

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการเสริมพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. มะเร็งตับและท่อน้ำดีกับการรักษา
2. ทฤษฎีการปรับตัวของรอย
3. แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. มะเร็งตับและท่อน้ำดีกับการรักษา

1.1 อุบัติการณ์ของโรค

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ. 2543 ทั่วโลกจะมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด 22.4 ล้านคนและมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 10.1 ล้านคนในทุก ๆ ปี ในปี พ.ศ. 2563 จะมีคนตายด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็น 10 ล้านคน ซึ่งจำนวนผู้เสียชีวิตมักเกิดในประเทศกำลังพัฒนามากกว่า 7 ล้านคน (เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล, 2548) สำหรับประเทศไทยปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายมากเป็นอันดับหนึ่งของประชากร อัตรา 73.9 ต่อแสนประชากร ในปี 2546 และมีแนวโน้มสูงขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2547)

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มะเร็งตับพบมากเป็นอันดับหนึ่ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอายุระหว่าง 35-60 ปี พบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยอัตราการเจ็บป่วย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จาก 39.9 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2544 และเพิ่มเป็น 51.6 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2545 (สถิติสาธารณสุข, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาอุบัติการณ์มะเร็งประชากรของจังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2544-2546 พบว่ามะเร็งตับเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง พบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง อุบัติการณ์ (ASR world) เท่ากับ 50.4 และ 27.8 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี, 2548) รวมทั้งการศึกษาอุบัติการณ์มะเร็งประชากรของจังหวัดอุดรธานี ปี พ.ศ. 2541-2543 พบอุบัติการณ์สูงมากเป็นอันดับหนึ่งทั้งเพศชายและเพศหญิง เช่นเดียวกับอุบัติการณ์ (ASR world) เท่ากับ 109 และ 48 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (ศูนย์มะเร็งอุดรธานี, 2548) ดังนั้น นับว่าโรคมะเร็งตับเป็นปัญหาที่สำคัญของประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์ เมื่อมีอาการหรือการดำเนินของโรคที่อยู่ในระยะลุกลามแล้ว เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีวิธีการที่ตรวจพบโรคนี้ได้ในระยะเริ่มแรก ประกอบกับปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาใดที่ได้ผลดี การรักษาส่วนใหญ่ไม่ได้ทำให้โรคหายขาด แต่เน้นที่การรักษาแบบประคับประคองที่มุ่งหวังให้หยุดยั้งโรคมะเร็งให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งการอยู่ยาวนานไม่ใช่หาย ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ดังนั้นพยาบาลในฐานะทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงควรมี

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งกับการรักษา เพื่อสนับสนุนและให้กำลังใจเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วย ส่งเสริมการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีในเวลาที่เหลืออยู่

1.2 สาเหตุและพยาธิสรีรวิทยาของมะเร็งตับและท่อน้ำดี

1.2.1 มะเร็งตับ (Hepatocellular carcinoma: HCC) สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่นอนแต่พบว่า มีความสัมพันธ์กับตับอักเสบเรื้อรัง ตับแข็ง การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบดีและสุรา (ชุดิมา ประมูลสินทรัพย์, 2544; เฟื่องเพชร เกียรติเสวี, 2544) แต่ HCC ไม่จำเป็นต้องมีโรคตับแข็งมาก่อนทุกราย เพราะยังมีร้อยละ 10-30 ของ HCC ที่มีสาเหตุมาจากปัจจัยอื่น (เฟื่องเพชร เกียรติเสวี, 2544) เช่น การได้รับสารก่อมะเร็ง (Hepatic carcinogen) เช่น aflatoxin หรือ nitrosamine จะเป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิด mutation ของเซลล์และกลายเป็นมะเร็งในที่สุด นอกจากนี้ การใช้ androgenic steroids ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดมะเร็งตับ (จิตชม สุวรรณน้อย, 2543)

ก้อนมะเร็งอาจเป็นก้อนเดี่ยว หรือก้อนเล็ก ๆ หลายก้อนที่มีการแพร่กระจายในตับ (จิตชม สุวรรณน้อย, 2543; Koea & Fong, 2001) พบเป็นชนิด adenocarcinoma เซลล์ต้นเกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อร่างกายรับสารก่อมะเร็งเข้าสู่ตับ มีการทำลายของเซลล์ตับ (Cell injury) (ปริยา รอดปริชา และ ยุพาวรรณ ศรีสวัสดิ์, 2541; เฟื่องเพชร เกียรติเสวี, 2544) และมีการเปลี่ยนแปลงจากรูปแบบเดิมเป็นรูปแบบอื่น ๆ หลายรูปแบบ อาจมีขนาดใหญ่ หรือขนาดเล็ก เซลล์มีการเจริญเติบโตรวดเร็ว แบ่งตัวอย่างรวดเร็ว เลื้อยไปเลี้ยงเซลล์น้อยลง ทำให้เกิดเนื้องอก เกิดน้ำคั่ง มีกรดน้ำดีและเกลือน้ำดีเพิ่มขึ้น เกิดการระคายเคืองร่วมกับการมีสารก่อมะเร็งกระจายอยู่ในตับทำให้เกิดเป็นมะเร็งขึ้น (ปริยา รอดปริชา และ ยุพาวรรณ ศรีสวัสดิ์, 2541)

บางรายมีการกระจายของมะเร็งไปทั่วตับ โดยกระจายไปรอบ ๆ ตับตาม parasinoidal ของตับไปหลอดเลือดดำที่ portal vein และกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง เลือดจำนวนมากที่หล่อเลี้ยงตับและระบบการไหลเวียนของน้ำเหลืองในตับ จะเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่ช่วยให้เซลล์มะเร็งในตับเจริญเติบโตได้ดีและแพร่กระจายไปสู่ส่วนต่าง ๆ ในร่างกายได้ ซึ่งการลุกลามของเซลล์มะเร็งเริ่มแรกมักไปสู่ที่ กระเพาะอาหาร ลำไส้ใหญ่ ตับอ่อน ปอด คอหอยและกระเพาะปัสสาวะ เซลล์มะเร็งจะค่อย ๆ ลุกลามในเซลล์ตับ ขณะเดียวกันตับยังคงทำหน้าที่ได้ตามปกติ ในบางรายเกิดอาการตับแข็งเกิดขึ้น มะเร็งที่ลุกลามมักทำให้เกิดตับล้มเหลวขึ้นได้ ตามปกติจะมีปุ่มเล็ก ๆ (Nodules) เกิดขึ้นมากมายในตับ ซึ่งลักษณะดังกล่าวที่ปรากฏมักเป็นระยะสุดท้ายของโรคมะเร็งตับและผู้ป่วยส่วนมากมักเสียชีวิตจากภาวะตับวาย (จิตชม สุวรรณน้อย, 2543)

1.2.2 มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma: CHCA) เป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงของตับที่เจริญมาจากเซลล์เยื่อบุผนังของท่อน้ำดีเกิดขึ้นได้ทั้งภายในตับและภายนอกตับ ซึ่งสาเหตุที่แท้จริงยังไม่มีการพิสูจน์ให้ทราบอย่างแน่ชัดแต่พบว่า พยาธิใบไม้ตับ อุปนิสัยการบริโภคอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ และ nitrosamine มีความสัมพันธ์กับการเกิด CHCA (ชุดิมา ประมูลสินทรัพย์, 2544; เฟื่องเพชร เกียรติเสวี, 2544; Vatanasapt & Sripa, 2000) กลไกการเกิดพบว่า พยาธิใบไม้ในตับจะก่อให้เกิดการระคายเคืองผนังท่อน้ำดี โดยการใช้ปากเกาะผนังท่อน้ำดีในการเคลื่อนไหว เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยมีการงอกเกิน (Hyperplasia) และการงอกขยาย (Proliferation) ของเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดีและมีการเปลี่ยนแปลงจนไม่สามารถกลับมาเป็นเซลล์ปกติ แต่เซลล์เหล่านี้ไม่สามารถกลายเป็นเซลล์มะเร็งได้ด้วยตัวมันเอง การคั่งของกรดน้ำดีและเกลือน้ำดีทั้งในน้ำดีและกระแสเลือดจะเป็นตัวกระตุ้นสาร nitrosamine ที่ได้รับโดยไม่ถูกทำลายด้วยความร้อน ทำหน้าที่เป็นสารก่อมะเร็งซึ่งเป็นอันตรายต่ออวัยวะให้เกิด

การผ่าเหล่าและการแบ่งเซลล์ที่ผิดปกติมากขึ้นจนกลายเป็นเซลล์มะเร็ง (Vatanasapt et al., 1999; Nguyen et al., 1992 อ้างถึงใน รัตนา ฐาตุอาภรณ์, 2543) นอกจากนี้การเกิดโรคนี้อย่างสัมพันธ์กับ การติดเชื้อเรื้อรัง โรคที่เป็นสาเหตุเสี่ยงต่อการเกิด CHCA ได้แก่ primary sclerosis cholangitis, ulcerative colitis, choledochal cysts, hepatolithiasis (นี้ในตับ) ซึ่งพบน้อยในไทย (ชงยุทธ ศิริวัฒนอักษร, 2545)

จากการศึกษาพบมะเร็งที่ตับและที่ท่อน้ำดีส่วนปลายได้มากกว่าทางเดินน้ำดีที่อยู่ในตับ ตับเนื้องอกจะแข็งตะปุ่มตะป่ำแบบ scirrhous แบบ infiltrating พบได้น้อย แบบ papillary พบได้น้อยที่สุด แบบที่จะทำให้เกิดการอุดตันของทางเดินน้ำดี คือ แบบ scirrhous และแบบ infiltrating การกระจายของมะเร็งท่อน้ำดีที่พบบ่อยคือ มีการกระจายไปในชั้น subepithelial ของผนังของท่อน้ำดี การลุกลามของมะเร็งออกไปโดยตรง อาจจะกินลึกเข้าไปในหลอดเลือดดำพอร์ทัล หลอดเลือดแดง hepatic ตับอ่อน ดูโอเดอัมและถุงน้ำดี จุดแรกที่มะเร็งจะกินลึกเข้าไปคือ ต่อมลำไส้เล็กรอบ ๆ ท่อน้ำดีและต่อจากนั้นจะไปต่อมน้ำเหลืองที่ตับอ่อน ดูโอเดอัม celiac และ superior mesenteric การกระจายของมะเร็งเข้าไปในเนื้อตับทั่ว ๆ ไปพบได้น้อยเหมือนกัน (ชิดชม สุวรรณน้อย, 2543)

