงหันมาบริโภคกับข้าว ผักผลไม้ที่ไม่หวาน เช่น พุทธา ฝรั่ง ถ้าอยากรับประทานของหวานจะตัก 1-2 คำ แล้วลดปริมาณข้าวแทน 5. ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนกลับบ้าน = 126 mg% 6. รอประเมินผลระดับน้ำตาลและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด

ภาคผนวก ค

ข้อมูลการศึกษาในขั้นตอน

การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

คู่มือ
การประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

กรอบแนวคิดในการสร้างแบบฟอร์มรวบรวมข้อมูล

กรอบแนวคิดในการสร้างแบบฟอร์มเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังสร้างจากกรอบแนวคิดแหล่งพลังอำนาจ (Power Resources) ของมิลเลอร์ (Miller. 1992) ร่วมกับผลการศึกษาพลังอำนาจและการสูญเสียพลังอำนาจผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังในบริบทสังคมไทย (ดารณี จามจุรี.2544) โดยเชื่อที่ว่า "พลังอำนาจ (Power) คือความสามารถของบุคคลในการควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ อันเป็นผลเนื่องมาจากการเจ็บป่วยและการจัดการกับความเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย" ดังนั้นความสำเร็จในการจัดการกับการเจ็บป่วยสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ ความรู้สึกของผู้ป่วยถึงพลังอำนาจในการจัดการกับการเจ็บป่วย โดยที่แหล่งของพลังอำนาจของผู้ป่วยมีด้วยกัน 7 แหล่ง ได้แก่ (1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ (2) อัตมโนทัศน์ทางบวก (3) ความอดทนทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (4) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (5) พลังงาน (6) แรงจูงใจ และ (7) ระบบความเชื่อ

แบบฟอร์มรวบรวมข้อมูล

แบบฟอร์มในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับใช้ในการประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ วิธีเสียค่ารักษาพยาบาล การวินิจฉัยโรคที่ได้รับ ระยะเวลาที่เป็นโรค การรักษาที่ได้รับ ภาวะแทรกซ้อน ภาวะการควบคุมโรค ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยและบุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วย
2. แบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

แนวทางในการประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วย 6 ด้าน ได้แก่ (1) ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย (2) การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย (3) ความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง (4) การรับรู้ที่มีต่อตนเอง อัตมโนทัศน์ในตนและแรงจูงใจ (5) ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ และ (6) บทบาทและสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม

1. ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย มี 4 ข้อ คือ

1.1 ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย หมายถึง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา การเคลื่อนไหวของข้อเพื่อทำงานหรือกิจวัตรประจำวันตามศักยภาพทางร่างกายที่ควรจะเป็นของผู้ป่วย

การประเมินว่าผิดปกติหรือถูกจำกัดจะต้องบันทึกสิ่งบ่งชี้ซึ่งเป็นข้อมูลสนับสนุนผลการประเมินและปัจจัยสาเหตุของความผิดปกติที่เกิดขึ้น

1.2 ความสามารถในการทำกิจกรรม/กิจวัตรประจำวัน หมายถึง ระดับความสามารถในการทำกิจกรรม แบ่งออกเป็น 5 ระดับ เริ่มตั้งแต่ทำได้เองโดยอิสระ คือสามารถทำได้ด้วยตนเองไปจนถึงระดับที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้เลยต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด

1.3 ระดับพลังงานของร่างกายที่ใช้ในการทำกิจกรรม/กิจวัตรประจำวัน หมายถึง พลังงานของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพที่ควรจะเป็นของแต่ละบุคคลตามอายุ เพศ ฯลฯ

การประเมินว่าระดับพลังงานลดลงจะต้องบันทึกสิ่งบ่งชี้ซึ่งเป็นข้อมูลสนับสนุนผลการประเมินและปัจจัยสาเหตุของความผิดปกติที่เกิดขึ้น

1.4 ความรู้สึกนึกคิดและการตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถในการตอบสนองทางด้านการรับรู้ ความคิด การตัดสินใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อมได้ตรงตามสภาพความเป็นจริง

