

การเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการให้คำปรึกษาเพื่อจัดการกับความเครียดสำหรับครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน

Empowerment and Counseling for Stress Management in Families with Chronic Illness in Community

รณชิต สมรรถนะกุล

อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

E-mail: ronachita@hotmail.com

บทคัดย่อ

การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เรียกว่า “โรควิถีชีวิต” ซึ่งได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเมอแรงั้น เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญระดับประเทศและระดับโลกที่นับวันจะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ การเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวหลายประการ เช่น เกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมทั้งการเสียชีวิตตามมา ซึ่งทำให้ครอบครัวเกิดความเครียดจากปัญหาดังกล่าวได้ ดังนั้นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยจัดการกับความเครียดสำหรับครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนก็คือ การจัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการให้คำปรึกษาสำหรับครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนเพื่อประโยชน์แก่พยาบาลชุมชนที่สนใจในการพิจารณานำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการให้คำปรึกษาในการจัดการกับความเครียดสำหรับครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนไปประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มพูนความรู้ของตนเองและให้บริการแก่ครอบครัวในชุมชนที่รับผิดชอบ อันจะช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตของครอบครัวในชุมชนที่รับผิดชอบให้ดียิ่งขึ้นได้ ข้อมูลที่นำเสนอในบทความนี้ประกอบไปด้วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ การประยุกต์ใช้แนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจร่วมกับการให้คำปรึกษาที่บ้านเพื่อจัดการกับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสถานการณ์จริงที่เป็นปัญหาและสาเหตุ 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเกิดพลังอำนาจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเองในทางที่ดีขึ้น 3) การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ อันเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่บุคคลเกิดพลังอำนาจที่จะแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเองได้ในที่สุด พยาบาลชุมชนเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการรณรงค์ส่งเสริมให้ครอบครัวเกิดความสนใจและเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนที่ 1 ถึง 3 ได้โดยการสำรวจปัญหาสุขภาพของชุมชน วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนนั้นเสียก่อนว่ากระทบต่อปัญหาสุขภาพของชุมชนมากน้อยเพียงใด หากเห็นว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ควรแก้ไขแล้วจึงจัดประชุมตัวแทนของครอบครัวเพื่อนำเสนอผลที่วิเคราะห์ได้ จากนั้นจึงโน้มน้าวให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในโปรแกรมนี้ การดำเนินงานขั้นตอนที่ 1 ถึง 3 นั้นอาจจัดกิจกรรมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพและให้ความรู้เพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาสุขภาพ ณ สถานที่ที่เหมาะสมได้ ส่วนขั้นตอนที่ 4 นั้นควรออกติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินปัญหาสุขภาพพร้อมทั้งให้การปรึกษาแก่ครอบครัวที่เข้าร่วมโปรแกรมได้ตามสภาพปัญหาและความต้องการของครอบครัวที่พบสัปดาห์ละครั้ง การดำเนินงานทุกขั้นตอนใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 7 สัปดาห์จึงจะสามารถประเมินผลความสำเร็จของโปรแกรมได้ว่าประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนและการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติที่ผ่านมา พบว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและผ่อนคลายจากปัญหาความเครียดของผู้ป่วยและญาติได้

คำสำคัญ: การสร้างเสริมพลังอำนาจ การให้คำปรึกษา ความเครียด ครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน

ABSTRACT

The large number of chronic illness that called 'Lifestyle disease': diabetes mellitus, hypertension, cardiovascular, cerebrovascular and cancer caused the major problem of nations and worldwide by continuing increase amount of chronic patients. Chronic illness involved several situations to patients and their families for instance, complication, defect, high cost treatment include the loss of death. Its effect impact stress of their families. Thus, the alternative intervention to handle with stress for them is setting empowerment and counseling program for family caregiver who caring chronic patients in community. Consequence, community nurses applied this program enable fulfill their knowledge during provide service for their clients in the community. Outcomes is enhance the mental health of families also. Content of this article consist of major non-communicable chronic diseases, applied concept of empowerment and counseling for effective stress management by 4 steps such as 1) discovering reality of problem and causation 2) critical reflection to understand and emerging power to change themselves 3) taking charge to select appropriate activities for health related factors control, and 4) maintenance effective practice: the last step of individual who has power to improve health problem of themselves finally. Community nurses have role performance in promoting families participation in the first to third step by community health problem survey, analyzing chronic patient problem in community that impact their community health. Selected the major problem then conduct the family representatives meeting to present the results. Then invite them to participate in program. Proceeding first to third step may set the screening test for health problem of risk group and giving knowledge to prevent health problem at somewhere in community. And the fourth step they should home visit families to evaluate health problem and counseling that meet their condition and needs weekly. All step last seven weeks until they can summarize the success of this program. According to the past studies found that empowerment and counseling program enable change health behavior of chronic patients and enhance self care efficacy appropriately together also relief stress of family caregivers of chronic patients in community.

KEYWORDS: Empowerment, Counseling, Stress Management, Chronic patients in community

บทนำ

ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือที่เรียกว่า โรควิถีชีวิต 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญระดับประเทศและระดับโลกที่นับวันจะทวีความรุนแรงขึ้น จากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลก ปี พ.ศ. 2555 พบว่า 1 ใน 10 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และ 1 ใน 3 มีภาวะความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ ประชากรประมาณร้อยละ 63 ทั่วโลกเสียชีวิตด้วยสาเหตุจากโรควิถีชีวิตดังกล่าว (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร, 2559)

จากความเจริญทางด้านวัตถุสภาพแวดล้อม และพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม รวมถึงภาวะความเครียด ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และดื่มสุรา หากไม่สามารถหยุดพฤติกรรมดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยพิการและเสียชีวิต นอกจากนี้ ยังสร้างภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาและก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจตามมาอย่างมหาศาล (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2555)

ในประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 (วิชัย และคณะ, 2559) พบว่าความชุกของโรค

