

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. แนวคิดการดูแล
3. พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล
4. แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease หรือ COPD) หมายถึง กลุ่มโรคที่มีอาการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในหลอดลมหรือในเนื้อปอดทำให้หลอดลมตีบแคบลงหรือตัน การอุดกั้นที่เกิดขึ้นจะเป็นเรื้อรังและไม่กลับคืนสู่สภาพปกติ ซึ่งโรคระบบทางเดินหายใจที่อยู่ในกลุ่มโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังนั้นมี 2 โรค คือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic Bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) (วัชรนา บุญสวัสดิ์, 2541; Johnson, 1988) ส่วนใหญ่แล้วโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และมักจะแสดงอาการเมื่ออายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคนี้คือการสูบบุหรี่ ได้มีการศึกษาพบว่า ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังมีประวัติสูบบุหรี่ (Hanson, 1997) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่แม้เพียงสูบบุหรี่ไม่กี่ปีก็สามารถพบความผิดปกติในการทำงานของหลอดลมขนาดเล็กได้ ผู้สูบบุหรี่ปริมาณมากหรือระยะเวลานานมีโอกาสเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้สูงและมีอาการรุนแรงน้อยกว่า ผู้สูบบุหรี่ปริมาณน้อยหรือระยะเวลาสั้นกว่า นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่เกิดจากการสูบบุหรี่จะมีอัตราตายสูงกว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ไม่สูบบุหรี่มาก (จารุณี บรรลือ, 2542; อัมพรธณ ชีรานุตร, 2542) ส่วนสาเหตุสำคัญรองลงมา ได้แก่ มลภาวะในอากาศ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ภูมิแพ้และการขาดซีรั่มโปรตีน Alpha1 Antitrypsins (AAT) ซึ่งการขาดซีรั่มโปรตีนนี้สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ (สุชัย เจริญรัตกุล, 2539; Sexton & Monro, 1988)

พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นั้นมักประกอบด้วย โรคสองโรคคือ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และโรคถุงลมโป่งพอง ในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรคหลอดลมอักเสบเด่นชัดนั้น ลักษณะสำคัญเมื่อมีอาการอักเสบของหลอดลม พบว่า ต่อมเมือกที่ผนังหลอดลมจะโตและมีจำนวนเพิ่มขึ้น ปริมาณเสมหะในหลอดลมเพิ่มขึ้นทำให้เกิดการอุดกั้นและมีพังผืดเกิดขึ้น กระดูกอ่อนที่ขีดระหว่างหลอดลมแขนงอาจหายไปทำให้หลอดลมตีบแฟบได้ง่ายขณะหายใจออก เมื่อการอุดตันในหลอดลมเป็นอย่างเรื้อรังและมากขึ้น ทำให้การระบายอากาศลดลงเป็นผลให้ระดับออกซิเจนในเลือดแดงต่ำลง และระดับคาร์บอนไดออกไซด์สูงขึ้นทำให้หลอดเลือดแดงฝอยในปอดหดตัวแรงดันในหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้น และทำให้แรงดันในหลอดเลือดแดงปอดสูงขึ้นนอกจากนั้นภาวะการขาดออกซิเจนทำให้มีภาวะเป็นกรดจากการหายใจ ระดับคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เกิดการสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นทำให้ความหนาแน่นของเม็ดเลือดแดงสูงขึ้นเพิ่มความหนืดใน การไหลของเลือด เป็นสาเหตุร่วมที่ทำให้แรงดันในหลอดเลือดแดงปอดสูงขึ้น หัวใจซีกขวาต้องทำงานหนักเพื่อต้านแรงดันที่สูงขึ้นทำให้เกิดหัวใจซีกขวาโตและวาย ผู้ป่วยจะมีภาวะบวมจาก หัวใจวายและอาการตัวเขียวจากการขาดออกซิเจนอย่างรุนแรงจึงเรียกผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังนี้ว่า บูล บลอตเทอร์ (Blue Bloater) ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยที่มีลักษณะเด่น ของโรคถุงลมโป่งพองที่มี พยาธิสภาพเป็นผลจากเนื้อเยื่อปอดถูกทำลายทำให้ปอดสูญเสียความ ขีดยืดหยุ่น และหลอดเลือดในบริเวณนั้นถูกทำลายไปด้วย ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่มาสู่ปอดส่วนนั้น ลดลงพร้อมกับการลดลงของการถ่ายเทอากาศทำให้อัตราส่วนของการระบายอากาศต่อการไหลเวียน เปลี่ยนแปลงไม่มากนัก การแลกเปลี่ยนก๊าซจึงยังคงสมดุลกันอยู่ผู้ป่วยจึงไม่มีอาการเขียว เรียกว่า ฟิงก์ พัฟเฟอร์ (Pink Puffers) แต่ต่อมาเมื่อเนื้อเยื่อปอดและหลอดเลือดฝอยในปอดถูกทำลายไป มากแรงดันต้านทานในหลอดเลือดฝอยสูงขึ้น ก็จะเกิดภาวะหัวใจข้างขวายาวในระบะสุดท้ายของโรค ในที่สุด (รังสรรค์ ปุณฺณาคม และประภาพร ขงใจยุทธ, 2532; Luckmann, 1997)

อาการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะนั้นอาจยังไม่ปรากฏ เนื่องจากการ เปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพจะเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ และเลวลงเรื่อย ๆ ต่อมาจะเริ่มมีอาการไอ หลังจากนั้นอาการจะค่อย ๆ ทวีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยจะรู้สึกเหนื่อยง่ายเมื่อออกแรงขณะหายใจ จะมีเสียงวี๊ด (Wheezing) มีอาการหายใจลำบาก อาการเหล่านี้อาจเริ่มมีเพียงเล็กน้อย ไอในตอนเช้า แต่ไม่มาก รู้สึกเพลียเมื่อยขึ้นบันได และเนื่องจากอาการไม่ปรากฏแน่ชัดผู้ป่วยจึงมักไม่สนใจที่จะ รับการรักษา จนกระทั่งอาการเป็นมากขึ้นเรื่อย ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากอาการหายใจลำบากและ ออกแรงในการหายใจมากขึ้นโดยเฉพาะเมื่อหายใจออก (Force Exhalation) และต้องใช้กล้ามเนื้อ อื่นนอกเหนือจากที่เคยใช้ช่วยในการหายใจ เช่น กล้ามเนื้อที่คอ ไหล่ และหน้าท้องต้องเป่าปาก เวลาหายใจออกเพื่อเปิดทางเดินหายใจให้ลมหายใจออกนานขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบากมาก

ขึ้นและบ่อยครั้งแม้ในขณะที่รับประทานอาหาร ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลีย เมื่ออาหาร น้ำหนักลด และมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2540) สมาคมโรคปอดแห่งสหรัฐอเมริกา (American Lung Association, 1975 cited in Dudley, Glaser, Jorgen & Logan, 1980) จึงได้จัดระดับความรุนแรงของ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ได้เป็น 5 ระดับ ดังนี้

ความรุนแรงระดับที่ 1 ไม่มีข้อจำกัดใด ๆ สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ตามปกติโดยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ

ความรุนแรงระดับที่ 2 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเล็กน้อย สามารถเดินบนพื้นราบได้ แต่ไม่กระฉับกระเฉงเท่าคนปกติ และไม่สามารถเดินขึ้นที่สูงหรือขึ้นบันไดเท่าคนในวัยเดียวกัน แต่สามารถขึ้นตึกสูง 1 ชั้นได้โดยไม่เหนื่อยหอบ

ความรุนแรงระดับที่ 3 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมชัดเจนขึ้น ไม่สามารถทำงานหนักหรือทำงานที่ย่างยากได้ ไม่สามารถเดินขึ้นที่สูงหรือขึ้นบันไดเท่าคนในวัยเดียวกันและมีอาการเหนื่อยหอบเมื่อเดินขึ้นตึก 1 ชั้น และต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึกสูง 2 ชั้น

ความรุนแรงระดับที่ 4 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมมากขึ้น ไม่สามารถทำงานได้ เคลื่อนไหวได้ในขอบเขตจำกัด ต้องหยุดพักเมื่อเดินขึ้นตึก 1 ชั้น แต่ยังสามารถดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

ความรุนแรงระดับที่ 5 มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมอย่างมาก เดินเพียง 2 – 3 ก้าว หรือ ลูก นั่ง ก็เหนื่อย ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เหนื่อยหอบเมื่อพูดหรือแต่งตัว

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสามารถวินิจฉัยได้โดยพิจารณาจาก การซักประวัติตรวจร่างกาย การถ่ายภาพรังสีทรวงอก และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญได้แก่ การตรวจสมรรถภาพของปอด เพื่อวัดปริมาณของอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่หลังการหายใจเข้าเต็มที่ (Forced Vital Capacity หรือ FVC) และปริมาณที่หายใจออกโดยเร็วและแรงเต็มที่ภายใน 1 วินาที (Forced Expiratory Volume in 1 Second หรือ FEV1) โดยรายงานผลบอกค่าเป็นร้อยละของอัตราเปรียบเทียบ $FEV1 / FVC * 100$ ซึ่งสามารถประเมินความผิดปกติเมื่อมีการอุดกั้นทางเดินหายใจได้ สำหรับในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นจะมีค่า FVC, FEV1, $FEV1 / FVC$ ลดลงน้อยกว่า 70 % ในขณะที่ปริมาตรของอากาศที่ค้างอยู่ในปอดเมื่อหายใจออกเต็มที่แล้ว (Residual Volume หรือ RV) และปริมาตรของอากาศที่ค้างอยู่ในปอดเมื่อหายใจเข้าอย่างเต็มที่ (Total Lung Capacity หรือ TLC) และ $RV / TLC * 100$ มีค่าสูงขึ้นมากกว่าร้อยละ 40 และการอุดกั้นของหลอดลมที่เกิดขึ้นนั้น

ไม่ตอบสนองต่อยาขยายหลอดลม (สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย, 2539) และพบว่าในผู้ชายเมื่อมีอายุประมาณ 60 – 65 ปี FEV1 ลดลงอย่างรวดเร็วประมาณ 0.8 ลิตรหรือมีอัตราส่วนของ FEV1/FVC ลดลงน้อยกว่า 70% (พูนเกษม เจริญพันธ์, 2531 อ้างถึงใน วัชรรา บุญสวัสดิ์, 2541)

อาการหายใจลำบากเป็นอาการที่แสดงออกทางกายที่ถือว่าสร้างความทุกข์ทรมานและรบกวนความเป็นอยู่และความรู้สึกพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมาก ซึ่งอาการหายใจลำบากจะเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์มากที่สุด (Janson – Bjerkile, Carrieri & Hudes, 1986; Gift & McCrone, 1993) อาการหายใจลำบากเกิดขึ้นเนื่องจากการอุดกั้นทางเดินหายใจทำให้ผู้ป่วยเกิดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้นและมีการพร่องของออกซิเจนจึงเกิดแรงขับให้หายใจเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดอาการหายใจลำบากเมื่อมีกิจกรรมมากขึ้นหรือถ้ามีอาการรุนแรงแม้แต่การกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ รับประทานอาหาร แต่งตัวหรือแม้แต่กระทั่งเวลานอนหลับก็อาจเกิดอาการหายใจลำบากได้ นอกจากนี้สิ่งที่ตามมาคือภาวะพร่องออกซิเจนในร่างกายอย่างเรื้อรังจะก่อให้เกิดผลกระทบต่ออวัยวะในระบบอื่น ๆ ตามมาได้อย่างมากมาย

อวัยวะในระบบอื่น ๆ นอกเหนือจากระบบหายใจที่เป็นผลสืบเนื่องมาจากภาวะพร่องออกซิเจนในเลือดนับตั้งแต่ภาวะเลือดพร่องออกซิเจนทำให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง จึงกระตุ้นให้มีการหลั่งของสารเรนิน แองจิโอเทนซิน ไตจึงดูดโซเดียมกลับมากขึ้น เกิดความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์เกิดขึ้นในร่างกาย และเกิดภาวะที่ออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลงยังไปกระตุ้นไตให้หลั่ง Erythropoietin ซึ่งจะมีผลกระตุ้นให้ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดแดงเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความหนืดของเลือดเพิ่มสูงขึ้น ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ แน่นหน้าอก ความดันเลือดเพิ่มสูงขึ้น อาจพบการอุดกั้นหลอดเลือดด้วยลิ่มเลือด และถ้าค่าฮีมาโตคริตสูงกว่าร้อยละ 54 จะทำให้เกิดภาวะหัวใจห้องขวาล้มเหลวได้ถึงร้อยละ 54

ในระบบหัวใจและหลอดเลือด ถ้าความดันออกซิเจนต่ำกว่า 60 มิลลิเมตรปรอทจะกระตุ้นให้ศูนย์รับเคมีส่วนปลาย (Peripheral Chemoreceptor) และศูนย์ควบคุมการหดตัวของเส้นเลือด (Vasomotor Center) ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น และถ้าเกิดภาวะเลือดพร่องออกซิเจนอยู่นานจะกระตุ้นให้เลือดแดงฝอยของปอดหดตัวส่งผลให้ความดันเลือดแดงในปอดสูง หัวใจห้องล่างขวาจะต้องทำงานมากขึ้นเพื่อต้านแรงดันที่สูงขึ้นจนทำให้หัวใจห้องล่างขวาโตขึ้น เกิดโรคหัวใจวาล์วล้มเหลวเพราะปอด (Cor Pulmonary) ตามมาได้ (พูนเกษม เจริญพันธ์, 2531; Sexton & Monro, 1988)