1.3 อาการ-อาการแสดง และการตรวจวินิจฉัยโรค

1.3.1 อาการ-อาการแสดง

1) อาการของมะเร็งตับ อาการส่วนใหญ่จะเป็นไปอย่างช้า ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกมักจะไม่มีอาการ หรือถ้ามีก็น้อยจนไม่เป็นที่สนใจของผู้ป่วย ดังนั้นจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งตับนั้นมักจะมาหาแพทย์ในระยะที่เป็นมากแล้วเสมอ ทำให้โอกาสที่จะรักษาโดยการผ่าตัดนั้นน้อยมาก (อรพรรณ ชินะภัก & ยุทธนา ศตวรรษารัง, 2541) ผู้ป่วยมักจะมีอาการปวดท้องคือ ๆ บริเวณใต้ชายโครงขวา หรือลิ้นปี่ อาจมีร้าวไปที่หลัง ตรวจพบก้อนที่ท้อง ตับแข็งเป็นตะปุ่มตะป่ำและพบ friction rub หรือ vascular bruit ได้ที่ตำแหน่งเหนือตับ มีไข้ต่ำ ๆ ตาตัวเหลือง ท้องมาน ถ้าอาการรุนแรงอาจพบมี portal hypertension จนถึง hepatic encephalopathy ได้ อาการโดยทั่ว ๆ ไปของมะเร็งจะมีน้ำหนักลด ร่างกายผอมลงรวดเร็ว อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร (ชิดชม สุวรรณน้อย, 2543)

2) อาการของมะเร็งท่อน้ำดี ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่มักเสียชีวิตอย่างรวดเร็วหลังทราบการวินิจฉัยโรค เนื่องจากยังไม่มีวิธีการใดที่ตรวจพบโรคนี้ในระยะเริ่มแรกได้อย่างเฉพาะเจาะจง (Olines & Erlich, 2004) มีอาการคล้ายโรคแผลในกระเพาะอาหาร ลักษณะอาการของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่พบบ่อย คือ อาการตาเหลืองตัวเหลืองจากการอุดตันของท่อน้ำดี ซึ่งพบได้ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ปวดท้องใต้ชายโครงขวาและลิ้นปี่ จากการที่ท่อน้ำดีอุดตันและมีการอักเสบหรืออาจมีไข้ (Vatanasapt et al., 1999) ลักษณะพิเศษของมะเร็งท่อน้ำดีจะโตช้า ๆ และลุกลามไปอวัยวะข้างเคียงบางครั้งจะกระจายเต็มช่องท้อง (วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, 2545) จนกระทั่งผู้ป่วยเข้าสู่ระยะที่ 3 หรือ ระยะที่ 4 จึงจะแสดงอาการปวดแน่นใต้ลิ้นปี่ เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ซีด ตับโต ตาเหลืองตัวเหลือง มีไข้คันตามร่างกาย เกิดอาการติดเชื้อบริเวณทางเดินน้ำดี (สุพจน์ คำสะอาด, 2544; Ghosson & Bacon, 1993) ส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์เมื่อมีอาการลุกลามมาจนถึงระยะสุดท้ายแล้ว ซึ่งไม่เหมาะต่อการผ่าตัดรักษา (ณรงค์ ขันดีแก้ว, 2548)

จะเห็นได้ว่า อาการของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ส่วนใหญ่จะเป็นไปช้า ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกมักจะไม่มีอาการ หรือถ้ามีก็น้อยจนไม่เป็นที่สนใจของผู้ป่วย ดังนั้นทำให้ผู้ป่วยมักมาหาแพทย์ในระยะที่เป็นมากแล้วเสมอ อาการที่รุนแรงจากพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ส่งผลต่อการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพตามมาได้

1.3.2 การตรวจวินิจฉัย โดยการซักประวัติและตรวจร่างกาย พบอาการและอาการแสดงดังกล่าว ร่วมกับการประเมินผู้ป่วยทางคลินิกที่ใช้กันทั่วไปคือ 1) *การตรวจสมรรถภาพของตับ (Liver function test)* ค่า liver enzyme คือ Serum Aspartate Aminotransferase (AST), Serum Alanine Aminotransferase (ALT) และ Serum Alkaline Phosphatase (ALP) 2) *การตรวจหาสารบ่งชี้มะเร็ง (Tumor marker)* เช่น Serum Alpha Foeoprotein (AFP) ช่วยในการวินิจฉัยโรคมะเร็งตับ ส่วนมะเร็งท่อน้ำดีใช้ Carcinoembryonic antigen (CEA) และ Carbohydrate Antigen (CA19-9) ในการวินิจฉัยโรค แต่ยังมีข้อจำกัดอยู่ที่ความแม่นยำและความไวของการตรวจ (Kuntz, 2006) นอกจากนี้สามารถดูระดับ Billirubin, Serum Albumin และค่า Cholesterol จากผลการอุดตันของท่อน้ำดีได้ (วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, 2539) 3) *การตรวจปัจจัยเสี่ยง (Risk factor marker)* ได้แก่ ไวรัสตับอักเสบบี และซี (Hepatitis marker) และพยาธิใบไม้ในตับ (Opisthorchis viverrini marker) (สุวรรณี มหาวิวัฒน์, 2545) 4) *การตรวจทางรังสี* ปัจจุบันการตรวจ Ultrasonography (US), Computed Tomography (CT), Magnetic Resonance Imaging (MRI), Magnetic Resonance Cholangiopancreatography (MRCP), Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP), Angiography ช่วยในการวินิจฉัยโรคของตับและทางเดินน้ำดีได้รวดเร็วและถูกต้องแม่นยำได้มากขึ้น (Kuntz, 2006) 5) *การส่องกล้องตรวจภายในช่องท้อง (Peritoneoscopy)* การส่องกล้องตรวจภายในช่องท้อง สามารถช่วยในการวินิจฉัยชนิดของมะเร็งตับได้ โดยจะสามารถมองเห็นก้อนมะเร็งบนผิวตับได้ สามารถบอกว่ามีตับแข็งร่วมด้วยหรือไม่ นอกจากนี้ยังสามารถตรวจสอบการแพร่กระจายไปยังอวัยวะใกล้เคียงในช่องท้องได้ (Sripa et al., 1990) 6) *การตรวจพยาธิชิ้นเนื้อ* การตัดเอาชิ้นเนื้อบางส่วนออกมาตรวจ เป็นการวินิจฉัยชนิดของก้อนมะเร็งตับ (Liver mass) ที่ให้ผลถูกต้องที่สุด แต่ก็มีข้อจำกัดคือ ไม่สามารถทำได้ในผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากตัวผู้ป่วยหรือญาติไม่ยินยอมหรือผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะที่จะทำการตรวจได้ เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายจนกระทั่งเสียชีวิตได้ (เดมชัย ไชยวุฒิ, 2539)

ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการใดที่ตรวจพบโรคนี้ในระยะเริ่มแรกได้อย่างเฉพาะเจาะจง อีกทั้งอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยในระยะแรกไม่เด่นชัด อาการจะคล้ายโรคแผลในกระเพาะอาหาร ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์เมื่อมีอาการของโรคลุกลามมากแล้ว ซึ่งไม่เหมาะต่อการผ่าตัดรักษาทำให้มีโอกาเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว

1.4 มะเร็งตับและท่อน้ำดีกับการรักษา

มะเร็งตับในปัจจุบัน มีวิธีการรักษา 2 วิธีคือ การรักษามุ่งหวังให้หายขาด (Curative treatment) ซึ่งประกอบด้วย การผ่าตัดและการปลูกถ่ายตับ ส่วนการรักษาแบบประคับประคอง เป็นการรักษาเพื่อให้มีการหยุดเจริญของเซลล์มะเร็งให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ หรือการรักษาตามอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอาการปวดที่รุนแรง ยาที่ให้จะเป็น morphine หรือ morphine substitutes ในขนาดที่สูงและให้เป็นครั้งคราว หรืออาจทำ paravertebral nerve block ร่วมด้วย หรือ หยุดการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง เช่น การตัดหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงบริเวณที่เป็นมะเร็งเพื่อให้เซลล์มะเร็งตาย การรักษาด้วยยาต้านมะเร็งเพื่อทำให้เซลล์มะเร็งตายหรือหยุดการ

เจริญเติบโตต่อไป, การต้านมะเร็งร่วมกับการอุดกั้นหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงมะเร็งที่ตับ การใช้รังสีในการรักษาและการให้ estrogen ร่วมในการรักษา ส่วนการรักษามะเร็งท่อน้ำดีรักษาโดยการผ่าตัด ในกรณีที่โรคสามารถรักษาให้หายได้ หากไม่สามารถผ่าตัดได้ จะรักษาโดยการวางท่อระบายน้ำดีโดยการส่องกล้อง หรือโดยทางเอกซเรย์เพื่อบรรเทาอาการตัวเหลือง หรือไข้ เนื่องจากการติดเชื้อในทางเดินน้ำดี (จิตชม สุวรรณน้อย, 2543; เต็มชัย ไชยบุญวัติ & ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล, 2541; Bartlett, 2005)

ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีส่วนใหญ่มักเสียชีวิตเนื่องจากการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็วหลังจากแสดงอาการ เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีวิธีการใดตรวจพบโรคนี้ในระยะเริ่มแรกได้อย่างเฉพาะเจาะจง ดังนั้นผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ต่อเมื่ออาการของโรคเข้าสู่ระยะลุกลามเข้าสู่ระยะที่ 3 หรือ 4 ขนาดของก้อนมะเร็งเมื่อตรวจโดยใช้คลื่นเสียงมักโตกว่า 5 เซนติเมตร ซึ่งนอกจากจะโตเกินกว่าที่จะผ่าตัดออกได้ ยังมักกระจายไปนอกตับหรืออวัยวะอื่นที่อยู่นอกตับแล้ว การรักษาทำได้เพียงเพื่อยับยั้งไม่ให้ก้อนมะเร็งโตขึ้นเร็วเท่านั้น แต่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้น การรักษาส่วนใหญ่ในปัจจุบันจึงเป็นการรักษาเพื่อประคับประคอง ที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ (ชุดิมา ประมูลสินทรัพย์, 2544; เพ็ญเพชร เกียรติเสวี, 2544) การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ เน้นการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ ที่เกิดจากการแพร่กระจายลุกลามของโรคในระยะสุดท้าย เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เหลืออยู่ให้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเตรียมตัวและเผชิญความตายอย่างสงบและมีศักดิ์ศรีของความเป็นคน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539) และสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างเหมาะสมกับศักยภาพและสอดคล้องกับอาการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย (นุจรินทร์ ลภัญชกุล, 2543)

ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีมีการดำเนินของโรคที่รุนแรง อัตราการอยู่รอดต่ำ เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งจากการดำเนินของโรคและจากการรักษา ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับปัญหาและอาการต่าง ๆ มากมาย ตลอดระยะความรุนแรงของโรค เช่น อาการปวด มีก้อนในช่องท้อง คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ตัวเหลือง ไข้ น้ำหนักลด วิตกกังวล ซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม กระบวนการรักษาที่ต่อเนื่องและสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปโดยตรงทำให้ผู้ป่วยรับรู้สภาวะความเจ็บป่วยที่กำลังประสบอยู่ว่าเป็นสถานการณ์ที่รุนแรงคุกคามต่อชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกหวนกลัว วิตกกังวล ท้อแท้ สิ้นหวังและรับรู้สภาวะความเจ็บป่วยอย่างสิ้นหวัง หมดหนทางช่วยเหลือต้องพึ่งพาผู้อื่นและเป็นการระงับของครอบครัว ทำให้สูญเสียความมั่นใจในตนเอง สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และไม่มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคมะเร็ง สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารัตน สุระกุล (2544) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพพบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจะมีความรู้สึกตกใจกลัว เพราะความตายอยู่ใกล้ทำไมถึงต้องเป็นเรา เครียด สับสน กังวลใจ ทำอย่างไรให้หายจากโรคร้ายนี้ ซึ่งการให้ความหมายและสะท้อนความรู้สึกต่อการรับรู้ความหมายของโรคมาจากความเชื่อที่บอกต่อ ๆ กันมา และเมื่อรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งจึงทำให้มีความรู้สึกสิ้นหวัง คิดว่าต้องตาย หวนวิตกไม่แน่ใจในอนาคตและการรักษา (จันทร์รา จิตต์วิบูลย์, 2543) รับรู้ว่าเป็นโรครักษาไม่ได้ อายุไม่ยืน เป็นโรคเวรกรรม รวมทั้งรับรู้การมีชีวิตอยู่อย่างทรมานและมีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต (สุศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ, 2547) ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน เช่น มีความรู้สึกตกใจกลัว โกรธ ขมขื่น ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกโดดเดี่ยว ซึมเศร้า เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตทั้งจากโรคมะเร็งและการรักษา เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต ก่อให้เกิดความเครียดและสถานการณ์ที่วิกฤตของชีวิต

(Krause, 1991) ต้องเผชิญกับความสูญเสีย ความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานวิตกกังวล เผชิญกับปัญหาทางเศรษฐกิจและกลืนตาย (Halldorsdottir & Hamrin, 1996) รอคอยความตาย มีความรู้สึกไม่แน่นอนและเป็นสิ่งที่น่าหวาดหวั่นอย่างมาก รู้สึกโดดเดี่ยวและเป็นภาระต่อครอบครัว (Thome, 2003) ความรู้สึกโดดเดี่ยวจากการเป็นโรคที่เยียวยาไม่ได้ อาลัยอาวรณ์ต่อชีวิตปัจจุบัน (สุมน ปิ่นเจริญ & อรสา กงตาล, 2546) ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุคคลมีความสัมพันธ์กับอาการทุกข์ทรมานจากโรค ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลงและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตตามมา (Ehlke, 1988; Holme, 1991) ความรู้สึกเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการปรับตัวและการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2540) ทำให้เกิดภาวะสูญเสียอำนาจได้ง่าย

2. ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

รอย (Roy, 1997; Roy & Andrews, 1999) ได้พัฒนาแนวคิดทางปรัชญาและหลักการทางวิทยาศาสตร์ ในงานของตนมาโดยลำดับ ข้อตกลงเบื้องต้นทางวิทยาศาสตร์พัฒนาแนวคิดมาจากทฤษฎีระบบทั่วไปและทฤษฎีระดับการปรับตัว รวมทั้งแนวคิดความเป็นเอกภาพและการให้ความหมายเชิงสร้างสรรค์ ส่วนข้อตกลงเบื้องต้นเชิงปรัชญา ประกอบด้วยแนวคิดมนุษยนิยมและธรรมชาติของมนุษย์ ซึ่งกล่าวถึงเป้าหมายในชีวิตที่จะสร้างสรรค์และกระทำในสิ่งที่ดีงาม มีคุณค่าและมีความหมายต่อชีวิต ส่วนแนวคิดมนุษยนิยมจะตระหนักว่า ประสบการณ์ของมนุษย์ก่อให้เกิดความรู้และคุณค่า ซึ่งทฤษฎีการปรับตัวของรอย มีจุดเน้นที่การตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม โดยที่การปรับตัวจะเป็นมโนทัศน์ที่สำคัญของทฤษฎี ทั้งนี้รอยได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่าเป็นกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยความคิดและความรู้สึกของบุคคลหรือกลุ่มคน จากการใช้การตระหนักและการเลือกที่จะสร้างสรรค์ การบูรณาการของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม

มโนทัศน์หลักของทฤษฎี (Metaparadigm)

ทฤษฎีการพยาบาลจะต้องประกอบด้วย มโนทัศน์หลัก ได้แก่ คนหรือบุคคล (Human or person or man) สิ่งแวดล้อม (Environment or society) สุขภาพ (Health) และการพยาบาล (Nursing) ทฤษฎีการปรับตัวของรอยกล่าวถึงมโนทัศน์หลัก (Metaparadigm) ดังนี้

2.1 บุคคล (Person)

รอย อธิบายเกี่ยวกับบุคคลว่าเป็นระบบการปรับตัว (Human as a adaptive system) โดยบุคคลจะเป็นจุดเน้นของกิจกรรมการพยาบาล บุคคลอาจหมายถึงคนเดียว (Individuals) ครอบครัว (Family) กลุ่มคน (Groups) องค์กร (Organizations) ชุมชน (Communities) และสังคม (Societies) ที่บุคคลเป็นสมาชิกอยู่ นอกจากนี้ Roy ยังได้อธิบายบุคคลว่าเป็นระบบการปรับตัวที่เป็นองค์รวม (Holistic adaptive system)

ระบบการปรับตัวของบุคคล (Adaptive system) จะประกอบด้วยสิ่งนำเข้า (Input) ได้แก่ ระดับการปรับตัว (Adaptation level) และสิ่งเร้า (Stimuli) กระบวนการควบคุมหรือกระบวนการเผชิญปัญหา (Control process or Coping process) กระบวนการเผชิญปัญหาจะประกอบด้วยกระบวนการย่อย 2 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการควบคุม (Regulator subsystem) และกระบวนการคิดรู้ (Cognator subsystem) กระบวนการย่อยที่เรียกว่าเสถียรภาพ (Stabilizer) และการเปลี่ยนแปลง (Innovator) เมื่อผ่านกระบวนการเผชิญปัญหาจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรม (Behaviors) การปรับตัว 4 ด้านที่เรียกว่า รูปแบบการปรับตัว (Adaptive mode) ได้แก่ การปรับตัว

ด้านสรีระกายภาพ (Physiologic-physical function mode) การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์-เอกลักษณ์ของกลุ่ม (Self-concept-group identity mode) การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role function mode) และการปรับตัวด้านการพึ่งพาพึ่งกัน (Interdependence mode) การตอบสนองต่อพฤติกรรมปรับตัวทั้ง 4 ด้าน จะเป็นสิ่งนำออก (Output) จากระบบ ในลักษณะการปรับตัวได้ (Adaptation) หรือการปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective adaptation) สิ่งนำออกดังกล่าวจะเป็นสิ่งย้อนกลับ (Feedback) เข้าสู่ระบบอีกครั้ง เนื่องจากระบบการปรับตัวของบุคคลนั้นเป็นระบบเปิด ทฤษฎีการปรับตัวของรอย กล่าวถึงบุคคลว่าเป็นระบบการปรับตัวโดยละเอียด ดังนี้

2.1.1 สิ่งเร้า (Stimuli) หมายถึง สิ่งซึ่งก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม สิ่งเร้าอาจมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคล (External stimuli) หรืออาจเกิดภายในร่างกายของบุคคล (Internal Stimuli) สิ่งเร้าแบ่งออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่

สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าภายในหรือภายนอกตัวบุคคลที่เกิดขึ้นในขณะนั้น และสำคัญที่สุดโดยที่ระบบบุคคลตระหนักรู้ (Awareness) อาจจะเป็นวัตถุประสงค์ของหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สิ่งเร้าตรงอาจจะเป็นสิ่งเร้าเชิงบวกหรือเชิงลบก็ได้

สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดผลกระทบกับสิ่งเร้าตรงนั้นคือ สิ่งเร้าร่วมจะเป็นปัจจัยต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นกับระบบบุคคลทั้งจากภายนอกและภายในตัวบุคคล แต่ไม่ใช่จุดศูนย์กลางของความสนใจหรือพลังงาน ปัจจัยเหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อระบบบุคคลอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถในการจัดการกับสิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วมเป็นได้ทั้งสิ่งเร้าเชิงบวกและเชิงลบเช่นเดียวกับสิ่งเร้าตรง

สิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) เป็นปัจจัยที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกของระบบบุคคล ผลของสิ่งเร้าแฝงอาจจะไม่ชัดเจน สังเกตไม่ได้

เนื่องจากบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นบุคคลอาจจะเป็นสิ่งสำคัญทำให้สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงและในทางกลับกัน สิ่งแวดล้อมอาจเป็นสิ่งเร้าก่อให้เกิดการปรับตัวของบุคคล และในช่วงเวลาหนึ่ง สิ่งเร้าตรงอาจกลายเป็นสิ่งเร้าร่วมหรือสิ่งเร้าแฝงและเช่นกันสิ่งเร้าร่วมและสิ่งเร้าแฝงอาจเป็นสิ่งเร้าตรงในอีกช่วงเวลาหนึ่งก็ได้

2.1.2 ระดับการปรับตัว (Adaptation level) เป็นสิ่งนำเข้าภายในที่เฉพาะ (Specific internal input) และสำคัญของระบบบุคคล เป็นสภาพการณ์ของกระบวนการชีวิต (Life process) ของระบบการปรับตัวของบุคคล ระดับการปรับตัวแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

- 1) **กระบวนการพื้นฐานของชีวิต (Integrated life process or integrated adaptation level)** เป็นโครงสร้างและการทำหน้าที่ของกระบวนการชีวิต ซึ่งทำงานแบบองค์รวม เพื่อให้บรรลุความต้องการของมนุษย์ (Meet human needs) ระดับการปรับตัวในระดับนี้ จะเป็นองค์ประกอบของสิ่งเร้าสำหรับบุคคล
- 2) **กระบวนการปรับตัวชดเชย (Compensatory process or compensatory level)** เป็นระดับการปรับตัวซึ่งกระบวนการคิดรู้และกระบวนการควบคุมถูกกระตุ้น โดยการทำงานเพิ่มขึ้นจากการทำงานของกระบวนการพื้นฐานของชีวิต

3) กระบวนการชีวิตอยู่ในอันตราย (Compromised process or compromised level) เป็นระดับการปรับตัว ซึ่งเป็นผลจากกระบวนการบูรณาภาพของชีวิตและกระบวนการปรับตัวชดเชยทำงาน ไม่มีประสิทธิภาพ

2.1.3 กระบวนการเผชิญปัญหา (Coping processes) หมายถึง วิธีการที่มีปฏิสัมพันธ์เมื่อเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม การมีปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวอาจเป็นในลักษณะที่เกิดขึ้นเอง (Innate) และเกิดจากการเรียนรู้ (Acquired) เป็นการตอบสนองของกระบวนการต่อสิ่งแวดล้อมหรือกระบวนการมีอิทธิพลต่อสิ่งแวดล้อมก็ได้ กระบวนการเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการย่อยภายในที่จะเปลี่ยนแปลงระดับการปรับตัวจากสภาพหนึ่ง ไปสู่อีกสภาพหนึ่ง