เบาหวานเป็นร้อยละ 6.9 ทั้งนี้พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ที่ เป็นเบาหวานไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานมาก่อน และผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานแต่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 3.3 ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเป็น ร้อยละ 21.4 โดยพบว่าผู้ป่วยเพศชาย ร้อยละ 60 และผู้ป่วยเพศหญิงร้อยละ 40 ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน และมีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 8-9 นอกจากนี้กรรม สุขภาพจิต ยังได้รายงานผลการสำรวจระดับชาติวิทยา สุขภาพจิตของประเทศไทยปี พ.ศ. 2551 โดยพบว่า คนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึง 1.49 ล้านคน (ความชุกร้อยละ 2.7) (ธรมินทร์ และคณะ, 2560) ซึ่งสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้านั้นมาจากโรคเรื้อรังทางกาย (ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกายเป็นปัญหาหนึ่ง ที่ผู้ป่วยขอรับบริการให้คำปรึกษาจากผู้ให้บริการทางด้าน สุขภาพ (นงพงา, 2550) โดยเฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ ในชุมชนที่มีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพต่างๆ รวมทั้งปัญหาสุขภาพจิตด้วย จากการศึกษาผลของโปรแกรม การสร้างเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง ในชุมชนเมืองแห่งหนึ่ง พบว่าโปรแกรมการสร้างเสริมพลัง อำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มทำให้ การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังดีขึ้น โดยกลุ่มตัวอย่างที่ เข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวมีความเครียดหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง (รณชิต และคณะ, 2556)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผลของโปรแกรมการสร้าง เสริมพลังอำนาจโดยให้คำปรึกษาไปด้วยในผู้ที่สูบบุหรี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ลดลงด้วย (รินดา และคณะ, 2556) จึงอาจกล่าวได้ว่าการสร้างเสริมพลังอำนาจ มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดี ขึ้นไม่ว่าจะเป็นด้านความเครียดหรือการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะหากได้นำกระบวนการให้คำปรึกษามาใช้ร่วมกับการสร้างเสริมพลังอำนาจจะยิ่งส่งผลดีต่อผู้รับบริการมากขึ้น บทความนี้จึงขอนำเสนอทางเลือกใหม่สำหรับผู้รับบริการใน การจัดการกิจกรรมการสร้างเสริมพลังอำนาจร่วมกับการให้ คำปรึกษาเพื่อจัดการกับความเครียดสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังใน ชุมชนซึ่งจะมีส่วนส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนให้ ดีขึ้นได้

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ

ปัญหาต่างๆ ที่ทำให้ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยรู้สึก เครียดจนต้องขอรับคำปรึกษาจากพยาบาลชุมชน สาเหตุ หนึ่งมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อ พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาจึงควรจะได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อยในชุมชนเสียก่อนในเบื้องต้น จากนั้นจึงใช้กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจและทักษะ การให้คำปรึกษามาประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม จึงจะเกิด ความมั่นใจในการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือที่เรียกว่า โรควิถีชีวิต 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและ หลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเมตาบอลิก เป็นปัญหา สุขภาพที่สำคัญทั้งในระดับประเทศและระดับโลกซึ่ง สถานการณ์ปัญหาของแต่ละโรคที่ส่งผลต่อความเครียดของ ครอบครัวในปัจจุบันมีดังต่อไปนี้

1. โรคเบาหวาน

ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้น จาก 135 ล้านคนในปี ค.ศ. 1995 เป็น 151 ล้านคนในปี ค.ศ. 2001 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 300 ล้านคนในปี ค.ศ. 2025 (Zimmet et al., 2003) สำหรับในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2546-2547 และปี 2551-2552 มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 44.3 เป็นร้อยละ 68.8

ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้นักเกิดจากรูปแบบ การดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม (ปาริชาติ และนางลักษณ์, 2555) นอกจากรูปแบบของครอบครัวที่มีการดำเนิน ชีวิตที่ไม่เหมาะสมดังกล่าวแล้ว ครอบครัวที่มีภาวะ เครียดเรื้อรังยังถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วย โรคเบาหวานได้ง่ายอีกด้วย (Walker et al., 2008) การ ดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานในปัจจุบันเน้นการให้ความรู้ แก่ผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อให้มีพฤติกรรมดูแลตนเอง อย่างถูกต้อง โดยเน้นการปรับพฤติกรรมการควบคุม อาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การ จัดการกับความเครียด และการรับประทานยา เพื่อให้ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติได้ (นันทภัส และคณะ, 2555)

2. โรคความดันโลหิตสูง

ปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในปัญหา สุขภาพกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อย โรคนี้มีแนวโน้มจะมี

จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นและมีผู้เสียชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้สูงถึง 7 ล้านคนในแต่ละปี (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558) สำหรับประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมได้ดี ร้อยละ 20.58 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงหรือความดันโลหิตสูงวิกฤต และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้ เช่น โรคหัวใจโคโรนารี โรคไตวาย โรคของจอตา และภาวะหัวใจล้มเหลว (Kaplan and Victor, 2009) อันจะส่งผลกระทบต่อครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ต้องพึ่งพาผู้อื่นนั้น จะทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระแก่สมาชิกครอบครัวและยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก (ขวัญตา และคณะ, 2559)

การดูแลสุขภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนั้น ครอบครัวมีส่วนสำคัญที่จะช่วยจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัวที่มีการจัดการพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยสมาชิกในครอบครัวที่มีความรู้ ความเข้าใจ และมีการเรียนรู้ที่จะดูแลผู้ป่วย จะทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมได้ (ปันทสุ, 2552)

3. โรคหัวใจและหลอดเลือด

ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศสหรัฐอเมริกามากกว่า 1 ใน 3 (82 ล้านคน) ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวเป็นโรคนี้อย่างน้อย 1 ชนิดหรือมากกว่านั้น (American Heart Association, 2011) โรคนี้ที่พบเห็นได้บ่อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจโคโรนารี และภาวะหัวใจล้มเหลว จากผู้ป่วยจำนวนดังกล่าวนี้ประมาณร้อยละ 49 มีอายุมากกว่า 60 ปี และร้อยละ 51 มีอายุต่ำกว่านี้ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีอัตราการตายที่สูง เช่นเดียวกับในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2550-2552 ที่พบว่าโรคนี้มีสถิติการเสียชีวิตของคนไทยสูงถึง 1 ใน 3 ของอันดับการเสียชีวิตด้วยสาเหตุต่างๆ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554) ซึ่งความรุนแรงของโรคและความกังวลใจจากอาการเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย (King and Hind, 2012)