ในระบบอื่น ๆ ก็ได้รับผลกระทบตามมาจากภาวะเลือดพร่องออกซิเจน เช่น ระบบประสาท ซึ่งมีความไวต่อการขาดออกซิเจน ดังนั้นเมื่อภาวะเลือดพร่องออกซิเจนที่รุนแรงและเป็นเวลานาน จะทำให้เซลล์ประสาทตายเกิดการทำลายสมองอย่างถาวร โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ

เรามักจะพบว่ามีปัญหาในด้านความคิด ความจำและระดับสติปัญญาเป็นส่วนใหญ่อยู่แล้ว เมื่อมีภาวะสมองเสื่อมจากโรคยังทำให้มีปัญหาในเรื่องของการปฏิบัติตัวการรับประทานยาและการปฏิบัติอื่น ๆ ที่มีผลต่อการรักษาได้

สำหรับแนวทางและจุดมุ่งหมายในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นเป็นเพียงการบรรเทาอาการของโรคให้ลดน้อยลงการยับยั้งหรือชะลอพยาธิสภาพไม่ให้ดำเนินไปอย่างรวดเร็วและเพื่อคงสมรรถภาพของปอดไว้หรือให้เสื่อมช้าที่สุดทั้งในระยะสั้นและระยะยาวรวมทั้งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2539) แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อยู่ในระยะสงบจึงมีดังนี้

1. การรักษาภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีอาการอุดกั้นของหลอดลมดังนั้นการให้ยาขยายหลอดลมจึงมีความจำเป็น เพื่อช่วยขยายหลอดลมและลดเสมหะในหลอดลม และสำหรับผู้ป่วยในรายที่มีภาวะความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูงและระยะเฉียบพลันนั้นจะพิจารณาให้คอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroid) เพื่อช่วยให้การตอบสนองต่อยาขยายหลอดลมดีขึ้น
2. การรักษาโรคแทรกซ้อน ซึ่งได้แก่ ภาวะติดเชื้อ อาการหัวใจวายจากโรคปอด และภาวะขาดออกซิเจนในเลือดแดงโดยใช้ยาปฏิชีวนะ การให้ออกซิเจน ใช้เครื่องช่วยหายใจ และการให้ยาขับปัสสาวะ การใช้ยาปฏิชีวนะในระยะยาวไม่ช่วยทำให้การทำงานของระบบทางเดินหายใจดีขึ้น แต่อาจช่วยลดความถี่ของการเกิดอาการรุนแรงของโรคลงได้จากการติดเชื้อในทางเดินหายใจ (ชัยเวช นุชประยูร, 2539)
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพของปอดของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้รู้จักตนเอง ตลอดจนการปรับระดับประคองและการดูแลทางด้านอารมณ์นั้นต้องประเมินความจำเป็นในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเรียนรู้อย่างรอบคอบความรู้ที่ผู้ป่วยและบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยควรทราบได้แก่ ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจที่เกิดขึ้นการป้องกันสาเหตุชักนำให้โรคเลวลง การปรับตัวต่อกิจกรรมต่าง ๆ และการรักษาของแพทย์ ความรู้เกี่ยวกับวิธีการรับประทานยาและผลข้างเคียง อาหาร การเคาะปอดเอาเสมหะออก การบริหารการหายใจ เทคนิคการไอที่มีประสิทธิภาพ (Hilling & Smith, 1995)

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทำให้ระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ มีผลต่ออารมณ์ของผู้ป่วย เคยมีผู้ใช้แบบทดสอบทางจิตวิทยาผู้ป่วยโรคนี้พบความผิดปกติทางด้านจิตใจหลายด้าน เช่น การเรียนรู้ ความมั่นคงของอารมณ์และการปฏิบัติงาน เป็นต้น ความผิดปกติเหล่านี้สัมพันธ์กับระดับออกซิเจนในเลือด คนเป็นโรคนี้จะมีความรู้สึกตัวว่าป่วยอยู่ตลอดเวลาเพราะเหนื่อยง่าย ออกแรง เล็กน้อยก็เหนื่อยออกกำลังกายอย่างคนปกติไม่ได้ กิจกรรมทางกายหลายอย่างถูกจำกัด

มีผลต่อจิตใจตามมา (สมชัย บวรกิตติ และนันทา มาระเนตร์, 2531) ผู้ป่วยโรคนี้ส่วนมากไม่ทราบเรื่องโรคของตน บางคนคิดไปต่าง ๆ นานา ๆ เพราะไม่มีใครอธิบายความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยส่วนมากไม่กล้าถามแพทย์ บางคนอาจสงสัยว่าตนเองเป็นมะเร็งก็เก็บความกลัวไว้เงียบ ๆ ในใจไม่กล้าถาม บางคนเข้าใจผิดคิดว่าตนเองเป็นโรคติดต่อ จึงพยายามแยกตัวออกจากผู้อื่นและสังคมเพราะเกรงว่าจะถูกรังเกียจ แต่อาการทางกายที่สำคัญและมีผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วยมาก คือ อาการหายใจลำบากอย่างเฉียบพลัน เนื่องจากความทุกข์ทรมานในช่วงนี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัวและวิตกกังวลกับสุขภาพของตน กลัวต้องเสียชีวิต ซึ่งความวิตกกังวลนี้ทำให้มีการหลั่งสารจำพวกอะดรีนาลินเพิ่มมากขึ้น ทำให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง เช่น หัวใจทำงานมากขึ้น มีการเผาผลาญสารอาหารเพิ่มมากขึ้น ทำให้ร่างกายต้องใช้ออกซิเจนมาก ทำให้มีการหายใจเพิ่มมากขึ้นรุนแรงขึ้นผู้ป่วยก็จะวิตกกังวลมากขึ้นเรื่อย ๆ กลายเป็นวงจรที่ต่อเนื่องกันไปไม่สิ้นสุด (Renfro, 1988) ผลกระทบเหล่านี้ของผู้ป่วยทำให้มีความรู้สึกท้อแท้หมดหวังในชีวิต อีกทั้งยังการแสดงอารมณ์รุนแรงจะทำให้เหนื่อยและหายใจหอบมากขึ้นดังนั้นผู้ป่วยจึงเป็นคนเฉย ๆ ต้องอดกลั้นระงับอารมณ์ความรู้สึกไว้ ชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงเป็นชีวิตที่ลำบากมาก เพราะขาดอิสรภาพที่จะแสดงความรู้สึก สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อความผาสุกในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยทั้งสิ้น (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2540)

ผลกระทบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อบุคคลและครอบครัว

จากพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองลดลงเรื่อย ๆ จนในที่สุดก็ไม่สามารถทำอะไรได้เลยนอกจากนอนอยู่บนเตียง ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องลดบทบาทของตนเองลงหรือบางคนไม่สามารถแสดงบทบาทของตนเองได้เลยจนต้องส่งผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัวโดย

ผลกระทบต่อบุคคล

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ด้านสังคม พบว่าผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวผู้ใกล้ชิด เช่น บุตร หลาน คู่สมรส บุคคลเหล่านี้ โดยเฉพาะคู่สมรสซึ่งคู่สมรสส่วนใหญ่แสดงบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตลอดเวลาหรือตลอดชีวิตของคู่สมรสเองจากภาระในการดูแลต่าง ๆ เช่น การดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ทำให้เกิดผลกระทบกับคู่ดูแลทำให้มีปัญหาสุขภาพเฉียบพลันและเรื้อรัง คู่สมรสที่ดูแลสามีป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นโดยมีผลกระทบด้านต่าง ๆ ดังนี้

ด้านสุขภาพ ทำให้เกิด ข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง ต่อกระจก และโรคหัวใจ เวลาในการดูแลตนเองน้อย และไม่ได้รับประทานอาหารและการพักผ่อนที่ดี (Meller, 1992) สอดคล้องกับการศึกษาของ Dorothea (2002) ว่าภรรยาที่ดูแลสามีที่ป่วยขาดการพักผ่อน และการศึกษาของ

Cossette and Levesque (1993) ศึกษาภาระการดูแลทำนายนภาวะจิตใจของภรรยาซึ่งเป็นผู้ดูแลของสามีที่ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ภรรยาต้องการได้รับการพักผ่อน

ด้านจิตใจ จากการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลรู้สึก รู้สึกหมดกำลังใจ ซึมเศร้า โกรธ รู้สึกไม่มีความสุข สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง (CHF-COPD The Caregiver's Role, 2004) และ การศึกษาของ Cossette and Levesque (1993) ศึกษาภาระการดูแลทำนายนภาวะจิตใจของภรรยาซึ่งเป็นผู้ดูแลของสามีที่ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ภรรยาต้องการมีเวลาในการดูแลด้านจิต

ด้านสังคม นอกจากการดูแลผู้ป่วยแล้วผู้ดูแลยังต้องจัดการเกี่ยวกับการเงินเนื่องจากผู้ป่วยนั้นไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ต้องการพบและพูดคุยกับเพื่อนและสังคมภายนอก (CHF-COPD The Caregiver's Role, 2004) และตรงกับการศึกษาของ Dorothea (2002) พบว่า ภรรยาที่ดูแลสามีที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต้องการพูดคุยกับเพื่อน และการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว

ผลกระทบต่อครอบครัว

จากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดลง มีการเปลี่ยนแปลงชีวิตการทำงาน และได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวมากที่สุด ต้องการการพึ่งพาจากกลุ่มสมรสมากขึ้น (Hass & Axen, 1991) Chalmer (1984 อ้างถึงใน อภรณ์พรรณ สุนทรจตุรวิทย์, 2546) ได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพถึงผลกระทบของโรคต่อครอบครัว ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคในระดับน้อย ปานกลางและมาก จำนวน 30 ราย พบว่า สัมพันธภาพในบทบาทของสามี ภรรยา บิดา มารดา ญาติ และเพื่อนเปลี่ยนไป บุตรของผู้ป่วยต้องทำงานแทนในทุกเรื่อง ยังมีการศึกษาผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อครอบครัว พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นจะทำให้บทบาทของบุคคลในครอบครัวไม่เป็นไปตามหน้าที่ และจากสภาพของโรคซึ่งเป็นข้อจำกัดในการทำงานผู้ป่วยต้องหยุดทำงานมีผลให้ครอบครัวขาดรายได้ จำเป็นต้องเป็นภาระแก่บุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่หารายได้แทนผู้ป่วยซึ่งหลักของครอบครัวประกอบด้วยภรรยาก็ต้องดูแลสามีทำให้ไม่สามารถทำงานหารายได้เต็มที่ (Kanervis, Paavilainen & Astedt-Kurki, 2003) และการเจ็บป่วยนั้นส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจ ซึมเศร้า (Davidhizar, 1994)

จะเห็นได้ว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีระดับความรุนแรงของโรคแตกต่างกันตามสภาพอาการผู้ป่วยและมีแนวการรักษาตามอาการของผู้ป่วยซึ่งโรคนี้ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หากไม่ได้รับการรักษาดูแลให้อุบัติวิธีอาการของผู้ป่วยก็จะเป็นมากขึ้น ฉะนั้นการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งโดยเฉพาะเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมักขึ้นจำเป็น

ต้องมีผู้ดูแลต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลให้เหมาะสมตามแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคและไม่ให้พยาธิสภาพของโรคทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น

แนวคิดการดูแล

ความหมายการดูแล

การดูแล หมายถึง เป็นศาสตร์และศิลป์ในการกระทำ การแสดงความรู้สึกรจริงใจ การเห็นคุณค่าระหว่างบุคคลความเต็มใจและความมุ่งมั่นในการดูแล ความรู้และการกระทำที่สอดคล้องกันเป็นการตอบสนองความต้องการภายในบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพ โดยผู้ดูแลและผู้รับบริการต่างก็มีศักยภาพและประโยชน์ร่วมกันในกระบวนการดูแล (Watson, 1985)

การดูแล เป็นคำที่ใช้สื่อความหมายในชีวิตประจำวันทั่วทุกวงการทั้งภาษาพูดและภาษาเขียน ความหมายของการดูแลตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 หมายถึง การเอาใจใส่ ปกปักรักษา ปกครอง สำหรับในภาษาอังกฤษ การดูแลใช้คำว่า Care มีความหมายว่าเป็นภาระความกังวล ความห่วงใย ความเอาใจใส่อย่างจริงจัง ความหมายตามพจนานุกรมภาษาอังกฤษ Care เป็นคำนาม หมายถึง การเอาใจใส่ ความรับผิดชอบ ความสนใจ (The Oxford English Dictionary, 1970 อ้างถึงใน พยอม อยู่สวัสดิ์, 2539, หน้า 28)

การดูแล หมายถึง พฤติกรรมระหว่างบุคคลที่เป็นกระบวนการกระทำที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นหรือกลุ่มบุคคลเพื่อบำรุงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์ และการอยู่รอดของชีวิต หรือเพื่อจุดประสงค์ใดจุดประสงค์หนึ่ง เป็นความรู้สึกที่มีร่วมกัน เช่น การดูแลระหว่างบุคคลในครอบครัว การดูแลระหว่างเพื่อน เป็นต้น (ยี่สุน ใจดี, 2540, หน้า 25)