1) **กระบวนการเผชิญปัญหาของบุคคล** ประกอบด้วยกระบวนการย่อย 2 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการควบคุมและกระบวนการคิดรู้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

กระบวนการควบคุม (Regulator subsystem) เป็นการตอบสนองของร่างกายที่เกิดขึ้นอัตโนมัติ โดยที่บุคคลไม่รู้สึกรู้สีกตัว ส่วนใหญ่เป็นการปรับตัวด้านสรีระ เพื่อเป็นการควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายให้เป็นไปตามปกติ กระบวนการนี้จะเป็นการทำงานผ่านระบบประสาท สารเคมีและต่อมไร้ท่อ (Neural, chemical and endocrine coping channels) สิ่งเร้าจากทั้งภายในและภายนอกบุคคลจะเป็นสิ่งนำเข้ามาผ่านระบบประสาทและมีผลต่อสมดุลของน้ำอิเล็กโตรไลต์และกรดต่างรวมทั้งระบบต่อมไร้ท่อ การทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้องเกิดขึ้นอย่างอัตโนมัติ โดยที่บุคคลไม่รู้สึกรู้สีกตัวและในขณะเดียวกันสิ่งนำเข้ดังกล่าวจะมีบทบาทในการรับรู้ การทำงานของกระบวนการควบคุมจะทำงานสัมพันธ์กัน ซึ่งเป็นแบบองค์รวมและบูรณาการ

กระบวนการคิดรู้ (Cognator subsystem) จะเป็นการตอบสนองผ่านการคิดรู้และอารมณ์ (Cognitive-emotive channels) ส่วนใหญ่เป็นการปรับตัวด้านจิตสังคม สิ่งเร้าที่นำเข้าสู่ระบบบุคคลจะผ่านกระบวนการ 4 ชนิด ได้แก่ กระบวนการรับรู้ (Perceptual and information processing) การเรียนรู้ (Learning) การตัดสินใจ (Judgment) และอารมณ์ (Emotion) โดยที่กระบวนการรับรู้จะเลือกและจดจำสิ่งที่สนใจ การเรียนรู้จะทำให้เกิดการเลียนแบบและหยั่งรู้ การตัดสินใจจะช่วยทำให้มีการตัดสินใจและแก้ปัญหา ส่วนอารมณ์จะเป็นกลไกการปกป้องร่างกายของบุคคล เพื่อช่วยในการลดความวิตกกังวลและช่วยในการประเมินความรู้สึกและความผูกพันของบุคคล

การทำงานของทั้งกระบวนการควบคุมและกระบวนการคิดรู้จะทำงานสัมพันธ์และควบคุมกันเสมอ ไม่ว่าการปรับตัวในเรื่องดังกล่าวจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ หรือสังคม ซึ่งเป็นการสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าการทำงานของระบบบุคคลเป็นองค์รวม

2) **กระบวนการควบคุมของกลุ่ม** ประกอบด้วยกระบวนการย่อย 2 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการเสถียรภาพและกระบวนการเปลี่ยนแปลง โดยมีรายละเอียดดังนี้

กระบวนการเสถียรภาพ (Stabilizer control process) หมายถึง โครงสร้างและกระบวนการที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อคงความสมดุลและศักยภาพในการพัฒนา เช่นเดียวกับกระบวนการควบคุมของบุคคล กระบวนการเสถียรภาพจะประกอบด้วย โครงสร้าง (Structure) คุณค่า (Values) และการทำกิจกรรมประจำวัน (Daily activities) ซึ่งเป็นเป้าหมายเบื้องต้นของกลุ่มและนำไปสู่เป้าหมายของสังคมในที่สุด

กระบวนการเปลี่ยนแปลง (Innovator subsystem) หมายถึง โครงสร้างและกระบวนการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและเจริญเติบโตในระบบสังคมของบุคคล (Human social system) ซึ่งเปรียบเทียบได้กับกระบวนการคิดของบุคคล ที่มีการรับรู้ เรียนรู้ รวมทั้งอารมณ์ในการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม กระบวนการเปลี่ยนแปลงเป็นพลวัตรที่อาศัยกลยุทธ์ทางด้านสติปัญญาและอารมณ์ สำหรับการเปลี่ยนแปลงไปสู่ศักยภาพในระดับที่สูงขึ้น กลยุทธ์ดังกล่าวจะมีทั้งระยะสั้นและระยะยาว

2.1.4 การปรับตัวของบุคคล (Adaptive mode) บุคคลจำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

2.1.4.1 การปรับตัวด้านสรีระ-กายภาพ (Physiologic-physical mode) เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงด้านร่างกาย (Physiologic) ของบุคคลและเป็นการปรับตัวด้านโครงสร้างหรือกายภาพ (Physical) ของกลุ่ม การปรับตัวด้านสรีระกายภาพ มีรายละเอียดดังนี้

1) **การปรับตัวด้านสรีระ (Physiologic mode)** เป็นวิธีการที่บุคคลตอบสนองด้านร่างกายต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบระบบสะท้อนให้เห็นถึงการทำงานเพื่อให้เกิดความมั่นคงด้านร่างกายของบุคคล โดยสะท้อนพฤติกรรมผ่านการทำงานของเซลล์เนื้อเยื่อ อวัยวะและระบบต่าง ๆ ของร่างกายมนุษย์ ประกอบด้วย 9 องค์ประกอบเป็นความต้องการพื้นฐาน (Basic needs) 5 ประการ ได้แก่ ออกซิเจน ภาวะโภชนาการ การขับถ่าย การมีกิจกรรมและการพักผ่อน รวมทั้งการปกป้องร่างกาย นอกจากนี้ยังประกอบกระบวนการทำงานที่ซับซ้อนของร่างกาย (Complex processes) อีก 4 ประการ ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก สมดุลสารน้ำอิเล็กโทรไลต์และกรดด่าง การทำงานของระบบประสาท และการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ออกซิเจน (Oxygenation) เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ประกอบด้วยกระบวนการพื้นฐานของชีวิต 3 ประการ ได้แก่ การระบายอากาศ (Ventilation) การแลกเปลี่ยนก๊าซ (Exchange of gases) และการขนส่งก๊าซ (Transport of gas)

ภาวะโภชนาการ (Nutrition) ความต้องการด้านโภชนาการประกอบด้วยกระบวนการบูรณาการของชีวิตที่ต่อเนื่องกัน 2 กระบวนการ ได้แก่ การย่อยอาหาร (Digestion) ซึ่งจะรวมถึงตั้งแต่การกินและการเคลื่อนไหวของอาหาร การดูดซึมสารอาหารและการขับถ่ายผลิตภัณฑ์ที่เกิดจากการย่อยและการเผาผลาญอาหาร (Metabolism) จะเป็นกระบวนการที่ให้พลังงาน เสริมสร้างการเจริญเติบโตและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ

การขับถ่าย (Elimination) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการปรับตัว เมื่อร่างกายได้รับสารอาหารเพื่อการรอดชีวิต และคงสมดุลของร่างกายที่เกิดจากกระบวนการย่อยและเผาผลาญอาหารจากกระบวนการดังกล่าว ทำให้เกิดของเสีย (Wastes product) ดังนั้น ร่างกายจึงมีการขับถ่ายเพื่อคงสมดุลของร่างกาย การขับถ่ายประกอบด้วยกระบวนการพื้นฐานของชีวิต 2 กระบวนการ ได้แก่ การขับถ่ายของระบบทางเดินอาหาร (Intestinal elimination) และกระบวนการขับถ่ายของระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary elimination)

การมีกิจกรรมและการพักผ่อน (Activity and rest) การมีกิจกรรมจะก่อให้เกิดความเครียดด้านร่างกายที่จะช่วยทำให้เกิดการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ส่วนการพักผ่อนจะทำให้มี

การรักษา ช่อมแซม การมีกำลังและการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพของกระบวนการพื้นฐานของชีวิตซึ่งประกอบด้วย การเคลื่อนไหว และการนอนหลับ ดังนั้น จึงเป็นความต้องการของร่างกายที่จะปรับสมดุลของกระบวนการพื้นฐานของชีวิตระหว่างการเคลื่อนไหว (Mobility) และการนอนหลับ (Sleep)

การปกป้องร่างกาย (Protection) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของร่างกายที่จำเป็นต่อการปรับตัว ประกอบด้วยกระบวนการบูรณาภาพของชีวิต 2 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการป้องกันอย่างไม่เฉพาะเจาะจง (Non-specific-defense process) ประกอบด้วย การทำงานของผิวหนัง การทำงานของเซลล์และสารเคมี สำหรับกระบวนการป้องกันแบบเฉพาะเจาะจง (Specific defense process) จะเป็นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย

การรับรู้ความรู้สึก (Senses) เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนประกอบด้วย การมองเห็น (Vision) การได้ยิน (Hearing) การรับรู้ความรู้สึก (Feeling) ซึ่งประกอบด้วย การรับสัมผัสและแรงกด (Touch and pressure) การทรงตัว (Position sense or kinesthesia) ความร้อนและความเย็น (Heat & cold) และความเจ็บปวด (Pain)

สมดุลของสารน้ำ อิเล็กโทรลัยต์และกรดด่าง (Fluid electrolyte and acid base balance) เป็นกระบวนการคงสมดุลของร่างกาย (Homeostasis) เป็นการทำงานร่วมกันของระบบหายใจ ระบบการไหลเวียน ระบบทางเดินอาหาร ไต ระบบประสาทและระบบต่อมไร้ท่อ แต่ระบบที่สำคัญจะเป็นการทำงานไตซึ่งมีหน้าที่ในการกรอง (Filtration) การดูดกลับ (Reabsorption) และการหลั่ง (Secretion) ซึ่งทำให้เกิดการขับของเสียประเภทไนโตรเจน รวมทั้งการคงสมดุลของสารน้ำอิเล็กโทรลัยต์และการคงสมดุลกรดด่างในเลือด

การทำงานของระบบประสาท (Neuralgic function) ระบบประสาทจะมีหน้าที่สำคัญในการทำงานของกระบวนการควบคุม (Regulator coping mechanism) ของบุคคลเพื่อควบคุมและการประสานงานของการเคลื่อนไหวของร่างกาย การรู้สติและความคิดรู้และอารมณ์ ซึ่งจะช่วยให้ร่างกายทำงานได้ตามปกติ การทำงานของระบบประสาทจะประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญ ได้แก่ การคิดรู้ (Cognition) และการรู้สติ (Consciousness)

การทำงานของต่อมไร้ท่อ (Endocrine function) เป็นการทำงานผ่านฮอร์โมนและระบบประสาท เพื่อให้เกิดการประสานงานและการทำงานของส่วนต่างๆ ของร่างกาย การทำงานของต่อมไร้ท่อจะมีบทบาทในการตอบสนองต่อภาวะเครียดและมีความจำเป็นต่อการทำงานของกระบวนการควบคุมของร่างกาย