วิธีดูแลรักษาตัวเองเมื่อเป็นโรคหัวใจ

1. การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคหัวใจ และหลอดเลือด (วิทยา, 2553) โดยเน้นการออกกำลังกายในระดับปานกลาง เช่น เดินแอโรบิก เดินเร็ว ซี่จักรยาน วิ่งเหยาะๆ และว่ายน้ำ ส่วนกีฬาที่แนะนำ ได้แก่ ปิงปอง เทนนิสคู่ และกอล์ฟ เป็นต้น

2. ควบคุมอาหาร ที่จะทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยง (กาญจนา, 2560) โดย

2.1 ลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันหมู หมูสามชั้น เนย ครีม น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม และอาหารที่ทำจากกะทิ

2.2 ปริมาณอาหาร ต้องรับประทานให้พอเหมาะ โดยจำกัดอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง ไม่ควรรับประทานคอเลสเตอรอลเกิน 300 มิลลิกรัมต่อวัน จำกัดไขมันอิ่มตัวไม่เกินสัปดาห์ละ 2 ฟอง หลีกเลี่ยงเครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ติดมัน รับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดหนังและมัน เต้าหู้แทนเนื้อสัตว์ เลือกรับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง ย่าง อบ ยำ แทนอาหารทอด หรืออาหารผัดที่ใช้ น้ำมันมากๆ ต้มนมพ่องมันเนย หรือนมขาดไขมัน หรือเลือกดื่มน้ำเต้าหู้แทน รับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหารให้มากขึ้น เช่น ผัก ผลไม้ต่างๆ ข้าวซ้อมมือ และเมล็ดถั่วแห้ง เป็นต้น หลีกเลี่ยงน้ำหวาน ขนมหวานทุกชนิดที่มีน้ำตาลหรือแป้งมาก หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากกระตุ้นให้มีการสร้างไตรกลีเซอไรด์มากขึ้น

ส่วนวิธีการดูแลรักษาตัวเองสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Siam health, 2560) เป็นการดูแลไม่ให้เกิดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจ โดยการรับประทานยาลดไขมันตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อลดการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด รักษาระดับความดันโลหิตสูงไว้ไม่ให้เกิน 130/80 mmHg เลิกสูบบุหรี่หรือควบคุมโรคเบาหวานให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ลดน้ำหนักให้ใกล้เคียงน้ำหนักปกติ หลีกเลี่ยงยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs และ COX-2-Selective Inhibitors เพราะจะทำให้เกิดโรคหัวใจออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้หัวใจทำงานดีขึ้น น้ำหนักลดลง และลดปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ

4. โรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease หรือ Stroke) เป็นภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อย นับเป็นปัญหา

สุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก โรคนี้เป็นสาเหตุของการตายเป็นอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008) ทุกๆ 45 วินาทีจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองอีกทั้งโรคนี้อย่างเป็นสาเหตุของความพิการในผู้ป่วยมากเป็นอันดับ 1 (American Heart Association, 2005) สำหรับ ประเทศไทยนั้น โรคนี้อันตรายของการเสียชีวิตอันดับ 5 และมีแนวโน้มจะสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (นิตยา และ อิศารัตน์, 2553) โดยในปี พ.ศ. 2552 มีอัตราการตายด้วยโรคนี้นี้เท่ากับ 21.04 และในปี พ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นเป็น 38.66 ซึ่งคิดเป็นอัตราการตายต่อประชากรแสนคนเพิ่มขึ้น 1.8 เท่า โดยเฉพาะปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคนี้นี้ 25,114 คน คือเฉลี่ยในทุก 1 ชั่วโมงจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้นี้ประมาณ 3 คน (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2558)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นเหตุให้ประชากรป่วยพิการและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง เบาหวาน การสูบบุหรี่ ภาวะอ้วน และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (อภิวัฒน์, 2559)

5. โรคมะเร็ง

ปัจจุบันนี้ มะเร็งเป็นโรคที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากมีประชากรโลกที่เจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในแต่ละปี มากกว่า 6,000,000 คน คิดเป็นร้อยละ 13 ของการเสียชีวิตของประชากรโลก จากแนวโน้มของสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งดังกล่าวทำให้องค์การอนามัยโลกคาดว่าในปี พ.ศ. 2558 จะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลก เพิ่มขึ้นจากปีละ 10,100,000 คน เป็น 15,700,000 คน และจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้นี้เพิ่มขึ้นเป็นปีละ 10,000,000 คน (American Cancer Society, 2006)

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งทำได้โดยการให้ยาเคมีบำบัด และการฉายรังสี ซึ่งทั้งสองวิธีนี้มักจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเม็ดเลือดขาวชนิด neutrophil ต่ำ (neutropenia) อันจะมีผลให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย และมักจะมีอาการแปรผันรุนแรงตามจำนวนเม็ดเลือดขาวที่ลดลง และระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ (ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2549) ทั้งนี้ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะ neutropenia ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษา ประกอบด้วย 2 ด้าน

ได้แก่ 1) ด้านตัวผู้ป่วยที่อยู่ในวัยสูงอายุ ภาวะโภชนาการระยะและการลุกลามของโรคมะเร็งและโรคร่วม 2) ด้านการรักษา เช่น การได้รับเคมีบำบัดและการรักษาอื่น ๆ ร่วมกัน (Durakovic & Nemet, 2007)