การประเมินว่าความรู้สึกนึกคิดและการตัดสินใจผิดปกติ จะต้องบันทึกสิ่งบ่งชี้ซึ่งเป็นข้อมูลสนับสนุนผลการประเมินและปัจจัยสาเหตุของความผิดปกติที่เกิดขึ้น

2. การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย มี 5 ข้อ คือ

2.1 การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อผลหรืออันตรายของความเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกาย เช่น ความพิการ ความเจ็บปวด เป็นต้น

ตัวอย่างคำถาม : ทราบหรือไม่ว่าการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่นี้มีผลอย่างไรต่อร่างกายของท่าน

2.2 การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับสาเหตุหรือปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดการเจ็บป่วย

ตัวอย่างคำถาม : ทราบหรือไม่ว่าโรค/การเจ็บป่วยที่เป็นอยู่นี้เกิดจากอะไร

2.3 การรับรู้เกี่ยวกับวิถีการดำเนินของโรค หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาวะของการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาต่าง ๆ ของการเจ็บป่วย รวมถึงความรู้ ความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงสภาวะของการเจ็บป่วยในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับการเจ็บป่วยได้

ตัวอย่างคำถาม : ทราบหรือไม่ว่าการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่นี้ถ้าควบคุมโรคได้จะเป็นอย่างไร และถ้าควบคุมโรคไม่ได้จะเป็นอย่างไร

2.4 การรับรู้เกี่ยวกับการรักษาการเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อการรักษาความเจ็บป่วยของตน ได้แก่ การรับประทานยา การควบคุมอาหาร การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นต้น

ตัวอย่างคำถาม : ท่านจะทำอย่างไรเพื่อควบคุมและรักษาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่

2.5 ประสบการณ์ที่มีต่อการเจ็บป่วยทั้งจากตนเองและผู้อื่น ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยต่อสิ่งที่ได้รู้ ได้เห็น ได้รับการบอกเล่าจากผู้อื่นและ/หรือประสบกับตนเองถึงผลของการเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกาย

ตัวอย่างคำถาม : ท่านเคยเห็นหรือรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากบุคคลอื่น/ผู้ป่วยรายอื่นที่เป็นโรคเดียวกับท่านหรือไม่ อย่างไร, ท่านเคยประสบกับภาวะของการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือไม่

3. ความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง มี 6 ข้อ

3.1 ความสามารถในการควบคุมโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการป้องกันหรือควบคุมไม่ให้อาการของโรค/การเจ็บป่วยมีความรุนแรงขึ้น การประเมินความสามารถในการควบคุมโรคใช้ข้อมูลที่ได้จากผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และในกรณีที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล คืออาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

กรณีที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้จะต้องบันทึกถึงปัจจัยสาเหตุร่วมด้วย

3.2 ความสามารถในการจัดการกับความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการจัดการกับความรู้สึกไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นกับร่างกาย เช่น ความเจ็บปวด อาการเหนื่อยหอบ เวียนศรีษะ เป็นต้น รวมถึงความรู้สึกไม่สุขสบายทางใจซึ่งอาจเกิดขึ้นพร้อมกันหรือเกี่ยวข้องกัน

ตัวอย่างคำถาม : เวลาน้ำตาลในเลือดต่ำ ท่านทำอย่างไร

3.3 ความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมตามแผนการรักษาพยาบาลได้อย่างครบถ้วน

กรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลได้จะต้องบันทึกถึงปัจจัยสาเหตุร่วมด้วย

ตัวอย่างคำถาม : ท่านสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่แพทย์หรือพยาบาลให้ทำหรือแนะนำได้หรือไม่ อะไรที่ท่านไม่สามารถทำได้ เพราะเหตุใด

3.4 ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการกำจัด แทนที่หรือเพิ่มเติมพฤติกรรมส่วนบุคคลเพื่อการควบคุมโรค/ความรุนแรงของโรค