2) **การปรับตัวด้านกายภาพ (Physical mode)** เป็นการปรับตัวของกลุ่ม ซึ่งเป็นเช่นเดียวกับการปรับตัวด้านสรีระของบุคคล รอยอธิบายว่า เป็นการกระทำในการรวมกลุ่มของระบบบุคคล ซึ่งช่วยในการปรับตัวของกลุ่ม สิ่งที่สำคัญสำหรับการปรับตัวของกลุ่ม ได้แก่ แหล่งประโยชน์สำหรับการดำเนินการ (Operating resource) ประกอบด้วย

การมีส่วนร่วม (Participants) ซึ่งอาจเป็นการรวมกลุ่มอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งนี้หมายถึงลูกจ้างหรือพนักงานในองค์กร การเป็นสมาชิกของชุมชนหรือภูมิภาค การมีส่วนร่วมจะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

สิ่งสนับสนุนด้านกายภาพ (Physical facilities) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการรวมกลุ่ม เช่น ที่พักอาศัย สถานที่ประชุมหรือสิ่งปลูกสร้างอื่นๆ รวมทั้งเสื้อผ้า อาหาร หนังสือ และอื่น ๆ สิ่งสนับสนุนเหล่านี้จะช่วยให้การทำงานของกลุ่มบรรลุเป้าหมายได้อย่างสมบูรณ์

งบประมาณ (Fiscal resource or capital resource) เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของการดำเนินการกลุ่ม เพื่อช่วยให้การดำเนินการกลุ่มเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.1.4.2 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์และเอกลักษณ์กลุ่ม (Self-concept-group identity mode) การปรับตัวด้านนี้เป็นการปรับตัวเพื่อคงสมดุลหรือสร้างความมั่นคงทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการปรับตัวที่บุคคลรู้สึกว่าเป็นเอกภาพ มีความหมายและเป้าหมายในการดำรงชีวิตอยู่ (Sense of unity and meaning) ความรู้สึกมั่นคงนี้จะเป็นพื้นฐานของภาวะสุขภาพ หรือถ้ามีปัญหาในการปรับตัวจะทำให้รับกวนต่อการหายจากโรค หรือการมีสุขภาพดีได้

1) **อัตมโนทัศน์ (Self concept)** หมายถึง ความเชื่อ ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในช่วงเวลาหนึ่งอาจเกิดจากการรับรู้ตนเองจากภายในหรือการรับรู้ว่าคุณค่าอื่นมีความรู้สึกต่อตนเองอย่างไร ประกอบด้วย

อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical self) เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อร่างกายตนเอง (Body sensation) และภาพลักษณ์ (Body image) ซึ่งการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อรูปร่าง หน้าตา ความสวยงาม การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ รวมทั้งสมรรถภาพทางเพศ และภาวะสุขภาพ

อัตมโนทัศน์ด้านส่วนบุคคล (Personal self) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ความเชื่อ ค่านิยม การคาดหวัง ปณิธาน ที่บุคคลยึดถือ ซึ่งจะประกอบกันเป็นบุคลิกภาพของบุคคล แบ่งเป็นดังนี้

ความมั่นคงในตนเอง (Self-consistency) หมายถึง การจัดระบบความคิดของตนเอง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลจัดการกับตนเองและหลีกเลี่ยงความไม่สมดุล

ปณิธานแห่งตนเอง (Self-ideal) หมายถึง สิ่งที่คุณคาดหวังที่จะทำหรือที่จะเป็น

ศีลธรรม จรรยา และจิตวิญญาณแห่งตนเอง (Moral-ethical-spiritual self) หมายถึง ระบบความเชื่อและการประเมินตนเองในการมีความสัมพันธ์กับปรากฏการณ์ทั้งหลาย (Universe)

2) **เอกลักษณ์กลุ่ม (Group identity)** หมายถึง ความสัมพันธ์ เป้าหมายและค่านิยมที่จะสร้างสรรค์สังคม สภาพแวดล้อม วัฒนธรรม ภาพลักษณ์ของกลุ่ม และการร่วมรับผิดชอบในการบรรลุเป้าหมายของกลุ่ม

กระบวนการที่จะก่อให้เกิดความมั่นคงทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์ ได้แก่ การพัฒนาอัตตา (Developing self) และการมุ่งความสนใจตนเอง (Focusing self) การพัฒนาอัตตาดึงดูดอาศัยการคิดรู้และการรับรู้ของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง โดยอาศัยการพัฒนาด้านร่างกายและการคิดรู้ ส่วนการมุ่งความสนใจตนเอง (Focusing self) เป็นกระบวนการที่รู้สึกไว้วางใจต่ออัตมโนทัศน์ด้านร่างกายและอัตมโนทัศน์ส่วนตัว ในเรื่องของความหวัง พลังงาน การให้ความหมาย การตั้งเป้าหมายและความภูมิใจในตนเอง สำหรับเอกลักษณ์ร่วม (Shared Identity) เป็นกระบวนการที่สมาชิกกลุ่มรับรู้ ต่อสิ่งแวดล้อม การคิดรู้ ความรู้สึก การตั้งเป้าหมายและการให้คุณค่า

2.1.4.3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role function mode) มุ่งเน้นในเรื่องบทบาทของบุคคลและการทำหน้าที่ เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงทางสังคม (Social integrity) เป็นความต้องการของบุคคลที่จะเรียนรู้ว่าตนควรมีสัมพันธภาพต่อบุคคลอื่นอย่างไร บทบาทหน้าที่ซับซ้อนตามสถานะของแต่ละบุคคลบทบาทแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

บทบาทปฐมภูมิ (Primary role) เป็นบทบาทที่ติดมากับบุคคล เช่น เพศ วัย เป็นต้น

บทบาททุติยภูมิ (Secondary role) เป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ในสังคม หรือการประกอบอาชีพ เช่น พ่อ แม่ ครู พยาบาล

บทบาทตติยภูมิ (Tertiary role) เป็นบทบาทชั่วคราว คงอยู่ชั่วระยะเวลาหนึ่ง เช่น บทบาทผู้ป่วย สมาชิกชมรมพยาบาล เป็นต้น

การทำบทบาทในแต่ละบทบาทของบุคคลจะประกอบไปด้วยพฤติกรรมกรรมการแสดงออกตามการคาดหวังของสังคม (Instrumental behavior) และการแสดงออกถึงอารมณ์และความรู้สึกต่อบทบาท (Expressive behavior) กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ ประกอบด้วย การพัฒนาบทบาท (Developing role) ตามบทบาท (Role set) ของบุคคล ได้แก่ บทบาทปฐมภูมิ ทุติยภูมิ หรือตติยภูมิ สำหรับบทบาทของกลุ่มจะเรียกว่าบทบาทรวม (Aggregate role set) นอกจากกระบวนการพัฒนาบทบาทแล้ว กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับบทบาทอีกกระบวนการหนึ่งเรียกว่า การกระทำบทบาท (Role-taking) เป็นกระบวนการเฝ้าดูหรือคาดหวังต่อพฤติกรรมของบุคคลอื่นในการทำบทบาท

2.1.4.4 การปรับตัวด้านการพึ่งพาพึ่งกัน (Interdependence mode) หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายอยู่ที่ความต้องการความพึงพอใจ ความรัก การเจริญเติบโตและพัฒนาการ รวมทั้งแหล่งประโยชน์ที่จะบรรลุความสัมพันธ์ที่มั่นคงของบุคคล

ความสัมพันธ์แบบการพึ่งพาพึ่งกันจะประกอบด้วย ความเต็มใจและความสามารถในการให้และการรับ ความรัก การยอมรับ การให้คุณค่า การอบรมเลี้ยงดู ความรู้ ทักษะ คำสัญญา วัตถุ สิ่งของ เวลา และความสามารถ

ความสัมพันธ์ที่สำคัญของบุคคลประกอบด้วยบุคคลสำคัญ (Significant others) และระบบสนับสนุน (Support system)

กระบวนการที่เกี่ยวข้องในการบรรลุความมั่นคงด้านสัมพันธภาพ ประกอบด้วย 1) ความรักที่เพียงพอ (Affectional adequacy) 2) พัฒนาการด้านสัมพันธภาพอย่างเหมาะสม (Developmental adequacy) 3) แหล่งประโยชน์ที่เพียงพอ (Resource adequacy) ได้แก่ อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย สุขภาพ และ ความมั่นคง

2.1.5 สิ่งนำออก (Output) หรือ พฤติกรรมของบุคคล (Human's behavior) เป็นการตอบสนองต่อการกระทำ (Action) และปฏิกิริยา (Reaction) ทั้งภายในและภายนอก ซึ่งจะแสดงออกใน 2 ลักษณะ ได้แก่

1) การปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Adaptive response) เป็นการส่งเสริมการบูรณาการของระบบบุคคลเพื่อบรรลุเป้าหมายการปรับตัว ได้แก่ การรอดชีวิต (Survival) การเจริญเติบโต (Growth) สืบทอดเผ่าพันธุ์และการสร้างสรรค์ (Reproduction) รวมทั้งการชนะอุปสรรค (Mastery) นอกจากนี้ยังเป็นการพัฒนา

ความรู้ใหม่ในระดับที่สูงขึ้นเพื่อใช้จัดการกับตนเอง (Self-organization) การมีสติและมีความหมาย การสร้างสรรค์ การตระหนักรู้ ความศรัทธา

2) การปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective response) เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากไม่สามารถผสมผสาน หรือบูรณาการให้บรรลุเป้าหมายของการปรับตัว ถ้าการปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพเป็นเวลานาน จะคุกคามการมีชีวิตรอด การเจริญเติบโต การสืบทอดเผ่าพันธุ์ และการสร้างสรรค์ผลงานรวมทั้งการเอาชนะอุปสรรคของระบบบุคคล

การตัดสินใจว่าบุคคลจะปรับตัวได้หรือไม่ พยายามจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการเผชิญปัญหา (Coping processes) สิ่งบ่งชี้ว่าบุคคลจะปรับตัวลำบาก สังเกตหรือพิจารณาจากการทำงานของกระบวนการควบคุม (Regulator activity) และการทำงานที่ไม่มีประสิทธิภาพของกระบวนการคิดรู้ (Cognator ineffectiveness)

2.2 สิ่งแวดล้อม (Environment)

สิ่งแวดล้อม หมายถึง สภาพการณ์ที่ทุกสิ่งทุกอย่างที่ล้อมรอบและมีอิทธิพลต่อการพัฒนาการและพฤติกรรมของระบบบุคคล ได้แก่ สิ่งเร้าและระดับการปรับตัว ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมจะเป็นโอกาสให้บุคคลมีการเจริญเติบโตและพัฒนา รวมทั้งมีการเปลี่ยนความหมายของชีวิต

2.3 สุขภาพ (Health)