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้น พยาบาลชุมชนจะมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ การตรวจค้นหา มะเร็งในระยะเริ่มแรก และการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคมะเร็งทุกระยะ หากผู้ป่วยมีภาวะ neutropenia จำเป็นจะต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลและต้องดูแลผู้ป่วยเป็นพิเศษในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ เพราะหากผู้ป่วยติดเชื้อแล้วจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น ระยะเวลาอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น มีความวิตกกังวลและความเครียดจากการรักษา และที่สำคัญผู้ป่วยอาจเสียชีวิตจากการติดเชื้อได้ (ทรงเดช และมนพร, 2555)

การสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการ อาจพิจารณานำการสร้างเสริมพลังอำนาจมาใช้ได้ ซึ่งกระบวนการในการสร้างเสริมพลังอำนาจ ตามแนวคิดของ กิบสัน (Gibson, 1995) นั้น แบ่งออกได้เป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง (Discovering reality) เป็นขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นนี้จะทำให้บุคคลค้นพบและยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับตนเอง จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญาการรับรู้ และด้านพฤติกรรมตอบสนองทางด้านอารมณ์ เมื่อแต่ละบุคคลรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ก็จะเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อด้าน วิตกกังวล กระวนกระวาย กลัว โกรธ ซึ่งอาการทั้งหมดเกิดจากที่บุคคลไม่สามารถยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพของความเป็นจริงได้ ความรู้สึกเจ็บปวดที่จะต้องเผชิญ ประกอบกับความไม่เข้าใจในสภาพและความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา ความไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ รวมทั้งการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลที่จะเกิดขึ้นต่อไป ในระยะนี้บุคคลจะรู้สึกคับข้องใจที่จะคิดว่าผู้ป่วยไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพที่ดีได้ แต่ผู้ให้การดูแลจะรู้สึกดีขึ้นหากเปลี่ยนวิธีคิดและมีความหวังว่าผู้ป่วยมีโอกาสที่จะมีอาการที่ดีขึ้น ซึ่งการคิดในลักษณะนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลมีกำลังใจที่ดี

ขึ้น พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

การตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้ เมื่อแต่ละบุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถ หรือไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ก็จะมีการแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้างโดยการหาข้อมูลให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านจากหนังสือ การซักถามข้อมูลจากที่เกี่ยวข้อง หรือผู้ที่มีประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ในระยะนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้จากการแสวงหาจากแหล่งต่างๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย

การตอบสนองทางพฤติกรรม เมื่อแต่ละบุคคลได้รับรู้และตระหนักว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเอง การที่บุคคลคิดว่าการกระทำของตนเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในขณะนั้น พยายามมองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ที่ดี และพยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรู้ชัดเจนว่าปัญหาหรือสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการอย่างแท้จริง คืออะไร เกิดความเข้าใจชัดเจนในการดูแล เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง โดยใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ผ่านมาและประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ ในขั้นนี้บุคคลจะได้รับข้อมูลย้อนกลับและการวิพากษ์วิจารณ์ การกระทำจากบุคคลที่เกี่ยวข้องอาจทำให้รู้สึกสับสนคับข้องใจและไม่มั่นใจ จนในที่สุดผู้ดูแลจะตระหนักได้เองถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นและจะเริ่มเปลี่ยนวิถี การคิด คือ พยายามเปลี่ยนแนวคิดในแง่บวก และคิดว่าปัญหาทุกอย่างสามารถแก้ไขได้

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาและเกิดความคับข้องใจมากขึ้น ก็จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาขึ้น ช่วยให้กลับมามองปัญหา ประเมิน และคิด พินิจพิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมมองต่างๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้บุคคลเกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (A sense of personal control) เป็นกระบวนการเริ่มต้นของกระบวนการเสริมสร้างอำนาจอันจะนำไปสู่ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (Taking charge) ก่อนนั้น บุคคลมีความตระหนักในความเข้มแข็ง เชื่อมั่นในความรู้ของตนเอง การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อควบคุมจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโดยมีเงื่อนไขดังนี้ คือ การส่งเสริม (Avocation for) การเรียนรู้ปัญหา (Learning the ropes) การเรียนรู้ในการคงพฤติกรรม การเจรจาต่อรองเกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาล การสร้างความรู้สึกร่วมกัน เป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องมีการรับรู้ และมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการตัดสินใจในการรักษาและทราบผลที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพของตนเอง โดยบุคคลพยายามแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัยประกอบการพิจารณาในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพ ต้องการการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ ต้องการการมีส่วนร่วมสุขภาพ ช่วยให้ การตัดสินใจในการแก้ปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้นและมีความมุ่งมั่นไปสู่เป้าหมายด้วยตนเอง

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เป็นขั้นตอนที่บุคคลมีความสามารถในตนเองมีความเชื่อมั่น รู้สึกมีพลังอำนาจในการจัดการสิ่งต่างๆ ที่เปลี่ยนไปตามสถานการณ์ และจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการแก้ปัญหาไว้ใช้ในครั้งต่อไป จะเห็นได้ว่าขั้นตอนแต่ละขั้นตอนดังกล่าวในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีความสามารถเกิดความเชื่อมั่นในพลังอำนาจ ที่จะทำให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานได้อย่างบรรลุเป้าหมาย ซึ่งการที่แต่ละบุคคลสามารถผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยเช่นกัน

สรุปจากแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นกระบวนการการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการใช้ความรู้ความสามารถควบคุมและจัดการ ตลอดจนการตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งที่เหมาะสมต่อตนเองอย่างมีคุณค่าตามเป้าหมายที่ได้วางไว้ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจลงมือปฏิบัติตามความเหมาะสมกับตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมี

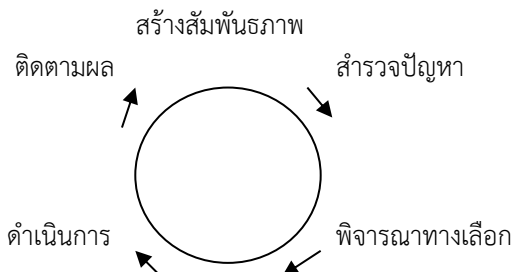
คุณค่า มีประสิทธิภาพ มีอำนาจในการควบคุมอย่างเชื่อมั่น ในการดูแลสุขภาพตนเอง