- พฤติกรรมที่ต้องกำจัด (Removal) เช่น การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด ฯลฯ
- พฤติกรรมที่ต้องแทนที่(Replacement) เป็นพฤติกรรมที่ต้องแทนที่พฤติกรรมเดิม เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร
- พฤติกรรมที่ต้องเพิ่มเติม (Addition) เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานยา ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ต้องเพิ่มเติมจากพฤติกรรมเดิมที่มีอยู่

กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ จะต้องบันทึกถึงปัจจัยสาเหตุ

ตัวอย่างคำถาม : การเจ็บป่วยที่เป็นอยู่นี้ทำให้ท่านต้องมีการเปลี่ยนแปลงนิสัยหรือพฤติกรรมส่วนตัวใดบ้างหรือไม่..... ท่านสามารถทำได้หรือไม่....ถ้าไม่ได้เพราะเหตุใด

3.5 ความสามารถในการจัดการกับความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล ฯลฯ อันเนื่องมาจากผลกระทบของการเจ็บป่วย หมายถึง แบบแผนของผู้ป่วยในการเผชิญหรือจัดการกับผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อจิตใจ เช่น การที่ผู้ป่วยใช้วิธีการแก้ปัญหาที่สาเหตุหรือการใช้กลไกทางจิต เช่น การปฏิเสธ การแยกตัว การหาบุคคลสำคัญที่ช่วยแก้ปัญหา

ตัวอย่างคำถาม : ท่านรู้สึกอย่างไรที่ป่วยเป็นโรคนี้ และท่านทำอย่างไรต่อความรู้สึกนั้น

3.6 ความสามารถในการแสวงหาข้อมูล ความรู้ ทักษะเพื่อการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการแสวงหาข้อมูล ความรู้และทักษะ รวมถึงแหล่งทรัพยากรเพื่อประโยชน์ต่อการตัดสินใจและดำเนินกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพตนเองหรือใช้ในการสร้างแบบแผนในการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

ตัวอย่างคำถาม : ท่านได้เคยหาความรู้ หรือวิธีการอื่นในการรักษาโรคนอกเหนือจากที่แพทย์ พยาบาล บอกหรือไม่ ด้วยวิธีการใด

4. การรับรู้ที่มีต่อตนเอง อัตมโนทัศน์ในตน และแรงจูงใจ มี 5 ข้อ คือ

4.1 การรับรู้ถึงข้อจำกัดทางด้านร่างกาย หมายถึงการแสดงออกด้วยท่าทางหรือคำพูดของผู้ป่วยถึงการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่นั้นมีผลกระทบต่อสมรรถภาพทางกายของตนอย่างไร

ตัวอย่างคำถาม : การเจ็บป่วยที่เป็นอยู่นี้มีผลทำให้ร่างกายของท่านเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่ ถ้าเปลี่ยน มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร

4.2 การยอมรับต่อภาวะที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ของร่างกาย หมายถึง การแสดงออกด้วยท่าทางหรือคำพูดของผู้ป่วยถึงการยอมรับที่มีต่อสภาพของการเจ็บป่วยและสภาพของร่างกายที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงให้กลับสู่สภาพเดิมได้

ตัวอย่างคำถาม : ท่านรู้สึกอย่างไรกับโรค/การเจ็บป่วยที่เป็นอยู่

4.3 การรับรู้ถึงความหวังที่มีต่อการเจ็บป่วยและชีวิตของตน หมายถึง การแสดงออกด้วยท่าทางหรือคำพูดของผู้ป่วยถึงความหวังที่มีต่อการเจ็บป่วย และความหวังที่มีต่อชีวิตของตน

ตัวอย่างคำถาม : ท่านมีความหวังอย่างไรต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ทำไมถึงคิดเช่นนั้น

4.4 การรับรู้ว่าตนเองยังมีคุณค่า/ความสำคัญต่อบุคคลอื่น หมายถึง การแสดงออกด้วยท่าทางหรือคำพูดของผู้ป่วยที่รับรู้ว่าตนเองยังมีคุณค่า มีความสำคัญต่อตนเอง ต่อครอบครัว คนที่รักหรือบุคคลสำคัญ