การดูแล หมายถึง เป็นปรากฏการณ์สากลเพื่อการอยู่รอดของมนุษยชาติ การดูแลเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการช่วยเหลือ (Assistive) การสนับสนุนคำจุน (Supportive) การอำนวยความสะดวก (Facilitative) และการสร้างความสามารถ (Enabling) ให้กับบุคคลหรือกลุ่มคนตามความต้องการที่แสดงออกเพื่อปรับปรุงหรือรักษาไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีหรือแนวทางการดำเนินชีวิตที่ผาสุก (Leininger, 1991 อ้างถึงใน พยอม อยู่สวัสดิ์, 2539, หน้า 28)

การดูแล หมายถึง การช่วยเหลือให้บุคคลเจริญเติบโตถึงระดับที่มีความพึงพอใจต่อชีวิตของตนเอง โดยจะต้องเกิดขึ้นเป็นกระบวนการ และแนวทางของความสัมพันธ์ภาพต่อกัน การดูแลก่อให้เกิดการปรับหรือจัดค่านิยมและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกันเสียใหม่และการดูแลช่วยให้บุคคลดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าหรือมีความหมายยิ่งขึ้น (Mayerroff, 1971, pp. 87 – 88, อ้างถึงใน ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543)

สรุป การดูแล หมายถึง กระบวนการและวิธีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลให้มีความสามารถในการดูแลมนุษย์ทั้งบุคคลครอบครัวและสังคมโดยผสมผสานธรรมชาติเข้ากับความเป็นผู้ของมนุษย์ได้ดี เป็นการตอบสนองต่อคุณค่า ความสำคัญและความรักในความเป็นมนุษย์ของบุคคลซึ่งการกระทำนั้นอยู่ในขอบเขตความรู้ทางวิชาการจริยธรรมและศีลธรรมโดยผ่านการยอมรับจากสังคมและได้รับการพัฒนาเพื่อเป้าหมายอยู่ที่การป้องกันเพิ่มพูนและอนุรักษ์ความเป็นมนุษย์ได้อย่างสมบูรณ์

องค์ประกอบของการดูแล

แนวคิดการดูแลนั้นมีนักปรัชญา นักทฤษฎี และนักการศึกษาได้นำเสนอไว้มาก แนวคิดที่สำคัญที่ผู้วิจัยจะนำเสนอ ได้แก่ Mayeroff (1991 อ้างถึงใน ยอดสร้อย วิภววรรณ, 2543) Leininger (1988) ดังนี้

Mayeroff (1991 อ้างถึงใน ยอดสร้อย วิภววรรณ, 2543) เป็นนักปรัชญาที่เน้นการดูแล โดยเฉพาะต่อมนุษย์เท่านั้น มีแนวคิดการดูแลว่า เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลให้เจริญเติบโตจนถึงระดับที่บุคคลเกิดความพึงพอใจหรือเกิดความสำนึกแห่งตน (Actualization) สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขและมีคุณค่า ซึ่งการดูแลจะเป็นลักษณะที่ผู้ดูแลจะต้องมีความรัก เอื้ออาทร และจริงใจต่อผู้ป่วย โดยมีองค์ประกอบของการดูแล 8 ประการ คือ

1. ความรู้ (Knowledge) ผู้ให้การดูแลต้องมีความรู้เกี่ยวกับบุคคลที่ให้การดูแล คือ รู้จักบุคคลนั้น และรู้วิธีการที่จะให้การช่วยเหลือ
2. ความจริงใจ (Honesty) ผู้ให้การดูแลต้องมีความเต็มใจและแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตน ที่ต้องการจะให้ความช่วยเหลือ
3. ความไว้วางใจ (Trust) ผู้ให้การดูแลกับผู้ป่วยต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันคือ มีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
4. ความอดทน (Patience) ผู้ให้การดูแลต้องมีความอดทนเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้คิดตัดสินใจด้วยตัวเอง และให้เขาได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง
5. ความหวัง (Hope) เป็นการมองไปในอนาคตของผู้ให้การดูแล เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายและต่อเนื่อง
6. ความอ่อนน้อมถ่อมตน (Humility) ผู้ให้การดูแลต้องมีความอ่อนน้อมถ่อมตน ความรู้สึกอ่อนน้อมถ่อมตน จะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากผู้ป่วยอีกทั้งทำให้ไม่เกิดการใช้อำนาจกับผู้ป่วย
7. ความกล้าหาญ (Courage) เป็นการปฏิบัติของผู้ให้การดูแลบนพื้นฐานของจริยธรรม เพื่อปกป้องศักดิ์ศรีและสิทธิของบุคคล

8. การเลือกแนวทางในการช่วยเหลือบุคคล (Alternating Rhythms) ผู้ให้การดูแลต้องมองปัญหาหลายแนว มีการประเมินการดูแล และปรับปรุงเลือกวิธีการที่เหมาะสมอยู่เสมอ

การดูแลเพื่อให้เกิดผลเป็นพลังบำบัดนั้นต้องอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องโดยมีองค์ประกอบดังนี้ (Euswas, 1993)

1. การอยู่กับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยต้องการ (Being There)
2. การสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจต่อกัน โดยผู้ดูแลแสดงความเต็มใจในการให้ความช่วยเหลือ (A Relationship Trust)
3. การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมเพื่อค้นหาปัญหา และความต้องการทางสุขภาพ ทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยรับรู้ตรงกันในการแก้ปัญหาเพื่อตอบสนองความต้องการ (Participation Meeting Needs)
4. การสื่อสารด้วยความเข้าใจ มีความเมตตาเอื้ออาทรทั้งทางคำพูด การแสดงออกทางสีหน้าและท่าทาง (Empathic Caring Moment)
5. ความมีสติสัมปชัญญะของผู้ดูแล ผู้ดูแลจะต้องรู้ตัว มีสติ และรับรู้ความรู้สึกของตนเองเป็นอย่างดีตลอดเวลา มีความมุ่งมั่นที่จะใช้ความคิด และการกระทำของตนเองในการช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่เสมอ (Actualized Caring Moment)
6. การรักษาดุลขององค์ความรู้ – พลังงาน – เวลา (Balancing Knowledge – Energy - Time) ผู้ดูแลจะต้องสามารถผสมผสานองค์ความรู้ และเลือกแนววิธีปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคนในแต่ละสถานการณ์ ให้พลังกาย พลังใจ และให้เวลาในการช่วยเหลือผู้ป่วยเสมอ (Being Mindfully Present)

Leininger (1988) นักทฤษฎีการดูแลเชิงวัฒนธรรม ผู้ริเริ่มศาสตร์ทางการดูแล เสนอว่าการดูแลเกิดจากแนวคิดของการให้ความสุขสบายและความสมบูรณ์พูนสุข (Nurturance) โดยรวมถึงการให้การดูแล (Caring) การสร้างความเจริญเติบโต (Growth) และการสนับสนุน (Support) ผู้ดูแลจะต้องรู้สิ่งดังกล่าว และนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติอย่างมีสติปัญญา ทั้งนี้การดูแลเป็นจุดเน้นของผู้ดูแลที่จัดว่าเป็นพฤติกรรมดูแลที่มนุษย์แสดงต่อมนุษย์อย่างมีกระบวนการ และมีการสร้างสัมพันธภาพของการดูแล

จะเห็นว่า การดูแล ก็คือ พฤติกรรมระหว่างบุคคลที่เป็นกระบวนการกระทำที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นหรือกลุ่มบุคคลเพื่อบำรุงไว้ซึ่งความเป็นมนุษย์ และการอยู่รอดของชีวิต หรือเพื่อจุดประสงค์ใดจุดประสงค์หนึ่ง เป็นความรู้สึกที่มีร่วมกัน เช่น การดูแลระหว่างบุคคลในครอบครัว องค์ประกอบของการดูแลซึ่งบุคคลที่ให้การดูแลหรือผู้ดูแลต้องมีความรู้ ความจริงใจ สัมพันธภาพความไว้วางใจ ความอดทน ความกล้าหาญพร้อมทั้งให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและความต้องการทางสุขภาพซึ่งสิ่งนี้เป็นปัญหาของเขาเองหากผู้ดูแลปฏิบัติตามองค์นี้ก็จะมีความเหมาะสม

พฤติกรรมการณ์ดูแลของผู้ดูแล

ความหมายพฤติกรรมการณ์ดูแล

พฤติกรรมการณ์ดูแล หมายถึง การกระทำ การแสดงความรู้สึกรจริงใจ การเห็นคุณค่าระหว่างบุคคลความเต็มใจและความมุ่งมั่นในการดูแล ความรู้และการกระทำที่สอดคล้องกันเป็นการตอบสนองความต้องการภายในบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพ โดยผู้ดูแลและผู้รับบริการต่างก็มีศักยภาพและประโยชน์ร่วมกันในขบวนการดูแล (Watson, 1985)

พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจเป็นการกระทำที่บุคคลนั้นแสดงออกมา รวมทั้งกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลและกิจกรรมนี้อาจสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสหรือไม่สังเกตได้ (เจลิม ดันสกุล, 2543)

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง ความพร้อมที่บุคคลกระทำ อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากความคิด ความรู้สึก จะแสดงออกมาในรูปการประพฤติปฏิบัติโดยการยอมรับหรือปฏิเสธลักษณะพฤติกรรมมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับสังคม ได้แก่ การรับรู้ การเรียนรู้ การคิด อารมณ์และเจตคติบุคคลเมื่อได้รับการเรียนรู้ที่เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นจะต้องประกอบด้วย การกระทำของมนุษย์หลายอย่าง ได้แก่ ความต้องการ ความพร้อม การตอบสนอง ความต้องการ โอกาสในการกระทำกิจกรรมใด ๆ ผลที่เกิดขึ้น และการปฏิบัติต่อกิจกรรมที่เกิดขึ้นไม่สมความคาดหวัง (เรียบ ศรีทอง, 2542)

พฤติกรรมการณ์ดูแล หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกต่อมนุษย์และสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งการให้คุณค่าและความสำคัญในสิ่งนั้น โดยผ่านการคิดอย่างไตร่ตรองประกอบกับความรู้สึกรหรือพลังอำนาจแห่งจิตใจต่อการกระทำว่าเป็นสิ่งที่ดีมีคุณค่า และมีความหมายต่อมนุษย์ซึ่งผู้ปฏิบัติเกิดความพึงพอใจ สู่ที่ได้ปฏิบัติ ประกอบด้วย 5 พฤติกรรม ได้แก่

1. การปฏิบัติงานด้วยความสามารถ (Competence) เป็นการปฏิบัติการณ์ที่ผู้ดูแลทำให้แก่ผู้ป่วยโดยใช้ความรู้ ทักษะ ความชำนาญที่มีอยู่ ได้อย่างถูกต้องตามเทคนิควิธี และหลักวิชาการ ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความมั่นใจ มีการตัดสินใจที่ดี ทันเวลาและปฏิบัติการพยาบาลโดยคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
2. สัมพันธภาพที่เอื้ออาทร (Compassion) เป็นการปฏิบัติการณ์พยาบาลด้วยความตั้งใจจริงในการช่วยเหลือผู้ป่วย ทำทาง กำพุดและสายตาที่แสดงออกถึงความเข้าใจ ห่วงใย ให้เวลาแก่ผู้ป่วย ให้คำปลอบโยน มีการสัมผัส ให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอ และรับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ
3. ความเชื่อมั่นในสัมพันธภาพ (Confidence) เป็นสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย สร้างความไว้วางใจแก่ผู้ป่วย สื่อสารให้ข้อมูล ความรู้ เหตุผล และข้อเท็จจริง ให้ความหวัง

และสนับสนุนให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาต่างๆ และแก้ไขได้อย่างเหมาะสมและสามารถดำรงชีวิตได้
อย่างเป็นปกติสุข

4. พฤติกรรมทางจริยธรรม (Conscience) เป็นการคำนึงสิทธิมนุษยชนให้อำนาจใน
การตัดสินใจ การเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย การปฏิบัติกรพยาบาลตั้งอยู่บนพื้นฐานความถูกต้อง
ตามหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณของผู้ดูแล

5. ความผูกพันในงาน (Commitment) หมายถึง การมีความตั้งใจจริงในการปฏิบัติงาน
ของผู้ดูแล และมีความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายเพื่อให้งานสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและ
เกิดผลดีต่อผู้ป่วย (Roach, 1987 อ้างถึงใน ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543)

จะเห็นว่า พฤติกรรมการดูแล คือ การกระทำที่แสดงออกของมนุษย์ในการช่วยเหลือ
บุคคลหรือกลุ่มบุคคลผ่านกระบวนการคิดอย่างไตร่ตรองโดยจะแสดงออกมาในรูปการประพฤติ
ปฏิบัติโดยการยอมรับหรือปฏิเสธลักษณะพฤติกรรมมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับสังคมเมื่อได้รับการเรียนรู้
ที่เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแล

Watson (1985, pp. 1-21) ได้เสนอทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลที่เน้นความเป็นมนุษย์
โดยชี้ให้เห็นองค์รวมของมนุษย์ที่มีจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ มีข้อตกลงเบื้องต้นของ
ทฤษฎีการดูแลระหว่างบุคคลของวัตสันมี 7 ข้อ

1. การดูแลสามารถแสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถปฏิบัติได้ระหว่าง
บุคคล
2. การดูแลประกอบด้วยปัจจัยการดูแล ซึ่งสามารถช่วยให้สนองความต้องการของ
บุคคล
3. การดูแลที่มีประสิทธิภาพย่อมส่งเสริมสุขภาพและให้ความเจริญงอกงามแก่บุคคล
และครอบครัว
4. การตอบสนองการดูแลจะยอมรับบุคคลเท่ากัน
5. สภาพแวดล้อมเพื่อการดูแลจะเสริมพัฒนาการในด้านศักยภาพ และยอมให้บุคคล
เลือกกระทำสิ่งที่ดีที่สุดในช่วงเวลาที่กำหนด
6. การดูแลให้การเสริมสร้างคุณภาพได้ดีกว่าการรักษา
7. การปฏิบัติการดูแลเป็นแกนกลางของการดูแล

การดูแลนั้นมีความเกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่า ความเต็มใจและความมุ่งมั่นในการดูแล
ความรู้และการกระทำที่สอดคล้องกันเป็นการตอบสนองความต้องการภายในของบุคคลที่มีต่อ
ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย ปฏิสัมพันธ์ของคนต่อสิ่งแวดล้อม ความรอบรู้

ในกระบวนการดูแลของผู้ดูแล การรู้จักตนเอง รู้จักผู้อื่นและขอบเขตของการกระทำต่าง ๆ รูปแบบการปฏิบัติการที่แสดงถึงการดูแลประกอบด้วยการปฏิบัติกิจกรรมได้แก่การดูแลความสบายทางกาย การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดความสุขสบายรวมถึงการสอน การให้คำแนะนำ การแก้ปัญหาและการปฏิบัติอีกประการหนึ่งคือ การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกที่มุ่งเน้นถึงอารมณ์ความรู้สึกของผู้รับการดูแล โดยผู้ให้การดูแลต้องมีการสร้างสัมพันธภาพ การแสดงความไว้วางใจ ความหวัง การเสนอให้ความช่วยเหลือซึ่งจะรวมถึงพฤติกรรมที่จะเกิดความสมบรูณ์พูนสุข ความอยู่รอด ความสุขสบายและการปกป้องคุ้มครอง เป้าหมายของการดูแลคือ ให้อุทิศตนมีความสมดุขสภาพการจิตและจิตวิญญาณ การดูแลเป็นอุดมคติหรือคุณธรรมที่มุ่งปกป้องและดำรงไว้ซึ่งคุณค่าศักดิ์ศรีและสิทธิในความเป็นมนุษย์ กระบวนการดูแลเกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล ซึ่งต่างก็เป็นองค์รวมของกาย-จิต-จิตวิญญาณที่มีประสบการณ์ชีวิตประกอบกันเป็นสนามปรากฏการณ์ของแต่ละบุคคล Watson (1985, pp. 1–21) ได้เสนอกระบวนการดูแลที่จะทำให้เข้าถึงจิตใจกันได้ต้องอาศัยปัจจัยการดูแล 10 ประการดังนี้

1. สร้างค่านิยมเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่นและความเมตตาต่อเพื่อนมนุษย์ เป็นปัจจัยแรกที่สำคัญที่สุดในการดูแล โดยเน้นความพึงพอใจในการให้ผู้อื่นมากกว่าการรับ ซึ่งไม่ใช่หมายความว่าสิ่งที่ต้องทุ่มเททุกสิ่งทุกอย่างที่มีอยู่เพื่อผู้อื่น แต่เป็นผลจากความมีวุฒิภาวะของบุคคลลดการให้คุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ซึ่งกันและกัน มีความรัก ความเมตตา แสดงการเข้าใจและยอมรับ คอยดูแลเอาใจใส่อย่างจริงจัง

2. สร้างความศรัทธาและความหวัง เป็นสิ่งที่เสริมสร้างกำลังใจและความเข้มแข็งในการเผชิญกับความทุกข์ทรมานของบุคคล ความหวังที่สร้างขึ้นควรเป็นความหวังที่เป็นรูปธรรมและมีความเป็นไปได้ โดยการให้ข้อมูลที่ชัดเจนตามความเหมาะสมและมีท่าทางที่เชื่อมั่น สามารถให้คำปรึกษาและเป็นที่พึ่งของผู้รับการดูแลได้

3. ไวต่อการรับรู้ตนเองและผู้อื่น เป็นการพัฒนาให้ตนเองมีพฤติกรรมที่ไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น การที่ผู้ดูแลจะเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยได้จะต้องมีการเรียนรู้ถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองก่อนว่าเป็นอย่างไรทั้งนี้เพื่อให้เกิดการยอมรับและพัฒนาตนเองซึ่งจะทำให้เกิดการรับรู้ที่ดีต่อกันและสร้างพฤติกรรมการดูแลที่ดีได้

4. สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือไว้วางใจ กันเป็นปัจจัยที่ต่อเนื่องจากปัจจัยที่ 3 ประกอบด้วย

- 4.1 ความเข้าใจกันได้กับผู้ป่วย ทำให้เกิดการปรับตัวเข้าหากันระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแล เป็นการถ่ายทอดความรู้สึกต่อกัน

4.2 การร่วมรู้สึก เป็นการเอาใจผู้รับบริการมาเอาใจใส่ตนเอง เพื่อรับความรู้สึกจะได้เข้าใจและตอบสนองความรู้สึกของผู้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

4.3 ความรู้สึกอบอุ่นใจ เป็นการถ่ายทอดความรู้สึกอบอุ่นจากการแสดงออกทางวาจา และกิริยาท่าทาง

4.4 การสื่อสารอย่างมีคุณภาพ โดยผู้ดูแลต้องทำให้ผู้รับบริการดูแลเกิดความไว้วางใจ ให้ข้อมูลที่เป็นจริงเป็นระยะ ๆ อย่างเหมาะสมอันจะนำไปสู่สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

5. การส่งเสริมและยอมรับการแสดงออกของความรู้สึกที่ดีและไม่ดี ผู้ดูแลควรได้มีการแสดงออกของความรู้สึกที่ดีและไม่ดี และแสดงออกอย่างจริงใจ เปิดใจกว้างยอมรับตนเองได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลสามารถยอมรับความรู้สึกที่ดีและไม่ดีของผู้รับการดูแลได้เช่นกัน

6. การใช้ระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ในการตัดสินใจแก้ปัญหา เป็นการที่ผู้ดูแลจะต้องแสดงความรอบรู้ปัญหาอย่างกว้างขวางทั้งด้านสาเหตุและผล รู้จักหาข้อมูลที่ครอบคลุมมาใช้ในการวางแผนแก้ปัญหาตามกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ประกอบด้วย การประเมินปัญหา การวางแผนการแก้ไขปัญหา การปฏิบัติการแก้ไขปัญหาและการประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งใช้การตัดสินใจและกระบวนการคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์

7. สร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนการสอน ผู้ดูแลต้องอยู่ในบทบาทของผู้เรียนและผู้สอนการเรียนรู้ เปิดโอกาสให้ผู้รับการดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลทราบปัญหาของผู้รับการดูแลได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันของผู้ดูแลและผู้รับการดูแล ทำให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างกัน

8. ประคับประคองสนับสนุนและแก้ไขสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพจิตสังคมและจิตวิญญาณ ปัจจุบันมุ่งความสนใจไปที่สถานการณ์ภายนอกรอบตัวผู้รับการดูแลเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้รับการดูแลรู้สึกสบาย สะอาด ปลอดภัย และเป็นส่วนตัว จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามีเจตคติที่ดีต่อตนเอง ซึ่งเกิดจากการเอาใจใส่ของผู้ดูแลเป็นการสนใจโดยรวมของบุคคลทั้งด้านกายภาพ จิตใจ สังคม วัฒนธรรมและจิตวิญญาณ

9. ให้ความช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล สิ่งที่ผู้ดูแลควรปฏิบัติได้แก่

9.1 ตอบสนองความต้องการด้านชีวภาพ เพื่อให้ผู้รับการดูแลสามารถดำรงชีพอยู่ได้ เช่น การดูแลเรื่องน้ำ อาหาร เป็นต้น

9.2 ตอบสนองความต้องการด้านจิตสรีระ เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น

9.3 ตอบสนองความต้องการด้านจิตสังคม เพื่อให้ผู้รับการดูแลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

9.4 ตอบสนองความต้องการภายในระหว่างบุคคล เป็นการช่วยให้มีพลังภายในตนเองได้แก่ การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณการผูกพันทางใจกับโลก กับบุคคลอื่น และกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่นับถือ

10. เสริมสร้างพลังจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่ การที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ช่วยให้ผู้รับการดูแลค้นพบคุณค่าของประสบการณ์ในอดีต ความศรัทธาในศาสนา ปรัชญา และสิ่งที่ตั้งมั่นโน้มน้าวให้ผู้รับการดูแลค้นหาแก่นของชีวิตเข้าใจชีวิตเป็นการเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีความแข็งแกร่งพร้อมที่จะเผชิญต่อภาวะความเจ็บป่วย แนะนำและให้โอกาสแก่ผู้รับบริการแสดงออกซึ่งความเชื่อทางศาสนานำผู้รับบริการค้นแหล่งพลังจิตวิญญาณของตนและค้นพบสัจธรรมของชีวิต

ในการวิจัยส่วนนี้ประกอบด้วยความหมายและองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแล ซึ่งผู้ดูแลพึงปฏิบัติโดยบูรณาการองค์ประกอบการดูแลนี้ไปใช้ในการดูแลจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่ดีได้หากผู้ดูแลไม่เข้าใจในหลักการดูแลแล้วนั้นก็ส่งผลเช่นกันคือผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่ไม่ดี ดังการศึกษาของยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) พบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยในระดับปานกลาง โดยมีพฤติกรรมการดูแลที่ระดับปานกลาง 4 ด้าน คือ การแสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งทางด้านบวกและด้านลบ การจัดหรือการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกลดอค้ย การมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริง และการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต พฤติกรรม การดูแลที่ระดับน้อยมี 4 ด้าน เช่นกัน คือ การชี้แนะและให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสมแก่ผู้ป่วย การให้กำลังใจและให้ความหวัง สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพาพิน ศรีโพธิ์งาม (2545 ก) ว่าคุณภาพการดูแลผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ควรเกิดจากภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจที่เสื่อมถอยลง ซึ่งผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ คุณค่าในตนเองลดลง ขาดข้อมูลในการดูแล หากผู้ดูแลไม่ได้รับการสนับสนุนสิ่งเหล่านี้ผู้ดูแลก็จะมีพฤติกรรมการดูแลที่ไม่ดีเท่าที่ควร (Kanervis, Paavilainen & Astedt-Kurki, 2003) จากการศึกษาความวิตกกังวลและพฤติกรรมการปรับตัวในการดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการของงุนนุช ปัญจธรรมเจริญ (2540 อ้างถึงใน ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) พบว่า พฤติกรรมการปรับตัวในการดูแลบุคคลติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากแรงกระตุ้นจากระดับความวิตกกังวล

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลที่บ้าน

ความหมายของผู้ดูแลสามารถจำแนกตามระดับหน้าที่ความรับผิดชอบได้ 2 ประเภท คือ ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าบุคคลอื่น ส่วนผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึง บุคคลที่ช่วยทำกิจกรรมบางอย่าง ไม่ได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง (ยุพาพิน ศรีโพธิ์งาม, 2539, หน้า 86; Horowitz, 1985, p. 200; Lukin, 1990, p. 200; Lund, 1993, p. 58)

ผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งญาติ หรือ บุคคลในที่นี้อาจเป็น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคคลสำคัญในชีวิตและผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ที่มีผลให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการดูแลรักษาเฉพาะแผนการรักษา โดยความต้องการดังกล่าวต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือดูแล โดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล และสถานการณ์ให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นที่บ้านหรือชุมชนแหล่งอาศัย (บุพาพิน, ศรีโพธิ์งาม, 2539)

ผู้ดูแล (Family Caregiver) หมายถึง ผู้ปฏิบัติกรดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการดูแลที่จำเป็นซึ่งมีข้อจำกัดการดูแลตนเอง โดยไม่รับค่าจ้างตอบแทน และการดูแลนั้นไม่เกี่ยวกับการผูกพันทางวิชาชีพ

ผู้ดูแล (Family Caregiver, Family Caretaker, Informal Care) หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลแก่บุคคลอื่นเป็นที่รัก ซึ่งมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีสภาพร่างกาย หรือจิตใจอ่อนแอทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (National Family Caregivers Association: NFCA, 2000)

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลธรรมดาที่สามารถคาดการณ์ การตอบสนองภาวะพร้อมของการดูแลของแต่ละบุคคล ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นภรรยาหรือบุตรสาว โดยมีปัจจัยสำคัญ 4 ประการ ในการปรับบทบาทของผู้ดูแล ดังนี้ 1) ระดับความสามารถและการพึ่งพาของผู้ป่วย 2) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล 3) การแสดงออกหรือไม่แสดงออกของการขอความช่วยเหลือ 4) บทบาทหรือการตอบสนองอื่น ๆ ของผู้ดูแล การเตรียมผู้ดูแลถือเป็นกุญแจสำคัญของผลลัพธ์ที่จะสำเร็จได้