การให้คำปรึกษา (Counseling)

การให้คำปรึกษา (Counseling) อาจกระทำที่สถานบริการหรือที่บ้านในขณะที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้ ซึ่งการให้คำปรึกษานั้น หมายถึง กระบวนการที่ใช้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) กับผู้รับคำปรึกษา (Client) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นในเชิงพฤติกรรมและสุขภาพจิต (นงพงา, 2550) โดยผู้ให้คำปรึกษาจะต้องผ่านการอบรมและมีประสบการณ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยจึงจะสามารถใช้ความรู้ความสามารถและทักษะต่างๆ เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง วัตถุประสงค์ของการให้คำปรึกษา คือ ช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาสามารถเข้าใจตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น สามารถเผชิญปัญหาที่ประสบอยู่ได้โดยใช้ทักษะในการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม สามารถวางแผนชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาศักยภาพของตนเองได้เต็มขีดความสามารถ

ส่วนใหญ่ผู้ขอรับคำปรึกษา มักจะขอความช่วยเหลือจากเราด้วยปัญหาหลักๆ ที่พบบ่อย ได้แก่ 1) ปัญหาเรื่องทางกายจากการดำรงชีวิต เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีอาหาร เจ็บป่วยด้วยโรคทางกายเรื้อรัง 2) เรื่องทางจิตใจ เช่น เกิดความทุกข์ใจต่างๆ 3) เรื่องจากสิ่งแวดล้อม เช่น ปัญหาจากภัยพิบัติทางธรรมชาติ การพลัดพราก สูญเสียบุคคลที่รักหรือทรัพย์สิน ทำให้เกิดความเครียดสูง เป็นต้น

การให้คำปรึกษาแบ่งได้ 2 ระดับ ได้แก่ ระดับการแก้ปัญหา และระดับการพัฒนาจิตใจ ดังรูปที่ 1 ต่อไปนี้



รูปที่ 1 การให้คำปรึกษาและระดับการแก้ปัญหา

เป้าหมายของการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษานอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้แล้ว ยังพัฒนาจิตใจของผู้ขอรับคำปรึกษาไปพร้อมๆ กันได้ด้วย อันจะส่งผลให้ผู้รับบริการมีจิตใจเข้มแข็งขึ้น สามารถแก้ปัญหาชีวิตได้โดยยังคงรักษาสมดุลในจิตใจไว้ได้ เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเสียหรือการเจ็บป่วยทางจิตได้ดีขึ้น ซึ่งเป้าหมายในการพัฒนาจิตใจของผู้รับบริการให้ดีขึ้นนั้น ได้แก่ 1) ทัศนคติในตนเอง 2) สามารถตอบสนองความต้องการด้วยตนเองได้ 3) สามารถตัดสินใจด้วยตัวเองได้ดียิ่งขึ้น 4) สามารถมีความสุขในจิตใจได้มากขึ้น

นอกจากนี้การให้คำปรึกษายังช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับต่างๆ ของจิตใจได้ด้วย เช่น 1) ความคาดหวัง/ความต้องการ 2) อารมณ์ความรู้สึก และ 3) พฤติกรรม ทั้งนี้เราสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาจิตใจของผู้รับบริการได้ด้วยการพูดคุยกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับบริการ โดยเริ่มต้นด้วยการเตรียมตัวของผู้ให้คำปรึกษาให้พร้อมแล้วดำเนินการตามขบวนการคร่าวๆ ดังนี้ 1) สร้างความสัมพันธ์เชื่อมโยง 2) สำรวจผลกระทบของปัญหาที่มีต่อจิตใจ 3) ทำการแก้ไขผลกระทบต่อจิตใจที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการต่างๆ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในจิตใจของผู้รับบริการ 4) ผู้ให้คำปรึกษาอาจศึกษาวิธีการให้คำปรึกษาจากวิดีโอที่บันทึกการสาธิตจากผู้เชี่ยวชาญแล้วนำมาใช้ในการให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการด้วยตัวเองต่อไปได้ด้วย นอกจากนี้การให้คำปรึกษาและเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองและการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ยังมีทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคลและการให้คำปรึกษากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Self help group) ซึ่งควรยึดหลักที่สำคัญ คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้ป่วยคงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุน การให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ (สุพัตรา และคณะ, 2553)

การจัดการกับความเครียด (Stress Management)

ปกติเมื่อคนเราเกิดความเครียด (Stress) จากสาเหตุดังกล่าวข้างต้น บุคคลจะต้องปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Stressful Event) ต่างๆ หากปรับตัวได้ดีบุคคลก็จะกลับเข้าสู่ภาวะปกติแต่

ทว่าหากไม่สามารถปรับตัวรับความเครียดดังกล่าวได้ บุคคลจะประสบกับภาวะวิกฤต (Crisis) ซึ่งเป็นภาวะที่บุคคลเสียสมดุลภายในจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือรับรู้ว่ามีสิ่งคุกคามตนเองและบุคคลใช้กลไกในการเผชิญปัญหาแล้วไม่ได้ผล ทำให้อยู่ในสภาวะเสียสมดุล มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น (Stuart, 2005)

เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิต (Mental illness) อันมีสาเหตุมาจากความเครียดสูงมาเป็นระยะเวลานานจนเกิดภาวะวิกฤตดังกล่าว การจัดการกับความเครียด (Stress management) อย่างถูกต้องเหมาะสมจะเป็นเสมือนเกราะป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้

การจัดการกับความเครียด (Stress management) หมายถึง การใช้เทคนิคต่างๆ ที่หลากหลายเพื่อบำบัดทางจิตในการควบคุมระดับความเครียดของบุคคล โดยเฉพาะความเครียดเรื้อรัง ตามปกติแล้วมีจุดประสงค์ในการแก้ไขการทำงานที่ของบุคคลในแต่ละวันให้ดีขึ้น (Wikipedia, 2016)