ตัวอย่างคำถาม : ท่านรู้สึกต่อตนเองอย่างไร ท่านคิดว่าคนในครอบครัว คนที่ท่านรัก....ฯลฯ รู้สึกต่อท่านอย่างไร

4.5 การมีเป้าหมายในชีวิต หมายถึง การพูดถึงเป้าหมายในชีวิตของผู้ป่วยที่จะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่อความยากลำบากที่เกิดขึ้น

ตัวอย่างคำถาม : อะไรคือเป้าหมายในชีวิตของท่านที่จะช่วยทำให้ท่านมีความอดทนต่อความยากลำบากหรือความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเจ็บป่วย

5. ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ มี 6 ข้อ คือ

5.1 เชื่อว่าการมีสุขภาพที่ดีได้นั้นเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของตน หมายถึง การแสดงออกทางคำพูดของผู้ป่วยถึงความเชื่อที่มีต่อสุขภาพที่ดีของตนว่าเป็นหน้าที่ที่ตนต้องรับผิดชอบ

ตัวอย่างคำถาม : ท่านเชื่อหรือไม่ว่าท่านคือบุคคลสำคัญที่สุดที่จะทำให้ท่านมีสุขภาพที่ดี

5.2 เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมหรือจัดการผลของการเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อตัวเองได้ หมายถึง การแสดงออกทางคำพูดของผู้ป่วยถึงความเชื่อในตนเองว่าสามารถที่จะควบคุมหรือจัดการผลกระทบของการเจ็บป่วยที่จะมีต่อตนเองได้

ตัวอย่างคำถาม : ท่านคิดว่าท่านมีความสามารถที่จะควบคุมหรือจัดการกับผลของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตัวท่านได้หรือไม่

5.3 เชื่อในการรักษาพยาบาลที่ได้รับว่าจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้น หมายถึง การแสดงออกทางคำพูดของผู้ป่วยถึงความเชื่อต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับว่าจะช่วยให้การเจ็บป่วยของตนดีขึ้น

ตัวอย่างคำถาม : การรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับอยู่นี้ช่วยทำให้อาการเจ็บป่วยของท่านดีขึ้นหรือไม่, ท่านมีความเชื่อมั่นต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับหรือไม่ว่าจะช่วยให้การเจ็บป่วยของท่านดีขึ้น

5.4 เชื่อในความสามารถของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ให้การรักษาพยาบาลตน หมายถึง การแสดงออกถึงคำพูดของผู้ป่วยที่มีต่อความสามารถของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ให้การรักษาพยาบาลตน

ตัวอย่างคำถาม : ท่านมีความเชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ให้การดูแลหรือไม่

5.5 เชื่อในศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์และบุคคลเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ หมายถึง การแสดงออกทางคำพูดของผู้ป่วยถึงสิ่งที่ผู้ป่วยใช้เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่อความยากลำบากหรือความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากผลของความเจ็บป่วย

ตัวอย่างคำถาม : ใครหรืออะไรคือสิ่งที่ท่านใช้เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจเมื่อท่านเกิดความรู้สึกเครียด ทุกข์ทรมาน ฯลฯ

6. บทบาทและสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม มี 5 ข้อ คือ

6.1 ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ที่มีต่อตนเองและครอบครัว หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการดำรงไว้ซึ่งบทบาทและหน้าที่ที่มีต่อตนเองและครอบครัวถึงแม้ว่าจะมีความเจ็บป่วย

ตัวอย่างคำถาม : การเจ็บป่วยมีผลทำให้ท่านต้องเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ที่เคยทำอยู่หรือไม่ อย่างไร

6.2 ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการดำรงไว้ซึ่งการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างที่เคยทำได้แม้ว่าจะมีความเจ็บป่วย

ตัวอย่างคำถาม : การเจ็บป่วยมีผลต่อการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมกับเพื่อน หรือในชุมชนหรือไม่ อย่างไร, การเจ็บป่วยมีผลทำให้ท่านต้องแยกตัวออกจากสังคมหรือไม่