สรุป ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลแก่บุคคลอื่นเป็นที่รักซึ่งมีข้อจำกัดการดูแลตนเอง โดยไม่รับค่าจ้างตอบแทน ใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการมากกว่าคนอื่น มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลได้ และการดูแลนั้นไม่เกี่ยวกับการผูกพันทางวิชาชีพ

1. สาเหตุของการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม สาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลทำหน้าที่ได้ต่อเนื่อง โดยเฉพาะภายใต้สังคมไทยที่มีลักษณะเด่นจากอิทธิพลความเชื่อเรื่องบาปบุญ การทดแทนบุญคุณ (Subgranon & Lund, 2000, p. 166) นอกจากนี้ยังมีสาเหตุความต้องการความช่วยเหลือ อื่นอีก 3 ประการ (Kuei, 1999, p. 207)

1.1 ข้อจำกัดทางร่างกาย (Physical or Function Limitation) เป็นข้อบกพร่องในการทำหน้าที่ของอวัยวะ ซึ่งอาจเกิดจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของผู้ป่วย

ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง นอกจากนี้แล้ว การดูแลรักษาที่เฉพาะเจาะจงของแต่โรค เช่น การฉีดยาอินซูลิน การเปลี่ยนน้ำยาล้างไตทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น เหล่านี้ล้วนเป็นภาระหรือกิจกรรมที่ผู้ดูแลที่บ้านต้องรับผิดชอบกระทำให้กับผู้รับการดูแลซึ่งความยากง่ายขึ้นกับกิจกรรมหรืองานที่เกิดจากข้อจำกัดของร่างกายมักเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลที่บ้านสามารถวางแผนล่วงหน้าได้ ส่วนในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังผลจากพยาธิสภาพโรค อาการหายใจลำบากเกิดขึ้นเนื่องจากการอุดกั้นทางเดินหายใจทำให้ผู้ป่วยเกิดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้นและมีการพร่องของออกซิเจนจึงเกิดแรงขับให้หายใจเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดอาการหายใจลำบากเมื่อมีกิจกรรมมากขึ้นหรือถ้ามีอาการรุนแรงแม้แต่การทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ รับประทานอาหาร แต่งตัวหรือแม้แต่กระทั่งเวลานอนหลับก็อาจเกิดอาการหายใจลำบากได้ (Janson – Bjerkile, Carrieri & Hudes, 1986; Gift & Mccrone, 1993) ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงเรื่อย ๆ เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดที่พัก การทำอาหาร จนในที่สุดไม่สามารถทำอะไรได้เลยนอกจากนอนพักอยู่บนเตียง ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องลดบทบาทของตนเองลงหรือบางคนไม่สามารถแสดงบทบาทเดิมของตนเองได้เลย นอกจากนั้นยังต้องการผู้ใกล้ชิดหรือผู้อื่นแสดงบทบาทเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้นด้วย (ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533)

1.2 ความบกพร่องทางด้านความคิดสติปัญญา (Cognitive Deterioration) เป็นความเบี่ยงเบนทางพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิด ซึมเศร้า ซึ่งอาจพบได้ในผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีความผิดปกติทางสมองที่เกิดจากภาวะของโรคเองต้องการการดูแลของผู้รับการดูแลจะเกิดจากปัญหานี้ โดยมากจะเกิดขึ้นจากไม่สามารถคาดคะเนล่วงหน้าได้ ดังนั้น ผู้ดูแลที่บ้านอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนหรือมั่นใจในการดูแลเนื่องจากไม่สามารถวางแผนในการช่วยเหลือได้

1.3 การเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม (Degree of Disturbance) ความต้องการส่วนบุคคลในผู้ป่วยแต่ละรายมักแตกต่างกัน ความต้องการประเภทนี้มักจะเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา ซึ่งขึ้นอยู่กับคุณลักษณะส่วนบุคคล และผลกระทบจากโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง จะรู้สึกหงุดหงิดง่าย อารมณ์เสีย ดังการศึกษาของ สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2540) ว่าผลกระทบเหล่านี้ของผู้ป่วยทำให้มีความรู้สึกท้อแท้หมดหวังในชีวิต อีกทั้งยังการแสดงอารมณ์รุนแรงจะทำให้เหนื่อยและหายใจหอบมากขึ้นดังนั้นผู้ป่วยจึงเป็นคนเฉย ๆ ต้องอดกลั้นระงับอารมณ์ความรู้สึกไว้ ชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจึงเป็นชีวิตที่ลำบากมากเพราะขาดอิสรภาพที่จะแสดงความรู้สึก สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อความผาสุกในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยทั้งสิ้นจึงต้องการประคับประคองทางการเปลี่ยนแปลงสภาวะอารมณ์ผู้ป่วยจากผู้ดูแล

จะเห็นว่าสาเหตุการดูแลส่วนใหญ่ก็จะเป็นสาเหตุที่สำคัญ คือ มีขีดจำกัดของร่างกาย หรือมีความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ เพราะเมื่อนุญชรามีความผ่องแผ้วในร่างกายแล้วความสามารถในการช่วยเหลือตนเองย่อมมีน้อยตามไปด้วยซึ่งเป็นการต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่ต้องได้รับการตอบสนองประกอบกับสังคมไทยมีค่านิยมในการตอบแทนบุญคุณในการดูแลญาติพี่น้อง เมื่อเจ็บป่วยการที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีขีดจำกัดในการช่วยเหลือตนเองอย่าง เช่น ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังก็อยู่ในส่วนที่มีความเสื่อมของร่างกายต้องการการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สภาวะความรู้สึก และอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Elaine (2003) ที่ว่าผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังต้องการการดูแลจากผู้ดูแลในเรื่อง การจัดการเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรม การออกกำลังกาย การดูแลด้วยความรัก คอยให้กำลังใจ รวมทั้งการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน และคอยระมัดระวังการเกิดอาการหายใจลำบากพร้อมทั้งเคยดูแลเมื่อเกิดอาการ (CHF – COPD The Caregiver's Role, 2004)

2. ผลกระทบของการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังน้อยส่วนมากจะศึกษาโดยภาพรวมของโรคเรื้อรังและเจาะจงโรคแต่อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่า การดูแลทำให้ผู้ดูแลเกิดผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ส่วนผลกระทบในทางบวกจากการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ ความภาคภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่อันยิ่งใหญ่ รู้สึกสุขใจ มีโอกาสได้ตอบแทนบุญคุณ ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ในชีวิตได้บทเรียนสอนผู้อื่นจากการได้ทราบเกี่ยวกับโรค โดยเฉพาะผลกระทบทางลบที่มีต่อด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ความรู้สึกกดดันและความขัดแย้งในบทบาทของตนเอง ความรู้สึกเครียด ความเบื่อหน่าย ความรู้สึกผิด ความโกรธ ความรู้สึกอับอาย โดดเดี่ยว และความรู้สึกเป็นภาระ เป็นต้น ทางด้านร่างกาย ปัญหาที่ผู้ดูแลประสบอยู่บ่อยๆ เช่น ปวดหลัง อ่อนเพลียไม่มีแรง ปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2544, หน้า 69; Given & Given, 1991, pp. 83 – 85; Lukin, 1990, pp. 205 – 206) สอดคล้องกับการศึกษาของ ฟาริดา อิบาริม (2539) และ CHF – COPD The Caregiver's Role (2004) พบว่า ผลกระทบทางลบต่อผู้ดูแล มีดังนี้

2.1 สุขภาพร่างกาย

เมื่อผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเป็นงานที่ผู้ดูแลจะต้องดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา จากการศึกษาของจินตนา สมนึก (2540) และ สุดศิริ หิรัญขุนเหะ (2541) พบว่า ผู้ดูแลจะลืมนสนใจดูแลตนเอง จึงทำให้ผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพตามมา จากการที่ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะในช่วงกลางวัน รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา มีการเปลี่ยนแปลงในการออกกำลังกาย ปวดหลัง ปวดเอว เนื่องจากการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวไม่ถูกต้อง ประกอบกับการดูแลเป็นภาระที่ค่อนข้างหนักส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าซึ่งเป็นอาการที่พบได้เสมอในผู้ดูแล ผู้ดูแลจะรู้สึกอ่อนเพลีย

ไม่สุขสบาย อิดโรย โดยความเหนื่อยล้านี้จะมีผลกระทบทางอารมณ์ การรับรู้ การสูญเสียกระบวนการคิดความสามารถในการแก้ปัญหา และการตัดสินใจบกพร่อง สมาธิและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Dorothea (2002) ศึกษาคุณภาพชีวิตของภรรยาที่ต้องดูแลสามีที่ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ผู้ดูแลขาดการพักผ่อน การจัดการกับสุขภาพตนเอง

1.2 สุขภาพจิต ภาระงานที่ผู้ดูแลต้องทำให้ผู้ป่วย ประกอบกับงานและชีวิตส่วนตัวของผู้ดูแลที่มีอยู่เดิม ทำให้เกิดความเครียดในการดูแลได้ ผู้ดูแลบางรายจะรู้สึกถูกแยกจากสังคม มีความกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย รู้สึกไม่พอใจ ขุ่นเคืองที่ถูกทอดทิ้งให้ดูแลผู้ป่วยตามลำพัง บางรายอดทนไม่ได้รู้สึกเบื่อหน่ายและรำคาญ รู้สึกโกรธ ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย ท้อแท้หมดกำลังใจ สอดคล้องกับการศึกษาของจิตนา สมนึก (2540) พบว่าผู้ดูแลจะรู้สึกถูกแยกจากสังคม มีความกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย รู้สึกไม่พอใจ ขุ่นเคืองที่ถูกทอดทิ้งให้ดูแลผู้ป่วยตามลำพัง รู้สึกโกรธ ถ้าผู้ดูแลไม่ได้รับความช่วยเหลือที่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เมื่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลลดลง ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวช้า จากการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลรู้สึก รู้สึกหมดกำลังใจ ซึมเศร้า โกรธ รู้สึกไม่มีความสุข สูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง (CHF-COPD The Caregiver's Role, 2004) และการศึกษาของ Cossette and Levesque (1993) ศึกษาภาระการดูแลทำนายภาวะจิตใจของภรรยาซึ่งเป็นผู้ดูแลของสามีที่ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าภรรยาต้องการมีเวลาในการดูแลด้านจิตใจ

1.3 ผลกระทบต่อบทบาทและหน้าที่ ผู้ดูแลต้องรับภาระมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถจัดแบ่งเวลาในการทำหน้าที่หลาย ๆ อย่างในขณะเดียวกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ บางรายต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งทำให้ต้องรับภาระหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวแทนและต้องรับภาระในฐานะผู้ดูแลด้วย และจากการที่ผู้ดูแลต้องต้องมารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล โดยไม่ได้เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลผู้ป่วย จะทำให้เกิดความคลุมเครือและไม่มั่นใจในการดูแล นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น หงุดหงิดง่าย โมโหง่ายเจ้าอารมณ์ก็จะทำให้เกิดความเครียดในบทบาทผู้ดูแลเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับความคาดหวังในบทบาทของผู้ดูแลจากญาติหลาย ๆ คน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความสับสนเนื่องจากไม่สามารถกระทำการต่าง ๆ ได้ ให้เป็นไปตามความต้องการหรือความคาดหวังของทุกฝ่ายได้ เมื่อผู้ดูแลไม่สามารถจัดการต่อปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ผู้ดูแลจะรู้สึกถูกคุกคาม อาจจะใช้การเผชิญปัญหาแบบถอยหนีได้ (ฟาริดา อิบาริม, 2539)

1.4 ผลกระทบทางเศรษฐกิจ เมื่อสมาชิกในครอบครัวป่วย ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เพื่อใช้ในการรักษาหรือจัดสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และปลอดภัยในการเคลื่อนไหว และจากการศึกษาของ สุธศิริ หิรัญชุนหะ (2541) ก็ยังพบอีกว่า ผู้ดูแลจะมีปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพออกจากงานมาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตลอดทั้งการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นระยะเวลานาน เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหารพิเศษ ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล เป็นต้น (Siverstone & Hyman, 1982 อ้างถึงใน นันทพร ศรีนิยม, 2545)