อีกนัยหนึ่ง การจัดการกับความเครียด คือ การดูแลทุกสิ่งทุกอย่างที่เกี่ยวกับวิถีชีวิต ความคิด อารมณ์ และวิธีการจัดการกับปัญหาของบุคคล (Robinson et al., 2016)

ความเครียดนั้นนำมาซึ่งอาการทางกายและอาการทางจิตหลายประการ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด อาการเหล่านี้อาจทำให้เสียสุขภาพและเกิดภาวะซึมเศร้า (Depression) ได้ กระบวนการจัดการกับความเครียดจึงเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะทำให้บุคคลมีความสุขและประสบความสำเร็จในชีวิตท่ามกลางสังคมในยุคปัจจุบันนี้ (Wikipedia, 2016) แม้ว่าชีวิตคนเราจะมีความต้องการมากมายที่ทำให้ยากต่อการรับมือกับมัน แต่ทว่ายังมีวิธีการจัดการกับความเครียดหลายวิธีที่จะช่วยลดความวิตกกังวลและคงความผาสุก (Well-being) ในภาพรวมของคนเราไว้ได้

เทคนิคในการจัดการกับความเครียดในทางปฏิบัติมีหลายวิธี เช่น การฝึกจิต การฝึกสมาธิ วิปัสสนา การสูดลมหายใจเข้าออกลึกๆ การฝึกโยคะ การอ่านนวนิยาย การสวดมนต์ เทคนิคการผ่อนคลายต่างๆ การใช้อารมณ์ขัน การออกกำลังกาย การนวดสปา การบำบัดทางเสียง การบริหารเวลา การวางแผนและการตัดสินใจ

การฟังดนตรีเบาๆ คลายเครียด และการใช้เวลาว่างอยู่กับสัตว์เลี้ยง เป็นต้น บางวิธีใช้สำหรับนักวิชาชีพทางด้านสุขภาพเท่านั้น ส่วนที่เหลือสามารถใช้ได้ในบุคคลทั่วไปเพื่อช่วยลดความเครียดได้ ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกทางบวกและสามารถควบคุมชีวิตของตนเองและส่งเสริมให้เกิดความผาสุกทุกๆ ไปในชีวิตได้

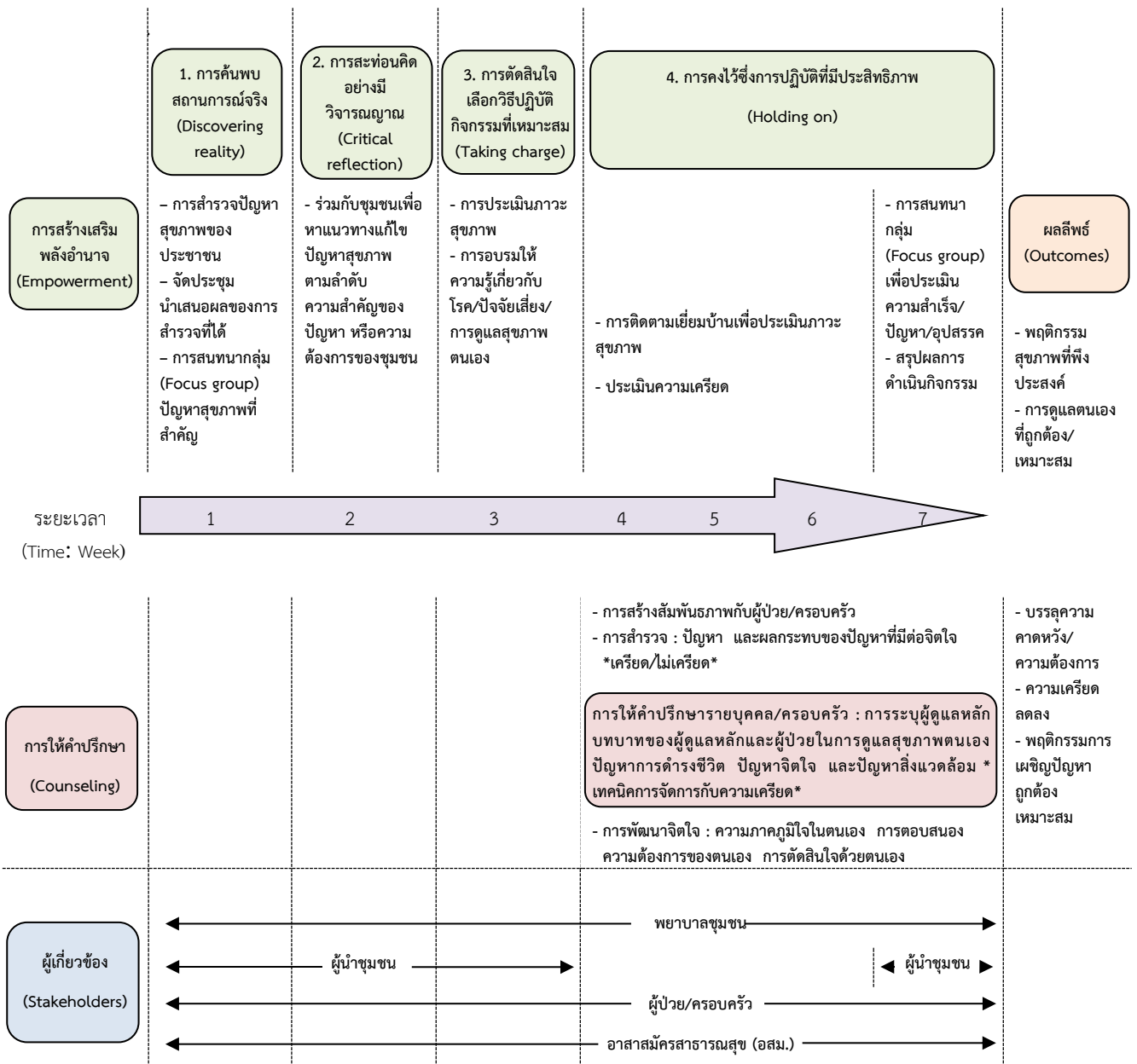
รูปแบบการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ

วิธีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมพลังอำนาจ ผู้รับบริการในชุมชนนั้น ควรมีการดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลชุมชน ประชาชนในชุมชนเป้าหมาย และองค์กรที่เกี่ยวข้อง โดยการสำรวจปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชนเบื้องต้น หากพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพจึงพิจารณาใช้กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจเข้าไปใช้ในการดำเนินการ โดยมีจุดประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้เป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น เช่น การจัดประชุมประชาชนเพื่อนำเสนอปัญหาสุขภาพของชุมชนที่กระทบต่อปัญหาของส่วนรวม จากนั้นอาจรณรงค์ขอความร่วมมือจากประชาชนที่สนใจเข้าร่วมโครงการสร้างเสริมพลังอำนาจ โดยสถานที่อาจใช้สถานที่ตามความเหมาะสม เช่น ศาลากลางบ้านในการจัดกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบคัดกรองต่างๆ การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหรือปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้อง จากนั้นจึงติดตามประเมินผลโดยการเยี่ยมบ้านและประเมินปัญหาสุขภาพด้วยแบบคัดกรองซ้ำ โดยใช้เวลาห่างไม่ต่ำกว่า 1 สัปดาห์ ตามความเหมาะสม จนกระทั่งสิ้นสุดการดำเนินงานซึ่งใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 7 สัปดาห์ จึงสรุปประเมินผลความสำเร็จของโครงการต่อไป

ในระหว่างการจัดกิจกรรมสร้างเสริมพลังอำนาจ แก่กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการดังกล่าวเราอาจพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวอาจเกิดความเครียดจากปัญหาต่างๆ ในการดำเนินชีวิตของตนเอง (รณชิต และคณะ, 2556) และจากสัมพันธภาพระหว่างญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยที่มีความคิดเห็นไม่ตรงกัน (Disagreement or Conflicts) ของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อแผนการรักษาผู้ป่วย รวมทั้งเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดความเครียดในครอบครัว และส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลลดลงได้ จากการประเมิน

ความต้องการของญาติผู้ดูแล พบว่า ในครอบครัวผู้ป่วย เรื้อรังบางรายมีผู้ดูแลหลายคน บางรายไม่มีผู้ดูแล พยาบาลที่จะเข้าไปให้ความช่วยเหลือจึงต้องใช้ทักษะ การสื่อสารที่ดี และควรเป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนการ ระบุญาติผู้ดูแลหลักตามบริบทตามบริบทของครอบครัว นั้นๆ ด้วย (National Cancer Institute, 2013 อ้างถึงใน วารุณี, 2014) การให้คำปรึกษาแก่ญาติผู้ป่วยเรื้อรังนั้นมีส่วนช่วยเหลือให้ครอบครัวบรรเทาจากความเครียดที่ เผชิญอยู่ดังเช่นการศึกษาของ ขนิษฐา (2553) ที่ได้ศึกษา

ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงต่อ ความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคมะเร็ง ซึ่งจัดเป็นโรค เรื้อรังอย่างหนึ่ง พบว่า ญาติสามารถลดความเครียดลงได้ การสร้างเสริมพลังอำนาจอาจผสมผสานเข้า กับกระบวนการให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการที่บ้าน เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังในการ จัดการกับความเครียดในระหว่างการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้ ดังรูปที่ 2 (ดัดแปลงจาก รินดา และคณะ, 2556)



รูปที่ 2 การผสมผสานแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจเข้ากับกระบวนการให้คำปรึกษาสำหรับครอบครัวผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน

บทสรุป

การให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีความเครียดจากการเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนนั้น พยาบาลจิตเวชชุมชนอาจนำกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจร่วมกับการให้คำปรึกษาไปประยุกต์ใช้เพื่อลดความเครียดแก่ผู้รับบริการได้ โดยการให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วม นอกจากนี้อาจมีการดำเนินการร่วมกับเครือข่ายที่ให้การดูแลสุขภาพและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จะส่งเสริมศักยภาพให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตมีความสามารถในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองได้ดีขึ้นได้อย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

ควรนำแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจและการให้คำปรึกษาไปใช้ในการให้บริการสุขภาพจิตชุมชนที่ประสบปัญหาความเครียดจากสาเหตุต่างๆ ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา เกียรติกานนท์. 2560. อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและระบบหลอดเลือด. สืบค้นเมื่อ 25 มีนาคม 2560. จาก http://www.teacher.ssru.ac.th/kanchana_ki/pluginfile.php/248/block_html.
- ชนิษฐา วงสุก. 2553. ผลของการให้คำปรึกษากลุ่มแบบเผชิญความจริงต่อความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ขวัญตา บุญวาศ วรารัตน์ ทิพย์รัตน์ ปรีดา สาราลักษณ์ โสภิต สุวรรณเวลา และสดศรี ประทุม. 2559. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมในเขตเทศบาลนครตรัง. 2559. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 26(3): 144-157.
- ทรงเดช ประเสริฐศรี และมนพร ชาติขำนิ. 2555. การศึกษาภาวะ Neutropenia ในผู้ป่วยที่ได้รับ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและ/หรือรังสีรักษา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ รัษฎบุรี จังหวัด

ปทุมธานี. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 35(4): 102-108.