6.3 สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และ/หรือการได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากสมาชิกในครอบครัว

ตัวอย่างคำถาม : ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับคนในครอบครัวเป็นอย่างไร คนในครอบครัวช่วยเหลือท่านเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่อย่างไร คนในครอบครัวเป็นกำลังใจให้ท่านต่อสู้กับความเจ็บป่วยหรือไม่

6.4 สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคม : เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน ฯลฯ หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และ/หรือการได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากเพื่อนหรือบุคคลในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่หรือทำงานอยู่

ตัวอย่างคำถาม : ความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับเพื่อนบ้าน/ที่ทำงานเป็นอย่างไร เพื่อนบ้าน/ที่ทำงานได้ช่วยเหลือท่านเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่หรือไม่อย่างไร เพื่อนบ้าน/ที่ทำงานเป็นกำลังใจให้ท่านต่อสู้กับความเจ็บป่วยหรือไม่

6.5 สัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และ/หรือการได้รับการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วย

ตัวอย่างคำถาม : ท่านรู้สึกอึดอัดหรือลำบากใจกับแพทย์ พยาบาลที่ให้การดูแลท่านหรือไม่ ท่านพอใจกับการดูแลของแพทย์และพยาบาลหรือไม่อย่างไร แพทย์ พยาบาลได้ให้กำลังใจให้ท่านต่อสู้กับความเจ็บป่วยหรือไม่

การบันทึกข้อมูล

1. ข้อมูลที่เกี่ยวกับการรับรู้ ความเชื่อของผู้ป่วย ควรเขียนตามถ้อยคำที่ผู้ป่วยบอก ไม่ควรเอาคำพูดของผู้ป่วยมาแปลความหมายแล้วจึงบันทึก

2. การบันทึกข้อมูลในช่องสิ่งบ่งชี้มีความสำคัญที่จะช่วยตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องของการประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยว่าไม่ได้เกิดจากความคิดของพยาบาลแต่อยู่บนข้อเท็จจริงที่ได้จากผู้ป่วย

การวินิจฉัยพลังอำนาจ

1. การกำหนดข้อวินิจฉัยพลังอำนาจใช้แบบบันทึกการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ภาคผนวก ข.) เป็นแนวทางในการกำหนดข้อวินิจฉัยพลังอำนาจ

1.1 ปัญหา หมายถึง ข้อมูลที่บ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ที่เป็นผลกระทบเนื่องมาจากไม่สามารถควบคุมหรือจัดการกับการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีความเป็นไปได้ที่จะเป็นในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งดังต่อไปนี้

1.1.1 คาดว่าจะเกิดปัญหาสุขภาพเพราะพบปัจจัยเสี่ยง

ตัวอย่าง : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

1.1.2 มีปัญหาสุขภาพ

ตัวอย่าง : ผู้ป่วยต้องการทราบเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

1.2 ปัจจัยสาเหตุ หมายถึง ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ

ตัวอย่าง : ขาดความรู้และวิธีปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

1.3 สิ่งบ่งชี้ หมายถึง ข้อมูลสนับสนุนปัจจัยสาเหตุที่ได้อ้างถึงว่าทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ

ตัวอย่าง : "โรคแทรกซ้อนนี่สำคัญ หมอบอกว่าคนเป็นเบาหวานจะไม่ตายด้วยโรคเบาหวาน มักจะตายจากโรคแทรกนี่แหละ มันเป็นยังไงหมอ"

1.4 ข้อวินิจฉัย หมายถึง ข้อความที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของปัญหาและสาเหตุ

ตัวอย่าง : ผู้ป่วยต้องการทราบเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเนื่องจากขาดความรู้และวิธีปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

2. แนวทางในการเขียนข้อวินิจฉัย

2.1 ใช้ข้อความที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่แสดงถึงปัญหาที่มีต่อความสามารถในการควบคุมโรคหรือการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