1.5 ผลกระทบทางสังคมผู้ดูแลต้องถูกแยกจากสังคม พบเพื่อนและร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง เนื่องจากต้องปฏิบัติตามกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาทำให้ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ไม่มีเวลาทำกิจกรรมที่ชอบ ไม่สามารถไปไหนมาไหนได้นาน (กำไล สมรักษ์, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ Dorothea (2002) ศึกษาคุณภาพชีวิตของภรรยาที่ต้องดูแลสามีที่ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ผู้ดูแลขาดการสนับสนุนจากสังคมเพื่อนเพื่อได้ระบายความรู้สึกหากมีภาวะเครียดจากการดูแลผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทางด้านลบต่าง ๆ นั้นย่อมส่งผลกระทบต่อทำให้การดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะผลกระทบด้านร่างกายและจิตใจซึ่งมีอิทธิพลต่อผู้ดูแลมากทำให้ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้ในการดูแลสอดคล้องกับการศึกษาภาระการดูแลทำนายสุขภาพจิตของภรรยาซึ่งเป็นผู้ดูแลสามีที่ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังของ Cossette and Levesque (1993) พบว่าภรรยาที่ดูแลสามีที่ป่วยต้องการการดูแลด้านจิตใจ การเผชิญปัญหา สูญเสียกระบวนการคิดในการตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ดูแลพบกับสถานการณ์เช่นนี้เป็นประจำส่งผลให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจ ซึ่งตรงกับการศึกษาประสบการณ์การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อกาดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านของผู้ดูแลหลักที่บ้านของกำไล สมรักษ์ (2545) พบว่าผู้ดูแลหลักดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ทำให้บางครั้งระดับของพลังอำนาจลดลง และจากการที่ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตทำให้ตนเองเกิดการสูญเสียทั้งในความเป็นอิสระ อนาคตของตนเองสิ้นหวัง หมดกำลังใจ รู้สึกไร้พลังอำนาจ ซึ่งผลกระทบจากการดูแลของผู้ดูแลเหล่านี้ต้องได้รับการช่วยเหลือ

3. กิจกรรมการดูแลของผู้ดูแล

ผู้ดูแลทำหน้าที่หลายประการในการดูแล เกี่ยวกับการปฏิบัติตามกิจกรรมของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เพราะผู้ป่วยเหล่านี้มีขีดจำกัดในการปฏิบัติตามกิจกรรม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ดูแลต้องให้การดูแลใน เรื่องร่างกาย และจิตสังคม (ลินจง โปธิบาล, 2539; Leidy, 1995) ดังนี้

1.1 ด้านร่างกาย จะต้องได้รับการดูแลในเรื่อง

- ช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยต้องออกแรงมากทำให้มีอาการเหนื่อย เช่น การทำงานบ้าน การขึ้นลงบันได การปฏิบัติกิจกรรมในห้องน้ำ
- จัดเตรียมเสื้อผ้าอาหาร ของใช้
- การรับประทานยา
- การดูแลเรื่องการพักผ่อน
- การดูแลที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม
- การดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ดูแลในการบริหารการหายใจ

1.2 การดูแลด้านจิตสังคม (Dudley, Glaser, Jorgen & Logan, 1980) การดูแลจิตสังคมผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นประกอบด้วยกิจกรรมที่ช่วยในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดถึงปัญหาและแสดงความคิดเห็นในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับบุคลากรทางสุขภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วมในกิจกรรม มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสิทธิภาพและความคิด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่ถูกแยกออกจากสังคม และได้รับการยอมรับจากสังคม ส่งเสริมความมั่นใจและให้กำลังใจผู้ป่วย ควรหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอารมณ์เครียด

1.3 การดูแลด้านสภาพแวดล้อม ผู้ดูแลจะต้องดูแลการจัดการภายในบ้าน การดูแลบ้าน การทำอาหาร รวมทั้งการจัดหาสิ่งจำเป็นสำหรับใช้ภายในบ้าน การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีความสุข และรู้สึกปลอดภัยในชีวิต

ในลัทธิ (Lubkin, 1990) ได้กล่าวถึงบทบาทหน้าที่ของการดูแลไว้ว่า

- ทำหน้าที่ในการจัดหา (Care Provider) เป็นผู้กระทำช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกายและด้านบุคคล ตามความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วย มักจะยึดติดกับแบบแผนการรักษาที่จำเป็น เช่น อาบน้ำ ป้อนข้าว การให้ยาตรงตามเวลาและอื่น ๆ เป็นต้น มักจะเป็นการช่วยเหลือด้านการรักษาดูแลร่างกายให้สุขสบาย แต่มักจะละเลยการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย
- การจัดการการดูแล (Care Manage) ทำหน้าที่กว้างกว่าผู้ช่วยเหลือดูแล โดยจะทำหน้าที่จัดการหรือประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ผสมผสานหลายรูปแบบ และได้รับประโยชน์สูงสุด ผู้จัดการดูแลจะใช้เวลาและพลังงานที่มีแสวงหาแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ที่มีอยู่ในสังคมและจัดการติดต่อให้กับผู้ป่วยได้รับบริการต่าง ๆ ที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังใช้เวลาบางส่วนที่เหลือตอบสนองด้านจิตสังคมให้กับผู้ป่วย เช่น พาผู้ป่วยไปพบกับบุคคลภายนอก ชักชวนเพื่อนที่สนิทสนมกับผู้ป่วยมาเยี่ยมที่บ้าน พาผู้ป่วยเดินพักผ่อน เป็นต้น

ในส่วนของ Horowitz (1985, pp. 202–207) พบว่า ผู้ดูแลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย 6 ด้าน คือ

- ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลโดยตรง
- ช่วยเหลือประทับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ
- จัดการติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล บำบัดรักษาจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ หรือ

สวัสดิการทางสังคมอื่น ๆ

- ช่วยเหลือด้านการเงิน
- แบ่งเบาภาระงานบ้าน
- เป็นภาระติดต่อกับชุมชน

ดังนั้นผู้ดูแลมีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย คือ เป็นผู้กระทำการช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ดูแลด้านสิ่งแวดล้อม ติดต่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล บำบัดรักษาจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ช่วยเหลือด้านการเงิน และจากกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ดูแลปฏิบัติเป็นประจำอาจจะเกิดปัญหาในการดูแลได้ เช่น ผู้ดูแลต้องการสนับสนุนทางด้านความรู้ การพักผ่อน ขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก เป็นต้น (CHF – COPD The Caregiver's Role, 2004)

4. ปัญหาในการดูแล

ผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเกิดปัญหาจากการดูแล ซึ่งสรุปได้ดังนี้ (ศิริพันธุ์ สาสัดย์, 2544, หน้า 69)

4.1 ผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแล ผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และมีความต้องการความรู้เรื่องโรคและแนวทางในการดูแลและรักษาที่ถูกต้องและผู้ดูแลยังต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วย (CHF – COPD The Caregiver's Role, 2004)

4.2 ปัญหาทางพฤติกรรม อาการกระวนกระวายไม่อยู่นิ่ง (Agitation) ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดที่เพิ่มมากขึ้นในขณะที่ให้การดูแลระดับการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย (Activity of Daily Living: ADL) ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองน้อยลง และต้องการเวลาในการดูแลเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาสิ่งนี้ส่งผลให้ผู้ดูแลมีเวลาในการดูแลตนเองลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของ Cossette and Levesque (1993) ศึกษาภาระการดูแลทำนายภาวะจิตใจของภรรยาซึ่งเป็นผู้ดูแลของสามีที่ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ภรรยาต้องการได้รับการพักผ่อน

4.3 ระดับความเจ็บป่วย (Level of Illness) ระดับความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับระดับการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วย และภาวะเครียดในผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยที่มีภาวะความเจ็บป่วยมากขึ้น ยังต้องการการดูแลช่วยเหลือมากขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดมาก

4.4 ภาวะขาดแคลนผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น และขนาดของครอบครัวเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้เกิดภาวะขาดแคลนผู้ดูแล

4.5 ปัญหาด้านการเงิน ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลที่ต้องใช้ระยะเวลานานๆ ในแต่ละวันและเป็นการป่วยแบบเรื้อรังแล้วจะทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาผู้ป่วยสูงตามไปด้วย ซึ่งส่วนใหญ่ญาติต้องรับภาระนี้ด้วยตนเอง และญาติอาจต้องออกจากงานเพื่อมาให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้ขาดรายได้ก่อให้เกิดปัญหาทางการเงินได้สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริมา มณีโรจน์ (2541) ว่าผลกระทบทางลบของการดูแลผู้ป่วยคือ ครอบครัวขาดรายได้ ค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น ค่าใช้จ่ายสูงเกินกว่าฐานะของครอบครัวจะรับภาระได้ หรือต้องหยุดงาน ครอบครัวสูญเสียรายได้ ต้องประหยัด อดออม ตัดรายจ่ายที่จำเป็นมาใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ต้องขายไร่ ขายนา ภูหนี่ ยืมสิน หรือยืมจากคนอื่น ต้องขายทรัพย์สินที่มีอยู่

พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังนั้นจะต้องดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นอย่างสม่ำเสมอและกรณีที่เกิดปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลนั้นจะเห็นจากผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ คุณค่าในตนเองลดลง ขาดข้อมูลในการดูแล หากผู้ดูแลไม่ได้รับการสนับสนุนสิ่งเหล่านี้ผู้ดูแลก็จะมีพฤติกรรมในการดูแลที่ไม่ดีเท่าที่ควร (Kanervis, Paavilainen & Astedt-Kurki, 2003) ดังนั้นผู้ดูแลต้องไม่แสดงพฤติกรรมในการดูแล อารมณ์ที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยเพราะจะเป็นการบั่นทอนความรู้สึกของผู้ป่วยเป็นอย่างมากและถ้าเกิดความท้อแท้จากปัญหานั้นผู้ดูแลต้องค่อย ๆ พยายามแก้ไขปัญหอย่างเป็นระบบ ซึ่งกลวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลก็มีหลากหลายวิธี เช่น โปรแกรมการสอนอย่างมีแบบแผน การฝึกทักษะการดูแล การเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ดูแล แต่พบว่าโปรแกรมการสอนให้กับผู้ดูแลนั้นเมื่อใช้แล้วทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลไม่แตกต่างกับการสอนตามปกติ (ปานจิตต์ เอี่ยมถำองค์, 2546) แต่การเสริมสร้างพลังอำนาจเมื่อใช้กับผู้ดูแลแล้วนั้นมีความสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ในการดูแลได้ (ศรีรัตน์ คุ่มสิน, 2546) ซึ่งสิ่งนี้ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลที่ดีได้

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน

จากการทบทวนวรรณกรรมมีผู้กล่าวถึงแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้หลายท่านทั้งในเรื่องของความหมายและกระบวนการที่แตกต่างกันแต่ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยหลักการดังนี้

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการการช่วยเหลือบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต ซึ่งทำให้บุคคลมีพลังมีความสุขและตระหนักในศักยภาพของตนเองในการรักษาสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้บุคคลเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทั้งในส่วนบุคคลและสังคมมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพของตน ครอบครัว และชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Gibson, 1991, p. 354)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่เสริมสร้างความสามารถ และพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและชีวิต เพื่อให้เขาเหล่านั้นมีพลัง มีความผาสุก และมีอำนาจในการตัดสินใจเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ และดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งกระบวนการนั้นมีขั้นตอนเพื่อการเรียนรู้จากข้อมูลต่าง และประสบการณ์ตรง ในการพัฒนาเพื่อการพึ่งพาตนเอง ควบคุมตนเอง โดยมีการใช้พลังอำนาจได้อย่างมีประสิทธิภาพ (รวมพร คงกำเนิด, 2543, หน้า 119)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การพยายามที่จะทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคง มั่นใจ ยึดมั่นผูกพัน และมุ่งมั่นในการบรรลุเป้าหมายของตนเองและหน่วยงาน เพื่อปฏิบัติหรือกระทำภารกิจหนึ่งให้ประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพด้วยตนเอง ในการที่บุคคลจะเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ยึดมั่นผูกพันต่อตนเองต่อหน่วยงาน เพื่อให้สามารถกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง บุคคลจะต้องมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าตนเองสามารถกระทำกิจการต่างได้สำเร็จ บุคคลต้องได้รับการยอมรับสนับสนุน ส่งเสริมกำลังใจ กำลังใจ กำลังความคิด และมีอิสระในการตัดสินใจกระทำการต่าง ๆ ด้วยตนเอง (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2541, หน้า 17)

จากการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่ช่วยบุคคลเกิด ความเชื่อมั่นและตระหนักในศักยภาพของตนเองในการกระทำสิ่งต่าง ๆ มีอิสระในการตัดสินใจ โดยการมองปัญหาของตน วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหา และสามารถแก้ปัญหาได้โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ช่วยเสริมสร้างความสามารถของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

สาเหตุของการเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ

1. การสูญเสียการควบคุม (Loss of Control)
 - 1.1 การสูญเสียการควบคุมด้านร่างกาย (Physiological Loss of Control)
 - 1.2 การสูญเสียการควบคุมด้านจิตใจ (Psychological Loss of Control)
 - 1.3 การสูญเสียการควบคุมด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Loss of Control)
2. การขาดความรู้ (Lack of Knowledge)

บทบาทของพยาบาลในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ดูแล

เพื่อให้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย พยาบาลควรจะต้องทราบบทบาทของตนในการปฏิบัติงาน ซึ่งมีดังนี้

1. บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้อำนวยความสะดวกเพื่อจัดการกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล ข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากรเพื่อการดูแลและตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแล และเป็นแหล่งพลังอำนาจในการจัดการกับปัญหาการดูแลผู้ป่วย แสดงให้เห็นถึงความรู้ การเจ็บป่วยความเข้าใจที่ไม่เพียงพอต่อการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความกลัว ท้อแท้ เครียด การที่ผู้ดูแลไม่ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษารวมถึงไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่จะรับหรือไม่รับการรักษาทำให้ผู้ดูแลเกิดความกลัว นอกจากนั้นการได้รับข้อมูลลักษณะที่เป็นชุดในการดูแลจะทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสเลือกปฏิบัติการที่เขาอยากจริง ๆ ซึ่งบางครั้งผู้ดูแลบางคนอาจมีความรู้บางเรื่องแล้ว แต่อยากที่จะทราบข้อมูลในส่วนที่เขาขาดไป ซึ่งถ้าพยาบาลให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับความต้องการผู้ดูแลแล้ว เขาน่าจะสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยได้ดีกว่า

2. บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลในการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดจากอาการของผู้ป่วย ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้จำกัดจากเดิมเคยช่วยเหลือตัวเองได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสิ่งเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ ท้อแท้ อันจะนำไปสู่ภาวะไร้พลังอำนาจได้ในสภาพการณ์เช่นนี้ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือในการที่จะปรับตนเองให้เข้ากับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น พยาบาลต้องแสดงบทบาทช่วยเหลือผู้ดูแลในการเปลี่ยนแปลงนี้ และช่วยให้เขาปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติที่มีต่อการเจ็บป่วยในทางที่ดียอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ถือได้ว่าเป็นคุณลักษณะสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3. บทบาทในการให้การสนับสนุนด้านจิตใจ ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่ต้องการกำลังใจจากเจ้าหน้าที่สุขภาพในช่วงระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่ว่าจะคำพูดและท่าทางแสดงออก พยาบาลเป็นเจ้าหน้าที่สุขภาพประเภทเดียวที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดจึงถือได้ว่ามีบทบาทอย่างมากในการเสริมพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

4. บทบาทในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ การผู้พิทักษ์สิทธิ ถือว่าเป็นหุ้นส่วนกันระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแล พยาบาลจะต้องพูดในนามของญาติผู้ป่วยที่ไม่อาจพูดได้และความต้องการของตนเองออกมาได้เป็นที่ปรึกษาที่ช่วยลดความกลัว คืบความเป็นอิสระบริการ และความสามารถในการควบคุมตนเอง

นอกจากนี้กับสัน ได้กล่าวว่าหน้าที่พยาบาลจะช่วยเหลือให้ผู้รับบริการเกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจได้นั้นต้องมีความเชื่อพื้นฐานดังนี้

1. บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพ สุขภาพเป็นเรื่องของแต่ละบุคคลที่ต้องรับผิดชอบแม้ว่าแพทย์ พยาบาลจะมีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล แต่ก็ยังไม่มีอำนาจผูกขาดต่อสุขภาพเหนือบุคคลนั้น ๆ แต่ต้องกลับให้ความเคารพนับถือในสิทธิของบุคคลต่อการมีภาวะสุขภาพ
 2. บุคคลควรได้รับความเคารพนับถือต่อศักยภาพของบุคคลในการจะพัฒนาความเจริญงอกงามและความต้องการการสนองตอบต่อเป้าหมายในชีวิตของเขาเอง (Growth and Self-Determination) บุคคลมีความสามารถในการตัดสินใจในเรื่องใด ๆ ของตน แม้ว่าบางครั้งต้องอาศัยข้อมูลหรือความช่วยเหลือจากผู้อื่นบ้างก็ตาม
 3. บุคลากรทางสุขภาพไม่สามารถไปเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้รับบริการได้ แต่ผู้ป่วยจะเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองในขณะที่บุคลากรทางสุขภาพจะต้องให้การช่วยเหลือให้เกิดความคงทนของพฤติกรรมที่ดีและรู้จักใช้ทรัพยากรที่ดีพร้อมกับใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมได้ และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง
 4. บุคลากรทางสุขภาพต้องยอมรับความสำคัญของการให้ความร่วมมือของชุมชนต้องมีสำนึกในเรื่องของอิสระภาพ และพร้อมจะรับการปฏิเสธความช่วยเหลือของบุคคล บุคคลจะตัดสินใจเลือกสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง ไม่จำเป็นต้องทำตามคำแนะนำที่บุคลากรแนะนำไว้ ซึ่งบุคลากรควรมีแนวทางในการพิทักษ์สิทธิให้กับผู้บริการ
 5. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดได้จากการเคารพนับถือซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ไม่ใช่ลักษณะการมองฝ่ายหนึ่งว่าเป็นผู้เสียเปรียบหรือมีบมด้อย ในขณะที่อีกฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ได้เปรียบมีความสามารถเหนือกว่า ปฏิสัมพันธ์ของทั้งสองฝ่ายควรเป็นแบบเกื้อกูลกัน ได้ผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน
 6. ต้องมีความเชื่อใจซึ่งกันและกัน
- กลวิธีในการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- กลวิธีในการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้บุคคลค้นพบศักยภาพของตนเอง เข้าใจปัญหาสาเหตุของปัญหา มีทักษะที่จำเป็น สามารถเลือกวิธีการที่เหมาะสม มีกลวิธีหลายอย่างร่วมกัน ทั้งการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง หรือได้รับจากผู้อื่น มีความแตกต่าง กันไปขึ้นอยู่กับเป้าหมายและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปกลวิธีที่ใช้มีดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2540)
1. การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง จากการรับรู้ในศักยภาพ และความสามารถในการแก้ไขปัญหาได้สำเร็จ มั่นใจในตนเอง มีความพึงพอใจ มีกำลังใจในการดูแล เปลี่ยนแปลงสถานการณ์ไปในสิ่งที่ดี เพื่อให้ตนสามารถบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ เริ่มจากประสบการณ์ที่มีอยู่ มาวิเคราะห์ ใช้วิจารณ์ญาณเชื่อมโยงปัญหาเข้ากับปัจจัยสาเหตุ เกิดความเข้าใจ นำไปปฏิบัติ และปรับปรุงในทางที่เหมาะสม

2. การเสริมสร้างพลังจากผู้อื่น เพื่อกระตุ้นให้บุคคลตระหนักในความสามารถ เกิดพลังอำนาจในตนเองได้ดังนี้

2.1 การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ตรงกับความต้องการ เพื่อให้บุคคลรับรู้ เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย

2.2 การให้คำปรึกษาคำแนะนำ และแนวทางโดยยึดความจำเป็นความต้องการของแต่ละบุคคลเป็นพื้นฐาน

2.3 การสอนเพื่อให้เกิดทักษะในการดูแลตนเองได้แนวทางในการพิจารณาเลือกตัดสินใจปฏิบัติต่อไป

2.4 การให้ความสนับสนุน อำนวยความสะดวก และประสานงาน เพื่อให้แหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนช่วยสนับสนุนการดูแล และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

2.5 การให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การกำหนดเป้าหมายที่เป็นจริง และแนวทางเลือกที่เป็นไปได้ร่วมกันทั้งสองฝ่าย

2.6 การประเมินผลย้อนกลับเชิงบวก การสะท้อนถึงผลที่น่าพึงพอใจ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจและกำลังใจที่จะกระทำต่อไป

2.7 การยอมรับความเป็นบุคคล ส่งเสริมให้เกิดคุณค่าในตนเอง ให้ความสำคัญ และยอมรับในศักยภาพความสามารถของบุคคล สร้างบรรยากาศการมีส่วนร่วมที่อบอุ่น ไว้วางใจซึ่งกันและกัน สื่อสารกันอย่างเปิดเผย

2.8 การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือกัน บุคคลมีประสบการณ์ในปัญหาที่แตกต่างกัน ได้มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และช่วยกันคิด ตัดสินใจวิธีการแก้ปัญหาที่เหมือน ๆ กัน แต่กลวิธีนี้ในบางครั้งอาจจะมีสมาชิกกลุ่มบางคนไม่ได้รับประโยชน์ตามที่คิดไว้ ไม่ชอบ ไม่เห็นด้วย เพราะแต่ละคนให้ความสำคัญกับปัญหาแตกต่างกัน อิทธิพลของกลุ่มในการตัดสินใจและการมองปัญหาแตกต่างไปซึ่งอาจไม่ตรงปัญหาที่แท้จริงได้

2.9 การให้การดูแลเอาใจใส่ทางด้านสุขภาพร่างกาย ด้วยการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ

2.10 สนับสนุนให้บุคคลมองเห็นความสัมพันธ์ของตนเองกับสิ่งแวดล้อม มีความเชื่อว่าตนสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้

กลวิธีในการเสริมสร้างพลังอำนาจมีทั้งเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง และได้รับจากผู้อื่นเพื่อช่วยให้บุคคลได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง สามารถพิจารณาเลือก ตัดสินใจปฏิบัติเพื่อให้ตนเองบรรลุเป้าหมายในสิ่งที่ต้องการ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตามแนวคิดของ Gibson (1993) นั้น การที่บุคคลจะสามารถเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มากนักขึ้นอยู่กับปัจจัย ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้นประกอบด้วยปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal Factor) และปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal Factor)

1. ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่

1.1 ค่านิยม (Values) ค่านิยมของตนเอง มีความรักในตนเอง ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยภายในบุคคลที่เป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบในการที่จะดูแลตนเอง

1.2 ความเชื่อ (Beliefs) ความเชื่อมีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรค และความยากลำบากในการดูแลที่เกิดขึ้น การที่บุคคลมีความเชื่อที่ดีต่อการดูแลหรือเชื่อว่าการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น

1.3 เป้าหมายในชีวิต (Determination) เกิดจากการที่บุคคลมีพลังความเข้มแข็งและแรงจูงใจ ที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อไปสู่เป้าหมาย โดยพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ตนเองได้รับสิ่งที่ดีที่สุดแม้ว่าจะมีอุปสรรค ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมดจะส่งผลต่อการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทุกขั้นตอน

1.4 ประสบการณ์ส่วนบุคคล (Experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งที่สำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมา และประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากการศึกษา อ่านจากตำรา วารสารวิชา ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์

2. ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) จากหลาย ๆ แหล่งด้วยกัน ได้แก่ คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว บุคคลสำคัญในชีวิต รวมถึงญาติ ซึ่งมีส่วนสนับสนุนให้รับรู้/ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ให้การประคับประคองและให้ความมั่นใจที่จะดูแลตนเองจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและแผนการรักษา การได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่ให้การดูแลแล้วมีอาการเจ็บป่วยทุเลาลง การที่พยาบาลช่วยพูดกับแพทย์ผู้รักษา การได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ ตลอดจนการได้รับการบริการส่งต่อในชุมชน หรือการดูแลที่บ้าน สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ได้รับการสนับสนุนจาก

เจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น แหล่งสนับสนุนต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ผลดียิ่งขึ้น

นอกจากนี้ยังมีผู้ที่เสนอปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจมักได้รับความสนใจก็ต่อเมื่อมีความพร่องหรือขาดหายไปของอำนาจ และการควบคุมมีภาวะไร้พลังอำนาจ (Powerlessness) ไม่ว่าจากสาเหตุใดก็ตามเมื่อเกิดภาวะดังกล่าวขึ้นแล้วก็ตระหนักถึงความสำคัญของความรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมและคิดวิธีการที่จะได้มาหรือพัฒนาขึ้นนั้น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในตนเองสามารถจัดการแก้ไขปัญหาหรือสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ (Pfister-Minogue, 1983) ดังนั้นปัจจัยประการแรกที่ทำให้มีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ก็คือ การสูญเสียหรือการพร่องไปของอำนาจที่ควรจะมีนั่นเองอาจจะเป็นทัศนคติของเจ้าหน้าที่ในมีสุขภาพต่อผู้รับบริการในลักษณะที่เป็นผู้ปฏิบัติมากกว่าส่งเสริมให้มีส่วนร่วมหรือตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537) การขาดความยึดหยุ่นในระบบบริการ ระบบการรักษา การมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ และทัศนคติของเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการควบคุม (Gray, Doan & Church, 1990) สิ่งเหล่านี้มีผลลดพลังอำนาจของผู้รับบริการทั้งสิ้น

ปัจจัยประการที่สองที่ทำให้มีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้อง ต้องเป็นสัมพันธภาพที่ตั้งอยู่บนความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ต้องสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลและมีการเปิดเผยต่อกันได้ต้องมีการยอมรับซึ่งกันและกันมีการให้คุณค่าเคารพในสิทธิและความเป็นบุคคลระหว่างกัน จึงจะความร่วมมือและความมีส่วนร่วมในการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ (Chandler, 1992; Haney, 1988; Picree & Salter, 1988)

ปัจจัยประการที่สามในการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ต้องเป็นสิ่งแวดล้อมของบรรยากาศของการดูแล ช่วยเหลือ และปรารถนาดีต่อกัน (Nurturing, Helping, Caring Environment) การเสริมสร้างพลังอำนาจจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อฝ่ายที่เป็นผู้ให้บริการมีจุดมุ่งหมายให้ฝ่ายที่ด้อยอำนาจกว่านั้นได้พัฒนาความสามารถและพัฒนาอำนาจในตนเอง (Chandler, 1992; Gray, Doan & Church, 1990; Haney, 1988; Pfister-Minogue, 1983)