- ธณินทร์ กองสุข สุวรรณมา อรุณพงศ์ไพศาล วชิระ เพ็งจันทร์ เกษราภรณ์ เคนบุปผา พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ รุ่งมณี ยิ่งยีน สุพัตรา สุขาวห จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน และศิริจันทร์ สุขใจ. 2552. ความชุกของโรคซึมเศร้าในคนไทย: ผลจากการสำรวจระดับชาติ ปี 2551. สืบค้นเมื่อ 19 มีนาคม 2560. จาก <http://www.dmh.go/downloadportal/Moebidity'Depress2551.pdf>.
- นงพงา ลีสุวรรณ. 2550. การให้คำแนะนำปรึกษา. ใน มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์ (บก.). จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. (น. 381-392). กรุงเทพฯ: บริษัท ปียอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์ จำกัด.
- นิตยา พันธุ์เวทย์ และธิดารัตน์ อภิญญา. 2553. ประเด็นสารณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก. กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- ปันทสุ หาระบุตร. 2552. ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอโคกเจริญ จังหวัดลพบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ปาริชาติ เพ็ญสุวรรณ และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. 2555. การจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 35(3): 26-36.
- ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. 2558. สืบค้นเมื่อ 25 มีนาคม 2560. จาก <http://www.med.mahidol.ac.th/ramamental/general/ledge/general/09042014-0924>.
- รณชิต สมรรถนะกุล อรพรรณ อุดมพร กุมาลีพร ตรีสอน และปัทมา คัชรินทร์. 2556. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนเกาะราชสามัคคี ตำบลบ้านเกาะ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล.

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย. 2549. **แนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะ Febrile neutropenia ในผู้ป่วยมะเร็ง.** สืบค้นเมื่อ 28 มีนาคม 2560. จาก <http://www.thaipediatics.org/detailjournal.php?journalid=99>

รินดา เจาประเสริฐพันธุ์ วรวรรณ์ ทิพย์วาริรัมย์, นงนุช โอบะ และเอื้อมพร หลินเจริญ. 2556. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษาต่อพฤติกรรมกาสูบบุหรี่ และระดับก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจของผู้สูบบุหรี่. **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ.** 7(3): 37-46.

โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. 2560. **โรคเบาหวาน.** สืบค้นเมื่อ 25 มีนาคม 2560. จาก <http://www.bumrungrad.com/th/diabetes-care-center-treatment-bangkok-thailand/condition/diabetes>.

วารุณี มีเจริญ. 2014. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. **รามาริบัติพยาบาลสาร.** 20(1): 10-22.

วิชัย เอกพลากร หทัยชนก พรอคเจริญ กนิษฐา ไทยกล้า และวารารณ์ เสถียรนพแก้ว. 2559. **การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.**

วิทยา ไชยธีระพันธ์. 2553. **ใครว่า! เป็นโรคหัวใจแล้ว ออกกำลังกายไม่ได้.** สืบค้นเมื่อ 25 มีนาคม 2560, จาก <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=660>.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2555. **ก้าวสู่ทศวรรษที่ 2: สร้างสรรค์สังคมสุขภาพะเพื่อประโยชน์สุขของทุกคน.** รายงานประจำปี 2555.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร. 2559. **แผนงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)** สืบค้นเมื่อ 28 ตุลาคม 2559. จาก http://www.skko.moph.go.th/dward/document_file/ncd/ncd_media_link/20130122143129_2086141692.doc.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2554. **สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2554.**

สืบค้นเมื่อ 25 มีนาคม 2560. จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/สถิติสาธารณสุข.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2558. **สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558.** สืบค้นเมื่อ 25 มีนาคม 2560. จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/สถิติสาธารณสุข.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. 2558. **จำนวนอัตราตายโรคไม่ติดต่อ และการบาดเจ็บ ประจำปีงบประมาณ 2557 จำแนกตามเขตสุขภาพและจำแนกตาม สคร. 12 เขต.** สืบค้นเมื่อ 25 มีนาคม 2560. จาก <http://www.thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร สดางค์ ศุภผล ทศนีย์ ญาณะ รัชดา พิพัฒน์ศาสตร์ อรอนงค์ ดิเรกบุษราคม ผลการ์ตัน ฤทธิศรีบุญ และพฤกษา บุกบุญ. 2553. **การจัดการความรู้ และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง.** (พิมพ์ครั้งที่ 1). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพรินติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.

อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์. 2559. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน. **วารสารกองการพยาบาล.** 43(3): 149-168.

American Cancer Society. 2006. **Fever and neutropenia treatment guidelines for patients with cancer version II.** Retrieved March 28, 2017, from http://www.nccn.org/patients/patient_gls/english_fever_and_neutropenia/1_introduction.asp.

American Heart Association. 2005. Guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. **Circulation.** 112(4): 1-203.

American Heart Association. 2011. Heart disease and stroke statistics 2011 update: A

- report from the American heart association. **Circulation**. 123: c18-c209.
- Durakovic, N. and Nemet, D. 2007. Therapeutic approach to a patient with febrile neutropenia. **Lijec Vjesn**. 129(10-11): 344-50.
- Gibson, G.H. 1995. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. **Journal of Advanced Nursing**. 21(2): 1201-1210.
- Kaplan, N.R., Victor, R.G. 2009. **Kaplan's clinical hypertension**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin.
- King, C.R. and Hind, P.S. 2012. **Quality of life from nursing and patient perspectives: Theory, Research, Practice**. (3rd ed.). Sudberry: Jone and Barlett.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. 2008. **Stroke diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischemic attack**.
- Robinson, L., Smith, M. and Segal, R. 2016. **Stress Management: Tips for Getting Your Stress under Control for Good. Helpguide**. Retrieved October 28, 2016, from <http://www.helpguide.org/articles/stress/stress-management.htm>
- Siamhealth. 2017. การรักษาโรคหัวใจที่บ้าน. สืบค้นเมื่อ 25 มีนาคม 2560. จาก http://www.siamhealth.net/public_html/Disease/heart_disease/acs/home
- Stuart, G.W. 2005. **Handbook of Psychiatric Nursing**. (6th ed.) United States of America: Elsevier Inc.
- Walker, M., Walker, L. and Jayapaul, M.K. 2008. Type 2 diabetes in families diabetes prevention. **European Diabetes Nursing**. 5(2): 52-59.
- Wikipedia. 2016. **Stress Management Wikipedia**. Retrieved October 28, 2016. from https://en.wikipedia.org/wiki/Stress_management.
- Zimmet, P., Shaw, J. and Alberti, K.G. 2003. Preventing type2 diabetes and the dysmetabolic syndrome in the real world: a realistic views. **Diabetes Medicine**. 20(9): 693-702.