สุขภาพ หมายถึง ภาวะและกระบวนการที่ทำให้บุคคลมีความมั่นคงและเป็นการบูรณาการของระบบบุคคล ซึ่งแสดงถึงการบรรลุเป้าหมายในชีวิต ถ้าไม่มีการบูรณาการแสดงว่าสุขภาพไม่ดี ภาวะสุขภาพเป็นการสะท้อนการปรับตัวของระบบบุคคลนั่นเองซึ่งการปรับตัวที่ดีจะนำไปสู่ชีวิตการเจริญเติบโต การสืบทอดเผ่าพันธุ์ และการเอาชนะอุปสรรคในชีวิต (Mastery) การปรับตัวแสดงถึงบุคคลมีความมั่นคงและบูรณาการของร่างกาย จิตใจและสุขภาพ

2.4 การพยาบาล (Nursing)

รอยอริบายเป้าหมายการพยาบาล (Goal of nursing) ว่าเป็นการส่งเสริมการปรับตัวในแต่ละด้าน เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพดี คุณภาพชีวิตหรือตายอย่างมีศักดิ์ศรี ทั้งนี้ต้องเกิดความผาสุกทั้งด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ พยาบาลจะต้องมีเป้าหมายที่จะช่วยให้บุคคลสร้างสัมพันธภาพโดยทำให้เกิดการยอมรับ มีการป้องกัน และการสนับสนุน ในการพึ่งพาอาศัยกัน รวมทั้งส่งเสริมให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ

- 1) การประเมินพฤติกรรมปรับตัว เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการตอบสนองของบุคคลใน 4 ด้าน ซึ่งเป็นพฤติกรรมทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้
- 2) การประเมินสิ่งเร้า ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและระดับการปรับตัว
- 3) การวินิจฉัยการพยาบาล เป็นกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาและสาเหตุของการปรับตัวของบุคคล กำหนดภาวะปรับตัวของระบบบุคคล ประกอบด้วยพฤติกรรมปรับตัวและสิ่งเร้าที่มีผลต่อพฤติกรรม

4) การตั้งเป้าหมายทางการพยาบาล ซึ่งบอกพฤติกรรมที่เป็นการส่งเสริมการปรับตัวและ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปรับตัวที่บกพร่องให้มีประสิทธิภาพขึ้นมา ทั้งนี้ให้บุคคลมีส่วนร่วมตามความสามารถของบุคคลในการตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาการปรับตัวและร่วมมือแก้ปัญหา

5) การปฏิบัติการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล (Intervention) เป็นการเลือกกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมการปรับตัว โดยการเปลี่ยนแปลงสิ่งเร้าหรือคงการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้การจัดการกับสิ่งเร้า อาจเป็นการเปลี่ยนแปลง การเพิ่ม การลด การขจัดหรือการคงสิ่งเร้าไว้แล้วแต่กรณี ทั้งนี้จะมุ่งจัดการกับสิ่งเร้าตรงเป็นอันดับแรก

6) การประเมินผลการพยาบาล เป็นผลสรุปเกี่ยวกับพฤติกรรมปรับตัวของบุคคลในแต่ละด้านที่มีปัญหา ภายหลังที่ได้รับการพยาบาลตามแผนการพยาบาล ซึ่งสะท้อนให้เห็นพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกับพฤติกรรมปรับตัวที่คาดหวังหรือที่ระบุไว้ในเกณฑ์การประเมินผลหรือพฤติกรรมปรับตัวที่เป็นผลมาจากการปฏิบัติการพยาบาล ไม่เป็นไปในแนวเดียวกับเกณฑ์การประเมินผลหรือเป้าหมายทางการพยาบาล ต้องกลับมาวิเคราะห์ แล้วปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลใหม่ แล้วจึงนำไปปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลอีกครั้ง

กระบวนการพยาบาลทั้ง 6 ขั้นตอน จะเป็นกิจกรรมที่กระทำต่อเนื่องกันไปและเป็นวงจรย้อนกลับได้ โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนั่นเอง (เกศรินทร์ ศรีสง่า, 2542; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537, Roy & Andrews, 1999)

2.5 ปัจจัยหรือสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์

ภายใต้กรอบแนวคิดของทฤษฎีการปรับตัวของรอย จำแนกสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่ออัตมโนทัศน์ของบุคคล 6 ประเภท ได้แก่ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

2.5.1 การรับรู้ (Perception) การรับรู้ตนเองของบุคคลจะเป็นผลที่เกิดจากการให้ความหมายเกี่ยวกับตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม อัตมโนทัศน์ของบุคคลเกิดจากการรับรู้เกี่ยวกับตนเองในด้านที่มีความสำคัญและเป็นสาเหตุแท้ของคนนั้น ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มีอันตรายถึงชีวิต

2.5.2 การเจริญเติบโตและการพัฒนาการ (Growth and development) อายุและการเจริญเติบโตของร่างกายมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนาอัตมโนทัศน์ เนื่องจากเมื่อร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละวัย บุคคลเรียนรู้ถึงความสามารถของร่างกายและศักยภาพของตนเองที่จะควบคุมการทำงานของส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

2.5.3 การเรียนรู้ (Learning) ความคาดหวังจากสังคม คุณค่าทางสังคมและบุคคลใกล้ชิดต่างก็มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนาอัตมโนทัศน์ของบุคคลในแต่ละช่วงชีวิตของบุคคลซึ่งต้องมีปฏิสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคม ซึ่งบุคคลเรียนรู้ตนเองจากความคาดหวังและคุณค่าทางสังคม

2.5.4 ปฏิกริยาของบุคคลใกล้ชิด (Reactions of others) ผู้ใกล้ชิดและเป็นที่รักเคารพของบุคคลจะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนาอัตมโนทัศน์ของบุคคล

2.5.5 ภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นในระะบวนการพัฒนาการของชีวิต (Maturational crisis) ช่วงอายุเป็นเกณฑ์ในการบอกระยะพัฒนาการและพัฒนกิจของบุคคลในช่วงวัยต่าง ๆ ตลอดช่วงชีวิตของบุคคล แต่ละระยะบุคคลจะต้องมีพัฒนาการด้านจิตสังคมให้เหมาะสมกับพัฒนกิจ ซึ่งพัฒนกิจในแต่ละช่วงเวลาของวัยนั้นจะเป็นสิ่งที่ทำ

ทายบุคคลในแต่ละวัยต้องกระทำเพื่อบรรลุเป้าหมายของความสำเร็จหากบุคคลอยู่ในสถานการณ์หรือภาวะวิกฤต ส่งผลให้ไม่ประสบผลสำเร็จในพัฒนาการและพัฒนางานที่ควรจะเป็น ทำให้มีปัญหาในการปรับตัวต่อสถานการณ์นั้นๆ

2.5.6 กลยุทธ์การเผชิญปัญหา (Coping strategies) เป็นพฤติกรรมแสดงออกของบุคคลในชีวิตประจำวันและในขณะที่อยู่ในภาวะเครียด ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นขณะเครียดถือว่าเป็นสิ่งเร้าต่ออัตรานโนทัศน์ของบุคคล

พฤติกรรมการปรับตัวของบุคคลจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยนำเข้าที่เข้าสู่ระบบของบุคคลทั้งระดับความรุนแรงของสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป และระดับความสามารถของพฤติกรรมการปรับตัวของบุคคล (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคลเอง ปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวและไกลตัว ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปรับตัว มีดังต่อไปนี้

เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวทางด้านจิตใจเพราะความสามารถในการระบายความทุกข์ที่สังคมยอมรับตลอดจนทัศนคติต่อความเจ็บป่วยก็แตกต่างกันด้วย ซึ่งจากการศึกษาของสายสม ภาณุมาศมณฑล (2534) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ทราบว่าตนเป็นโรคมะเร็งเม็ดโลหิตขาว จำนวน 100 รายพบว่า เพศมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเพศชายมีการปรับตัวดีกว่าเพศหญิง ซึ่งเป็นเพศที่ต้องการความช่วยเหลือทางด้านจิตใจและอารมณ์มากกว่าเพศชาย เพศชายจะมีความแข็งแรงมากกว่าและเนื่องจากเพศถูกกำหนดโดยสังคม ให้เพศชายเป็นผู้นำของครอบครัวและสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของนวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์ (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด จำนวน 90 รายพบว่า เพศชายปรับตัวได้ดีกว่าเพศหญิงในด้านอัตรานโนทัศน์และด้านบทบาทหน้าที่ที่อธิบายไว้ว่า เพศหญิงจะคำนึงถึงความสวยงามมากกว่าเพศชาย จึงรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์มากกว่า ส่วนการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่สถานภาพทางสังคมและการเมือง เพศชายเด่นกว่าเพศหญิง อัญชลี จิตะประ (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจ จำนวน 120 รายพบว่า เพศ เป็นกลุ่มตัวทำนายอธิบายความผันแปรของการปรับตัวร้อยละ 58.85 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 แต่จากการศึกษาวิจัยของทัศนาศูววรรณะปรกรณ์ (2531) และสุกัญญา เศรษฐกิจวิวัฒน์ (2544) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปรับตัว

อายุ มักมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับตัวของบุคคลเมื่อเกิดปัญหา บอกถึงความสามารถในการจัดการต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ เนื่องจากสามารถใช้ประสบการณ์เป็นฐานในการเรียนรู้ได้ ผู้ที่มีอายุมากจะมีประสบการณ์ในชีวิตมากกว่า ซึ่งประสบการณ์ในชีวิตจะส่งผลต่อการปรับตัว (วิภา ลิ้มสกุล, 2545) นอกจากนี้ บุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาในการปรับตัวที่แตกต่างกันออกไป (อุไร ขลุ่ยนาค, 2540) จากการศึกษาของสายสม ภาณุมาศมณฑล (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับการปรับตัวในผู้ป่วยที่ทราบว่าตนเป็นโรคมะเร็งเม็ดโลหิตขาว จำนวน 100 รายพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีการปรับตัวดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของทัศนาศูววรรณะปรกรณ์ (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิต จำนวน 80 รายพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และจากการศึกษาของ

วิลโลกษณ์ จันทรพวง (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ผ่าตัดเต้านมออก จำนวน 100 รายพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจากการศึกษาของนวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์ (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด จำนวน 90 รายพบว่า ผู้ที่มีอายุน้อย 31-60 ปี ปรับตัวดีกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า