2.2 ไม่นำคุณค่า และมาตรฐานของตัวพยาบาลมามีอิทธิพลต่อการวินิจฉัย แต่ให้ใช้ข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยทั้งอัตนัยและปรนัยที่รวบรวมจากแบบประเมินพลังอำนาจผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นหลัก

2.3 ข้อความในข้อวินิจฉัยจะต้องบ่งชี้ถึงสิ่งที่สามารถแก้ไข เปลี่ยนแปลงได้

3. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เกิดจากการตัดสินร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย

ภาคผนวก ก.
แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดเติมคำลงในช่องว่าง..... หรือขีดเครื่องหมาย √ ลงในช่อง ☐ ตามที่ผู้ป่วยเลือกตอบ

ชื่อผู้ป่วย ..... นามสกุล ..... H.N.....

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ ..... ปี
3. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด
   - ☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา ☐ ประถมศึกษา
   - ☐ มัธยมศึกษา ☐ อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร
   - ☐ ปริญญาตรี ☐ อื่น ๆ ระบุ .....
4. สถานภาพสมรส
   - ☐ โสด ☐ คู่ (อยู่ร่วมกัน)
   - ☐ ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่
5. อาชีพ
   - ☐ แม่บ้าน/ไม่ประกอบอาชีพ ☐ เกษตร (เช่น ทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น)
   - ☐ ค้าขาย ☐ รับราชการ (ทำงานในหน่วยราชการหรือรัฐวิสาหกิจ)
   - ☐ รับจ้าง (ผู้ที่ทำงานโดยรับค่าจ้างจากนายจ้างซึ่งไม่ใช่หน่วยงานราชการหรือรัฐวิสาหกิจ)
   - ☐ อื่น ๆ (ระบุ) .....
6. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว ..... บาทต่อเดือน
7. รายได้ที่ผู้ป่วยได้รับเพียงพอกับค่าใช้จ่ายหรือไม่
   - ☐ เพียงพอและมีเหลือเก็บ
   - ☐ เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ
   - ☐ ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน
   - ☐ ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน
8. วิธีเสียค่ารักษาพยาบาล
   - ☐ เบิกต้นสังกัด/ประกันสังคม ☐ ชำระเอง
   - ☐ สังคมสงเคราะห์ ☐ อื่น ๆ ระบุ .....
9. การวินิจฉัยโรคที่ได้รับ .....
   ระยะเวลาที่เป็นโรค ..... ปี
10. การรักษาที่ได้รับ

.....

.....

.....

11. ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

.....

.....

.....

12. ภาวะการควบคุมโรค

☐ ควบคุมโรคได้ดี ☐ ควบคุมโรคได้ไม่ดี

ข้อมูลสนับสนุนผลการประเมิน .....

.....

.....

.....

13. ผู้ที่ดูแลผู้ป่วย คือ .....

14. บุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วย คือ .....

ଓଓଓଓଓଓଓ

แบบประเมินพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

คำชี้แจง บันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยตามข้อรายการที่กำหนด รวมถึงสิ่งบ่งชี้และปัจจัยสาเหตุที่พบจากการประเมินผู้ป่วย

1. ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย

1.1 ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย

☐ ปกติ

☐ ผิดปกติหรือถูกจำกัด **(สิ่งบ่งชี้)** .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

1.2 ความสามารถในการทำกิจกรรม/กิจวัตรประจำวัน

☐ สามารถทำได้ด้วยตนเอง

☐ ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ช่วย

☐ ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

☐ ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นและต้องใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือช่วย

☐ ไม่สามารถช่วยตัวเองได้เลย ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด

1.3 ระดับของพลังงานของร่างกายที่ใช้ในการทำกิจกรรม/กิจวัตรประจำวัน

☐ ปกติ

☐ ลดลง **(สิ่งบ่งชี้)** .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

1.4 ความรู้สึกนึกคิดและการตัดสินใจ

☐ ปกติ

☐ ผิดปกติ **(สิ่งบ่งชี้)** .....

ปัจจัยสาเหตุ .....

2. การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย

2.1 การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย

.....

.....

2.2 การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย

.....

.....

2.3 การรับรู้เกี่ยวกับวิถีการดำเนินของโรค

.....

.....

2.4 การรับรู้เกี่ยวกับการรักษาอาการเจ็บป่วย

.....

.....

2.5 ประสบการณ์ที่มีต่อการเจ็บป่วยทั้งจากตนเองและผู้อื่น ทั้งทางด้านบวกและด้านลบ

.....

.....

3. ความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

3.1 ความสามารถในการควบคุมโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย

☐ สามารถควบคุมโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย

☐ ไม่สามารถควบคุมโรคและความรุนแรงของการเจ็บป่วย

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ (กรณีที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้).....

3.2 ความสามารถในการจัดการกับความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย

☐ สามารถจัดการกับความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

☐ ไม่สามารถจัดการกับความไม่สุขสบายอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

สิ่งบ่งชี้ .....

3.3 ความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล

☐ สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล

☐ ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ (กรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติได้).....

3.4 ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

☐ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

☐ ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุ (กรณีที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้).....

3.5 ความสามารถในการจัดการกับความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล ฯลฯ อันเนื่องมาจากผลกระทบของความเจ็บป่วย

☐ สามารถจัดการได้

☐ ไม่สามารถจัดการได้

สิ่งบ่งชี้ .....

3.6ความสามารถในการแสวงหาข้อมูล ความรู้ ทักษะ เพื่อการจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

☐ สามารถแสวงหาข้อมูล ความรู้และทักษะเพื่อจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

☐ ไม่สามารถแสวงหาข้อมูล ความรู้และทักษะเพื่อจัดการกับการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง

สิ่งบ่งชี้ .....

4. การรับรู้ที่มีต่อตนเอง อัตมโนทัศน์ในตน และแรงจูงใจ

4.1 การรับรู้ถึงข้อจำกัดทางด้านร่างกาย

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

4.2 การยอมรับต่อภาวะที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ของร่างกาย

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

4.3 การรับรู้ถึงความหวังที่มีต่อการเจ็บป่วยและชีวิตของตน

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

4.4 การรับรู้ว่าตนเองยังมีคุณค่า/ความสำคัญต่อบุคคลอื่น

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

4.5 การมีเป้าหมายในชีวิต

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

5. ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ

5.1 เชื่อว่าการมีสุขภาพที่ดีได้นั้นเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของตน

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

5.2 เชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมหรือจัดการผลกระทบของการเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อตัวเองได้

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

5.3 เชื่อในการรักษาพยาบาลที่ได้รับว่าจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้น

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

5.4 เชื่อในความสามารถของเจ้าหน้าที่สุขภาพที่ให้การรักษาพยาบาลตน

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

5.5 เชื่อในศาสนา สิ่งศักดิ์สิทธิ์ และบุคคลเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่

สิ่งบ่งชี้ .....

6. บทบาทและสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อม

6.1 ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ที่มีต่อตนเองและครอบครัว

☐ ไม่เปลี่ยนแปลง ☐ มีการเปลี่ยนแปลง

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุของการเปลี่ยนแปลง .....

6.2 ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

☐ ไม่เปลี่ยนแปลง ☐ มีการเปลี่ยนแปลง

สิ่งบ่งชี้ .....

ปัจจัยสาเหตุของการเปลี่ยนแปลง .....

6.3 สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว

☐ สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวดี

☐ สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวไม่ดี

สิ่งบ่งชี้ .....

6.4 สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคม : เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน ฯลฯ

☐ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคมดี

☐ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในสังคมไม่ดี

สิ่งบ่งชี้ .....

6.5 สัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ

☐ สัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่สุขภาพดี

☐ สัมพันธภาพกับเจ้าหน้าที่สุขภาพไม่ดี

สิ่งบ่งชี้ .....

แบบบันทึกการวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ปัญหา	ปัจจัยสาเหตุ	สิ่งบ่งชี้	ข้อวินิจฉัย	ลำดับความสำคัญ

บันทึกแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ข้อวินิจฉัย	กลวิธีการจัดการกับปัญหา	เกณฑ์การประเมินผล	ผลการดำเนินการ

แบบประเมินความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อคู่มือการประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่อง □ ที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด

รายการ	ระดับความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
1. ความเหมาะสมของข้อความที่ใช้อธิบายใน**กรอบแนวคิดในการสร้างแบบฟอร์มรวบรวมข้อมูล**						
2. ความเหมาะสมของข้อความที่ใช้อธิบายใน**แบบฟอร์มรวบรวมข้อมูล**						
3. ความเหมาะสมของข้อความที่ใช้อธิบายใน**แนวทางในการประเมินพลังอำนาจใน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**						
4. ความเหมาะสมของข้อความที่ใช้อธิบายใน**การบันทึกข้อมูล**						
5. ข้อความที่ใช้อธิบายใน**การวินิจฉัยพลังอำนาจ**มีความเหมาะสมเข้าใจได้ชัดเจน						
6. ความเหมาะสมของข้อรายการใน**แบบประเมินพลังอำนาจ** ในการใช้เก็บรวบรวมข้อมูลและใช้เป็นข้อมูลในการวินิจฉัยพลังอำนาจ						
7. ความเหมาะสมของคู่มือ ฯ จะนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้เข้ารับการอบรมนำไปใช้ในการฝึกปฏิบัติเพื่อประเมินและวินิจฉัยพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง						

ภาคผนวก ง

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิประชุมพิจารณาโครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง และ ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบหลักสูตรฝึกอบรม

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิประชุมพิจารณา
โครงสร้างการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

1.	ศ. ดร. สมจิต	หนุเจริญกุล	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
2.	รศ. ดร. จินตนา	ยูนิพันธุ์	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬา ฯ
3.	ดร. วรรณวิไล	จันทราภา	ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านการพยาบาล
4.	รศ. ดร. สายพิณ	เกษมกิจวัฒนา	คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราช
5.	รศ. ดรุณี	ชุณหะวัต	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
6.	ดร. นันทวรรณ	สุวรรณรูป	คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราช
7.	ดร. วันเพ็ญ	พิชิตพรชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราช
8.	อ. สมหมาย	หิรัญนุช	ผู้อำนวยการกองการพยาบาล
9.	นางสาวส่งศรี	กิตติรักษ์ตระกูล	กองการพยาบาล
10.	นางกฤษดา	แสวงดี	กองการพยาบาล
11.	นางธีรพร	สถิรอังกูร	กองการพยาบาล
12.	นางศุภวรรณ	มโนสุนทร	สำนักพัฒนาวิชาการ กรมการแพทย์

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบหลักสูตรฝึกอบรม

1.	รศ.ดร. วิชัย	วงษ์ใหญ่	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
2.	รศ.ดร.สุนันท์	ศลโกสุม	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
3.	ผศ.ดร.ดิลก	ดิลกานนท์	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
4.	รศ.ดร.สุจิตรา	เหลืองอมรเลิศ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
5.	รศ.ดร.สายพิณ	เกษมกิจวัฒนา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6.	ดร.วันเพ็ญ	พิชิตพรชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
7.	รศ.ดร.ยุพาพิณ	ศิรโพธิ์งาม	คณะแพทย์ศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
8.	อ. สมหมาย	หิรัญนุช	ผู้อำนวยการกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	ดารณี จามจุรี
ที่อยู่	635/1 ซอยลาดพร้าว 107 ถนนลาดพร้าว
	คลองจั่น บางกะปิ กรุงเทพ ฯ 10240
ที่ทำงาน	กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
	กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี 11000
ตำแหน่ง	นักวิชาการพยาบาล 7
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2522	มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนหอวัง
พ.ศ. 2526	วิทยาศาสตร์บัณฑิต (การพยาบาลและผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2531	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2545	การศึกษาดุษฎีบัณฑิต (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)
	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