ปัจจัยประการที่สี่ในการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ปัจจัยด้านบุคคล ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจต้องอาศัยความร่วมมือ การมีส่วนร่วมในทุก ๆ ขั้นตอน ดังนั้นบุคคลที่เกี่ยวข้องจะต้องยอมรับในบทบาท ภาระหน้าที่ ความรับผิดชอบที่จะมีนั้นคือ ต้องถือเป็นความยึดมั่นผูกพันที่บุคคลควรปฏิบัติร่วมกัน การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงจะเกิดได้ นอกจากนี้ปัจจัยซึ่งประกอบด้วยคุณสมบัติของบุคคล ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับตนเองในด้านบวก ทักษะการรับรู้ภาวะสุขภาพดี ความสามารถปรับตัวความกล้าหาญทศทน ความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจ อยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกัน และกันมีการทำงานร่วมกัน และการมีส่วนร่วม (Collaboation) (Gibson, 1991) ซึ่งจากการศึกษา ของ Gibson (1993) ได้แบ่ง ระยะของการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ 4 ระยะดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality)

การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการพยายามทำให้ญาติผู้ดูแลยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจ ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (Emotionally) ด้านสติปัญญาการรับรู้ (Cognitive) ด้านพฤติกรรม (Behaviorally)

การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional Responses) เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักถึง ปัญหาที่เกิดขึ้น ก็จะเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อด้าน วิตกกังวล กระวนกระวาย กลัว โกรธ ซึ่งอาการทั้งหมดเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพของความเป็นจริง ได้ความรู้สึกเจ็บปวดที่ต้องเผชิญ ประกอบกับความไม่เข้าใจในสภาพความยุ่งยากซับซ้อนของ ปัญหา ความไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ รวมทั้งการขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลที่จะ เกิดขึ้นต่อไป

การตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้ (Cognitive Responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสีย ความรู้สึกสามารถหรือไม่มั่นใจ ระยะนี้ บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการ หาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือ วารสารทางวิชาการ การถามจากแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยคนอื่นที่ประสบเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยให้เกิด ความเข้าใจเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ในระยะนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมด ที่ได้จากการแสวงหาจากแหล่งต่าง ๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจ ในการแก้ปัญหาและสถานการณ์ ต่างๆ

การตอบสนองต่อพฤติกรรม (Behavioral Responses) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่า การดูแลตนเองเป็นหน้าที่และรับผิดชอบของตน การที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ทำได้เป็นสิ่งที่ดีที่สุด ที่สามารถทำได้ขณะนี้ มองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ดี และพยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรู้ชัดว่าสิ่งที่ตนเองต้องการการดูแลอย่างแท้จริงคืออะไร เกิดความ เข้าใจ ชัดเจนในการดูแล และตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหา ที่ผ่านมาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ ในขั้นนี้การกระทำของบุคคลจะได้รับข้อมูลย้อนกลับจาก บุคคลที่เกี่ยวข้องว่าการวิตกกังวลจนเกินไป จะทำให้รู้สึกสับสน คับข้องใจ และไม่มั่นใจ จนใน ที่สุดจะตระหนักได้เองถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นและการกระทำของตน และจะเริ่มเปลี่ยนความคิดว่า

ถ้าเปลี่ยนมาคิดในแง่ดี ปัญหาทุกอย่างก็จะสามารถแก้ไขได้ดีกว่า ดังนั้นบุคคลจะพยายามปรับตัว โดยคิดในแง่ดี และจะกระทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ (Critical Reflection)

การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ ให้ญาติผู้ดูแลได้ทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาในการดูแลได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพินิจพิจารณาอย่างมีวิจารณ์ญาณ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง และเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแล จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้เกิดมุมมองปัญหา ประเมินและพินิจพิจารณาถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมด ในแง่มุมต่าง ๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (A Sense of Personal Control) จะทำให้เกิดความคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างไม่ได้ไร้ความสามารถ สิ่งที่เราทำได้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ บุคคลจะได้มาซึ่งทางเลือกต่าง ๆ ในการปฏิบัติ หลังจากการคิดวิเคราะห์อย่างละเอียดแล้วจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาขึ้น ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตนเอง ความสามารถ ความถูกต้องของตนเอง เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ ความสามารถ การตัดสินใจ ทักษะของตนเองในการตัดสินใจ

ขั้นตอนนี้มีความสำคัญนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้บุคคลจะมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถและมีพลังมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม

การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการเผชิญหน้าเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-Determination) หลังจากผ่านทั้งสองขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น ในขั้นตอนนี้บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งบุคคลจะมีทางเลือกหลายวิธีการ ขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหามองบุคคล ซึ่งอาจมีความแตกต่างกัน โดยการตัดสินใจเลือกที่ดีที่สุด ขึ้นอยู่กับปัจจัย ดังต่อไปนี้

1. เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเองได้
2. สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ
3. ได้รับความเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง
4. ผ่านการร่วมปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ

5. เป็นวิธีที่สร้างความยอมรับ และสามารถเปิดกว้างในการที่ผู้อื่นจะนำไปใช้ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

ในการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมบุคคลจะมีพันธะสัญญากับตนเอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การปกป้อง (Advocating to) โดยคิดว่าการให้การดูแลเป็นการปกป้องตนเอง เป็นภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบของตน ดังนั้นจึงกระทำ
2. การเรียนรู้ในการแก้ปัญหา (Learning the Ropes) เป็นการเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาจากการใช้ประสบการณ์เดิม และการเรียนรู้ร่วมกับทีมสุขภาพ
3. การเรียนรู้ในการคงพฤติกรรม (Learning to Persist) ไม่ย่อท้อต่อความตั้งใจในการกระทำ
4. การเจรจาต่อรองเกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาล (Driving Negotiation in the Hospital Setting) โดยคิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งในการรักษา การได้นำศิลปะและความเข้าใจมาผสมผสานกับความรู้ที่มีอยู่มาใช้ในการดูแล การได้นำปัญหาของผู้ป่วยมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ หากการกระทำดังกล่าวเป็นที่ยอมรับ จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจ (Sense of Power)
5. การสร้างความรู้สึกร่วมกัน (Establishing Partnership) การต้องการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแล และการตัดสินใจในการรักษา จะทำให้บุคคลพยายามแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัย เป็นประโยชน์จากบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ จากการแสวงหาข้อมูลความรู้ด้วยตนเอง การสร้างสัมพันธภาพและการมีส่วนร่วมอภิปรายปัญหากับทีมสุขภาพ การทำงานเป็นทีม ช่วยให้การตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)

การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ถือเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติ ในระยะนี้เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางเลือกแล้วพยายาม และผู้ดูแลจะร่วมมือกันแก้ปัญหาซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลก็จะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในครั้งต่อไป

การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของ Gibson (1993) เป็นกระบวนการระหว่างบุคคล ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีความต่อเนื่องกัน และสามารถเกิดสลับไปมาได้ในแต่ละบุคคล และการที่บุคคลจะสามารถผ่านแต่ละขั้นตอนได้จะต้องใช้พลังใจ พลังความคิดรวมทั้งความสามารถในระดับสูง ทั้งนี้ขั้นตอนต่าง ๆ จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เพียงใด ย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัยนำและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เมื่อบุคคลสามารถผ่านกระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้วจะเกิดผลต่อบุคคลในคุณลักษณะที่จะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ

การเสริมสร้างแก่บุคคลและชุมชนมีลักษณะที่แตกต่างกัน ในส่วนของบุคคลจะเน้นในเรื่องการเพิ่มความสามารถของแต่ละคนในการตัดสินใจ แต่มีอำนาจในการควบคุมชีวิตของตนเอง แต่การเสริมสร้างพลังอำนาจในชุมชนนั้น เป็นการรวมพลังของกลุ่มบุคคลที่มาประสานการปฏิบัติร่วมกัน เพื่อจะมีอิทธิพลและอำนาจขึ้น ในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในชุมชนของตนเองและถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญประการหนึ่งของกิจกรรมชุมชนเพื่อสุขภาพ

ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตามแนวคิดของ Gibson (1993) การรับรู้พลังอำนาจ (Sense of Power) เป็นผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ จากการศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของมาร์ดาทีให้การดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการภายในบุคคล (Interpersonal Process) ที่นำมาซึ่งคุณลักษณะ 4 ด้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความสามารถที่จะควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ได้ หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้ในศักยภาพและความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์ปัญหา การแก้ปัญหา ตลอดจนสามารถดำเนินการได้สำเร็จบรรลุตามเป้าหมายท่ามกลางอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยอาศัยสถานการณ์ปัญหา ซึ่งจะให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ประกอบกับการนำความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมมาผสมผสานเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น
2. ความพึงพอใจในความสามารถของตนเอง หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกที่ดี และเป็นประโยชน์กับตนเอง ยินดีในผลงานที่เกิดขึ้น มีความมั่นใจและมีกำลังใจในการปฏิบัติงานต่อไป ส่งผลให้การปฏิบัติงานประสบความสำเร็จบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้
3. การพัฒนาตนเอง หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงการปรับปรุง เปลี่ยนแปลงลักษณะส่วนบุคคลในด้านต่าง ๆ ไปสู่สิ่งที่ดี เหมาะสมและถูกต้องมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลรู้สึกมั่นใจในความสามารถเพิ่มขึ้น
4. การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิตของตนเอง หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่เกิดในตนเองเกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง เห็นคุณค่า ความหมายของตนเอง เชื่อมมั่นในตนเอง มีเป้าหมายในชีวิต มีความภาคภูมิใจในตนเอง และมองเห็นความสำคัญของตนเองต่องานในความรับผิดชอบและต่อผู้อื่น

กิบสันเชื่อว่าหากบุคคลมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองทั้ง 4 ด้านระดับสูงก็สามารถให้ การดูแลผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพนำไปสู่ความมีคุณภาพและความสำเร็จในงานได้ นั่นคือ คุณลักษณะทั้ง 4 ด้านเป็นคุณลักษณะสำคัญนำไปสู่การพัฒนาบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ได้มีการศึกษาวิจัยที่พบจากการศึกษาพบว่า รายงานการวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลนั้นมีน้อย และเป็นการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลโรคอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียด ของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (ศรีรัตน์ คุ่มสิน, 2546) พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด สมองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและ สูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ จงรักษ์ อุดรราชศักดิ์ (2540) กระบวนการ เสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาที่ต้องดูแลบุตรป่วยเรื้อรัง: กรณีศึกษา ซึ่งผลการวิจัยก็พบว่า ผลลัพธ์และผลที่ตามมาของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ศักยภาพของการมีส่วนร่วม การพัฒนาศักยภาพในการดูแล และตรงกับการศึกษาของ มีความมั่นใจในการดูแล ผู้ดูแลมีการ รับรู้พลังอำนาจและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของพนารัตน์ เจนจบ (2542) ซึ่งได้ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสันในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ รูมาตอยด์ พบว่า ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการรับรู้พลัง อำนาจเพิ่มขึ้น และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งหมดมี 10 กิจกรรม คือ การสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพอันดี การยอมรับความเป็นบุคคล การจัดบรรยากาศและสภาพ แวดล้อมที่เหมาะสม เทคนิคการใช้คำถาม การสนับสนุนความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง การอภิปราย ปัญหาาร่วมกัน การกระตุ้นให้มีการติดตามและประเมินผลตนเองอย่างต่อเนื่อง การร่วมกันหา แนวทางเลือกเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการประเมินผลย้อน กลับเชิงบวก และตรงกับการศึกษา ประสพการณ์การ เสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ที่บ้านของผู้ดูแลหลักที่บ้านของ กำไล สมรักษ์ (2545) พบว่าผู้ดูแลหลักดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่อง ทำให้บางครั้งระดับของพลังอำนาจลดลง ผู้ดูแลหลักต้องเสริมสร้างพลังอำนาจให้มี ระดับที่เพิ่มขึ้นและต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วย

โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นว่าโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง เป็นโรคเรื้อรังที่อันตราย ต้องได้รับการรักษาตลอด หากได้รับการรักษาดูแลไม่ต่อเนื่องและ ถูกต้องก็จะมีอาการแทรกซ้อนที่ร้ายแรงเป็นผลบั่นทอนชีวิต ผู้ดูแลที่บ้านซึ่งเป็นบุคคลสำคัญที่ให้ความช่วยเหลือในการดูแลซึ่งการดูแลผู้ป่วยนั้นส่งผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบโดยเฉพาะ ผลกระทบทางลบ เช่น การขาดความรู้ในการดูแล ไม่มีที่ปรึกษา หหมดกำลังใจจะทำให้ผู้ดูแลจะ เกิดความรู้สึกท้อแท้ในการแก้ปัญหา ไม่มั่นใจในกระบวนการตัดสินใจแก้ปัญหาซึ่งสิ่งเหล่านี้

จะทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจ ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจก็เป็นกลวิธีหนึ่งในการให้คำแนะนำ
ฝึกทักษะ และให้คำปรึกษาเมื่อผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและการ
กระทำ ผู้วิจัยคาดว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจนี้จะทำให้ผู้ดูแลเกิดการปรับพฤติกรรม การดูแล
จัดการกับปัญหาที่เกิดจากการดูแล และเกิดความเชื่อมั่นในกิจกรรมการดูแลที่ตนเองตัดสินใจ
กระทำ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการรับรู้พลังอำนาจที่มีในตนเองได้ดี และมีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรค
ปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เหมาะสมยิ่งขึ้นรวมทั้งการดำเนินชีวิตอย่างมีปกติสุขตามสภาพการ