ระดับการศึกษา มีอิทธิพลต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของบุคคล มีผลต่อการรับรู้ข้อมูล การแปรข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหาและการหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา โดยใช้การเรียนรู้จากประสบการณ์และพฤติกรรมที่เคยประสบผลสำเร็จมาแล้วนำมาเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น แสวงหาความรู้ แหล่งความช่วยเหลือ (อรุณี หลาขพสุ, 2541) ผู้ที่มีการศึกษาสูงเมื่อไม่มีความรู้ในเรื่องใดที่เกี่ยวพันใกล้ชิดกับตน ย่อมต้องค้นหาหรือแสวงหาความรู้เพื่อนำมาตอบปัญหาให้กับตน โดยเฉพาะเมื่อมีการเจ็บป่วย การถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจและใช้การเรียนรู้ในอดีตหรือพฤติกรรมที่เคยใช้ประสบผลสำเร็จมาแล้วกับปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ส่วนบุคคลที่มีการศึกษาน้อยจะมีความสามารถในการใช้กระบวนการป้องกันกั้นที่ได้รับความนิยมป้องกันการเกิดความยุ่งยากซ้ำได้อีกน้อยและมีข้อจำกัดในการแก้ปัญหา เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาน้อยจะไม่ค่อยสนใจใฝ่หาความรู้ในสิ่งที่ตนใคร่รู้มากนัก อาจเพราะว่ามีองค์ประกอบด้านอื่นๆ มามีอิทธิพลเหนือกว่า เมื่อได้รับความรู้มาแล้วถ้าไม่สามารถปฏิบัติได้ก็จะหยุดทันที ดังนั้นผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีผลทำให้เข้าใจถึงปัญหาและวิธีการปฏิบัติที่ดีด้วย (อุไร ขลุ่ยนาถ, 2540) ส่วนการศึกษาของบุพพวรรณ ทองตะนูนาม (2541) ศึกษาผลของการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการตัดเต้านม จำนวน 90 รายพบว่า ระดับการศึกษา สามารถทำนายการปรับตัวบทบาทผู้ป่วยได้ร้อยละ 16.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แต่จากการศึกษาของสายสม ภาณุมาศมณฑล (2534) และนวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์ (2544) พบว่าระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว

รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน เนื่องจากความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจทางการเงินและความเป็นอยู่ของบุคคลไม่เท่ากัน ผู้ที่มีรายได้เพียงพอจะมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ สามารถเลือกสถานที่ให้บริการทางสาธารณสุข ทำให้ได้รับการตอบสนองเมื่อเจ็บป่วยได้ดีกว่าและมีแผนการดำเนินชีวิต มีการปรับตัวในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ มีการรักษาที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งการรักษาโรคมะเร็งด้วยเคมีบำบัดนั้นต้องรับการรักษาต่อเนื่องใช้ระยะเวลายาวนาน 6-12 เดือน ค่าใช้จ่ายในเรื่องของค่ารักษาพยาบาล ค่ายา การเดินทางล้วนแต่มีผลต่อการปรับตัวได้ ความเครียดจากภาวะเศรษฐกิจอาจทำให้การปรับตัวไม่มีประสิทธิภาพได้ จากการศึกษาของวิลโลกษณ์ จันทรพวง (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 100 รายพบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และจากการศึกษาของอัญชลี ฐิตะประ (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจ จำนวน 120 รายพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แตกต่างจากการศึกษาของทัศนาศูววรรณะปกรณ (2531) สายสม ภาณุมาศมณฑล (2534) และนวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์ (2544) พบว่ารายได้ฐานะทางเศรษฐกิจไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว

บุคคลสำคัญในชีวิต ผู้ดูแลด้านสุขภาพขณะเจ็บป่วยและบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือด้านอื่น ๆ ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย ช่วยตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ ลดความตึงเครียดทางอารมณ์ ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ให้มีความหวังและกำลังใจในการเผชิญปัญหา ขณะเจ็บป่วย มีความมั่นใจรู้สึกว่าคุณเองยังมีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม สามารถจัดการกับปัญหาและปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ จากการศึกษาของเผชิญ โศคนำรุ่ง (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวด้านอ้อม โนทัศน์ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องชนิดถาวร จำนวน 105 รายพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวด้านอ้อม โนทัศน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 100 รายพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา คงชุม (2539) ศึกษาอำนาจการทำนายของบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง ทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยคัดสรรและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 110 รายพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งทางสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมในระดับค่อนข้างสูง มีการปรับตัวดีและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายความแปรปรวนของการปรับตัวทางจิตสังคมได้ร้อยละ 22 และสอดคล้องกับการศึกษาของอุไร ชลูนาค (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 100 รายพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แตกต่างจากการศึกษาของนวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์ (2544) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว แต่หากจำแนกการสนับสนุนทางสังคมเป็นรายด้านพบว่า ด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวและด้านวัตถุ สิ่งของการเงินและแรงงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว

ปัจจัยจากตัวโรคมะเร็ง เป็นสิ่งที่ช่วยบอกการพยากรณ์โรค รวมทั้งวิธีการรักษาโรค ซึ่งมีตั้งแต่พยาธิสภาพ ระยะของโรค ลักษณะการเจริญเติบโตและการแพร่กระจายของโรค ปัจจุบันยังไม่สามารถวินิจฉัยมะเร็งได้ในระยะเริ่มแรก ทำให้ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ส่วนใหญ่ เมื่อมีอาการของโรคลุกลามมากแล้ว ขนาดของก้อนมะเร็งเมื่อตรวจด้วยคลื่นเสียงมักโตมากกว่า 5 เซนติเมตร นอกจากจะโตเกินกว่าจะผ่าตัดออกได้ ยังมักกระจายไปนอกตับหรืออวัยวะอื่นที่อยู่นอกตับ การรักษาจึงทำได้เพียงเพื่อยับยั้งไม่ให้ก้อนมะเร็งโตขึ้นเร็วเท่านั้น ไม่สามารถให้การรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งปัจจัยที่บ่งชี้การรักษาได้ผลดีหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้าน อายุ ขนาดของก้อนมะเร็ง ภาวะที่มีโรคตับแข็งร่วมด้วยหรือไม่และระยะของมะเร็ง มะเร็งตับและท่อน้ำดีมักจะมีการลุกลามและแพร่กระจายได้ค่อนข้างรวดเร็วและการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดและรังสีรักษาไม่ได้ผลดีนัก ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตต่ำ ซึ่งจะช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับภาวะแทรกซ้อนและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย (จิตชม สุวรรณน้อย, 2543) จะเห็นได้ว่า ปัจจัยจากตัวมะเร็งเป็นสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย เนื่องจากจากพยาธิสภาพของโรคที่มีความรุนแรง ส่งผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของชูศรี คูชัยสิทธิ์ และคณะ (2547) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีพบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคมะเร็งว่า เป็นโรครักษาไม่ได้ อายุไม่ยืน เป็นโรคเรื้อรัง รวมทั้งรับรู้การมีชีวิตอยู่อย่างทรมาณ และมีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตและการศึกษาของสุมน ปิ่นเจริญและอรสา กงตาล (2546) ผู้ป่วยจะมีความรู้สึก โดดเดี่ยวจากการเป็นโรคที่

เสียวยาวไม่ได้ อาลัยอาวรณ์ต่อชีวิตปัจจุบัน ความรู้สึกเหล่านี้ล้วนมีผลต่อการปรับตัวและการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2540)

ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นสิ่งเร้าร่วมที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น ทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้มากขึ้น ทำให้ปรับตัวได้เนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์จะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ช่วยให้ปรับตัวได้มีประสิทธิภาพมากกว่าระยะเวลาที่กระชั้นชิด (อรุณี หลายพสุ, 2541) ซึ่งระยะเวลาในการปรับตัวของบุคคลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคลและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสายสม ภาณุมาศมณฑล (2534) และคณิงนิจ อนุโรจน์ (2535) พบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.001 ตามลำดับ และจากการศึกษาของจารุวรรณ กฤตย์ประชา (2538) ศึกษาทัศนคติต่อโรค รูปแบบการบอกการวินิจฉัยโรคตามการรับรู้ของผู้ป่วย ปฏิกริยาตอบสนองต่อโรค ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 40 ราย เก็บข้อมูล 3 ครั้งหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างทราบการวินิจฉัยโรภายใน 1, 2 และ 3 เดือนตามลำดับพบว่า เดือนแรกมีการปรับตัวโดยรวมค่อนข้างต่ำ เดือนที่ 2 และ 3 มีปฏิกริยาการตอบสนองโดยการเผชิญหน้าต่อสู้กับโรคมะเร็ง ปรับตัวดีขึ้นตามลำดับ ซึ่งปฏิกริยาการตอบสนองโดยการเผชิญหน้าต่อสู้กับโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 แตกต่างจากการศึกษาของอุไร ขลุ่ยนาถ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัวกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 100 รายพบว่า ระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นสิ่งเร้าที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว หากผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพตรงตามสภาพความเป็นจริง ทำนายได้ว่าจะปรับตัวได้ดี เนื่องจากมีผลทำให้บุคคลรับรู้ความจริงตามสภาพและสามารถปฏิบัติตัวได้ตรงตามสภาพความเป็นจริง ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงพฤติกรรมปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของนวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์ (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีหลังผ่าตัด จำนวน 90 รายพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวและเป็นตัวทำนายการปรับตัวได้ดีที่สุดร้อยละ 26

จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า มีปัจจัยหรือสิ่งเร้าทั้งภายในตัวบุคคลเองและปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวและไกลตัว ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมปรับตัวและระดับความสามารถของพฤติกรรมปรับตัวของบุคคล การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเต้านมและท่อน้ำดีจัดเป็นสิ่งเร้าทางลบที่ส่งผลกระทบต่อปรับตัวของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ กล่าวคือ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญอาการรุนแรงจากการดำเนินของโรค ผลจากการรักษา รวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อระดับความสามารถในการปรับตัวของบุคคล โดยสิ่งเร้าตรงที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย คือ พยาธิสภาพของโรค ผลการรักษา ส่วนสิ่งเร้าร่วมที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สัมพันธภาพในครอบครัว ความเชื่อ ทัศนคติที่มีอยู่ในตัวบุคคล ความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย รวมถึงการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยที่นำเข้าสู่ระบบของบุคคลและส่งผลกระทบต่อกระบวนการเผชิญปัญหา โดยผ่านกลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้ ผู้ป่วยจะมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ความทุกข์ทรมาน ความ

ข้อเท็จจริงที่ว่า ทำให้ขาดความสามารถในการควบคุมสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและสุขภาพด้วยตนเอง ส่งผลต่อการปรับตัวในด้านอัตมโนทัศน์ที่ไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้ในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยควรเป็นกิจกรรมการพยาบาล เพื่อลด ขจัดสิ่งเร้าหรือปรับเปลี่ยนสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ หรือ การเพิ่มขีดความสามารถในการปรับตัวของบุคคล

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นสิ่งเร้าตรงทางบวกที่ช่วยส่งเสริมการปรับตัวหรือเพิ่มระดับความสามารถในการปรับตัวให้กับผู้ป่วย โดยส่งเสริมกลไกการคิดรู้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการรับรู้ เรียนรู้ การตัดสินใจและการปรับอารมณ์ รู้สึกสามารถควบคุมตนเอง ช่วยลดความรู้สึกทุกข์ทรมานจากผลที่เกิดจากการเจ็บป่วยและผลจากการรักษา เป็นการเพิ่มพลังอำนาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้และประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริงและสามารถวางแผนจัดการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้ จนกระทั่งสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะส่งเสริมกระบวนการคิดรู้ทั้ง 4 ขั้นตอน ทำให้ผู้ป่วยมีระดับและท่อน้ำดีปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.6 ปัญหาการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี

มะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นโรคที่มีการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มีวิธีการใดตรวจพบโรคนี้ในระยะเริ่มแรกได้อย่างเฉพาะเจาะจง อีกทั้งประชาชนยังขาดการตระหนักถึงอาการแสดงของโรค เนื่องจากในระยะเริ่มแรกอาการแสดงของโรคจะไม่เด่นชัด ทำให้พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามักมีอาการแสดงของโรคที่รุนแรงแล้ว เช่น ปวดท้องเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค มีภาวะตับโต มีก้อนในช่องท้องหรือมีภาวะท้องมาน อาการตัวและตาเหลืองจากการคั่งของน้ำดี ทำให้มีอาการคันตามร่างกาย บางรายมีอาการท้องอืดแน่นท้อง เบื่ออาหาร ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง ส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลียและเหนื่อยล้า นอกจากนี้ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด หรือรังสีรักษา อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมปรับตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจของบุคคล สามารถอธิบายในแต่ละด้าน ดังนี้

2.6.1 การปรับตัวด้านสรีระ มีผลกระทบดังนี้

ออกซิเจน: ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีนอกจากจะมีภาวะขาดจากการเสียเลือดส่วนหนึ่งไปหล่อเลี้ยงเซลล์มะเร็งอย่างเรื้อรังแล้ว (พัสมณซ์ คุ่มทวีพร, 2543) ปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะขาด คือ การแตกของก้อนมะเร็งตับ ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากการแตกของเส้นเลือดที่มาเลี้ยงก้อนมะเร็งตับ การกระทบกระเทือนจากภายนอก หรือจากการเสียดสีกับกระบังลมระหว่างหายใจ จะทำให้ก้อนเนื้องอกมีขนาดโตขึ้น ความดันในก้อนเพิ่มขึ้น ทำให้ผิวของก้อนและเนื้อตับที่อยู่ล้อมรอบเกิดการฉีกขาด (Zhu, et al., 1996 อ้างถึงใน อรพิน ชนพันธ์พาณิชย์ และคณะ, 2548) หรือการอุดตันของเส้นเลือด hepatic vein ที่อาจเกิดจากการกดเบียดของก้อนเนื้องอกที่โตขึ้นหรือจากการที่มีการลุกลามของก้อนเนื้องอกเข้าไปในเส้นเลือด ร่วมกับการที่ผู้ป่วยมีความดันในหลอดเลือด portal vein สูงจากภาวะตับแข็ง ทำให้เลือดไม่สามารถไหลระบายเข้าสู่เส้นเลือด portal vein ได้อย่างสะดวก เกิดการคั่งของเลือดภายในก้อน ทำให้ความดันภายในก้อนเพิ่มขึ้น เกิดการแตกของก้อนมะเร็งตับตามมา (Ong & Taw, 1972 อ้างถึงใน อรพิน ชนพันธ์พาณิชย์ และคณะ, 2548) ร่วมกับผู้ป่วยมะเร็งตับมีความบกพร่องในการสร้างวิตามินที่เกี่ยวข้องกับการผลิตปัจจัยการแข็งตัวของเลือด ทำให้มีโอกาสดูเยื่อเลือดได้ง่าย อีกทั้งการที่ผู้ป่วยมีความดัน portal vein สูงจะทำให้มี้ามมีขนาดโตขึ้น (Splenomegaly) ส่งผลต่อการทำงานของ้ามที่

ไม่เหมาะสม ทำให้การผลิตกรดเลือดลดลงและมีการทำลายของเม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาวที่ม้ามเพิ่มขึ้น เนื่องจากระดับ cholesterol และ phospholipid มีปริมาณสูงขึ้น ส่งผลให้เม็ดเลือดแดงมีความผิดปกติ คือมีขนาดใหญ่ขึ้นและอายุสั้นกว่าปกติ (คณาจารย์พระบรมราชชนก, 2541) ซึ่งภาวะซิด จากการเสียเลือด ส่งผลต่อกระบวนการขนส่งออกซิเจน ไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดกระบวนการปรับชดเชยของร่างกาย (Compensatory process) ผู้ป่วยจะแสดงออกทางพฤติกรรมปรับตัว ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หัวใจเต้นเร็ว เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีการอุดตันของท่อน้ำดี ถ้าการอุดตันยังคงดำเนินต่อไปเป็นเวลานาน หรือมีการลุกลามของมะเร็งเข้าไปในเส้นเลือดที่ม้ามเลี้ยงตับส่วนนั้น จะทำให้ตับแข็งและตับวายในที่สุด (วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, 2539) นอกจากนี้ ก้อนมะเร็งที่ลุกลามไปช่องท้องรวมทั้งภาวะท้องมานทำให้การเคลื่อนไหวของกระบังลมลดลง ประกอบกับตับสร้างอัลบูมินลดลง การคั่งน้ำกลับเข้าสู่กระแสเลือดน้อยลงส่งผลให้น้ำเข้าสู่เนื้อเยื่อระหว่างเซลล์ในช่องท้องมากขึ้นและสามารถซึมผ่านกระบังลมเข้าไปในช่องปอด เกิดน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด การแลกเปลี่ยนออกซิเจนจึงลดลง ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่ายและหายใจลำบาก (เซอร์ลือค เอส & คอลลี เจ, น.ป.ป.; บัญชา โอวาทพารพ, 2532 อ้างถึงใน นวลจันทร์ ธานีธรรมสุรัตน์, 2544) อีกทั้งการที่ผู้ป่วยรับประทานได้น้อยลง พักผ่อนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ร่วมกับตับทำงานน้อยลง ผู้ป่วยมีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะเวลาเปลี่ยนอิริยาบถต่าง ๆ จากความเครียดวิตกกังวลจากการเจ็บป่วย ท้อแท้ เบื่อหน่ายชีวิต ทำให้เหนื่อยง่าย หายใจอึดอัด แน่นหน้าอก (นวลจันทร์ ธานีธรรมสุรัตน์, 2544)

การปรับตัวด้านนี้ คือ การแลกเปลี่ยนและการขนส่งออกซิเจนไม่เพียงพอ สิ่งเร้าตรง คือ น้ำในเยื่อหุ้มปอด ภาวะท้องมาน ภาวะซิด เบื่ออาหาร พักผ่อนไม่เพียงพอและความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

โภชนาการ: เซลล์มะเร็งและเซลล์ปกติของร่างกายต่างก็ต้องการสารอาหารเพื่อการแบ่งตัวและการเจริญเติบโต เซลล์มะเร็งมีกระบวนการสังเคราะห์โปรตีน DNA และ RNA ในอัตราที่มากกว่าเซลล์ปกติ จึงเป็นสาเหตุให้เซลล์มะเร็งมีความต้องการอาหารและต้องใช้พลังงานมากกว่าเซลล์ปกติ จึงต้องแย่งอาหารจากเซลล์ปกติของร่างกาย (ปริยา รอดปรีชา & ยุพารธรรม ศรีสวัสดิ์, 2541) เมื่อร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ก็จะทำให้จากส่วนที่สะสมไว้ในร่างกายทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักลดและร่างกายทรุดโทรมลง (พัสนนธ์ คุ้มทวีพร, 2543) ผู้ป่วยมะเร็งจะมีภาวะทุพโภชนาการจากการที่ได้รับสารอาหารน้อยกว่าปกติ จากรอยโรคเองที่ทำให้เกิดการอุดตันทางเดินอาหารรู้สึกอึดอัด ไม่อยากรับประทานอาหารและจากการที่มะเร็งทำให้กรดไขมันและน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้นมีการหลั่งสารเบต้าเอนโดรีจินมากขึ้น (ชอลดา พันธุเสนา & ธัญพร ชื่นกลิ่น, 2542) นอกจากนี้เซลล์มะเร็งมีการหลั่งสารรับรบกวน chemoreceptor ที่ปากและคอ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหารร่วมด้วย อีกทั้งผลจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการรับรส โดยภายหลังรับเคมีบำบัดพบได้ร้อยละ 36-71 นอกจากนี้ผลของเคมีบำบัดทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร เกิดภาวะแทรกซ้อนในช่องปากเกิดแผลในปาก เยื่อช่องปากอักเสบ จากการที่เคมีบำบัดมีผลต่อการแบ่งเซลล์ ทำให้เซลล์เกิดใหม่น้อยลง เพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดจากการเคี้ยวและกลืนอาหาร ทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารตามมา (เสาวลักษณ์ เล็กอุทัย และคณะ, 2541) ภาวะดื่มน้ำเหลว ดื่บไม่สามารถสร้างน้ำได้ออกมาได้เพียงพอที่จะย่อยอาหารพวกไขมันต่าง ๆ พวกไขมันที่ไม่เลกุลใหญ่จึงไม่สามารถแตกตัวได้และไม่สามารถเข้าสู่กระแสเลือดได้ เป็นผลให้ร่างกายได้รับไขมันลดน้อยลง เกิดการสูญเสียพลังงานและเกิดภาวะทุพโภชนาการตามมา ไขมันที่ตกค้างในระบบทางเดินอาหารเกิดการย่อยสลายโดยแบคทีเรียในลำไส้ ทำให้เกิดแก๊สมากกว่าปกติ (วัชรพงศ์

พุทธสวัสดิ์, ม.ป.ป.) เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอึด แน่นท้อง เบื่ออาหาร อีกทั้งจากความวิตกกังวล การคิดเรื่องของท่อน้ำดี อาการแน่นท้อง การเปลี่ยนแปลงการรับรสและกลิ่นเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (ทิพย์ภา เชมภูเขียวลิขิต, 2540) ผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่ออาหาร ไม่แสวงหาอาหารบำรุงร่างกาย

การปรับตัวด้านนี้ คือ เกิดภาวะทุพโภชนาการ สิ่งเร้าตรง คือ การอุดตันของท่อน้ำดี การย่อยและดูดซึมไขมันลดลง การอึดแน่นท้อง ความวิตกกังวล การคิดเรื่องของท่อน้ำดี พยาธิสภาพของโรคมะเร็ง ผลจากการรักษาด้วยเคมีบำบัดและรังสีรักษา และการเปลี่ยนแปลงของการรับรสและกลิ่น

การซับซ้อน: จากพยาธิสภาพของมะเร็งตับและท่อน้ำดี ความสามารถในการสร้าง albumin ลดลง ทำให้ร่างกายไม่สามารถรักษาระดับของน้ำในกระแสเลือดได้ตามปกติ เลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันตามมา (วัชรพงศ์ พุทธสวัสดิ์, ม.ป.ป.) ซึ่งปัจจัยสำคัญในการเกิดภาวะนี้เข้าใจว่าเกิดจากการลดลงของปริมาณเลือดในร่างกาย การเสียเลือดในทางเดินอาหารจำนวนมาก การให้ยาขับปัสสาวะในการรักษาภาวะท้องมาน ซึ่งยาขับปัสสาวะมีผลไปลดการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงไตทำให้อัตราการกรองผ่านไตลดลง ทำให้มีปัสสาวะออกน้อย (Oliguria) นอกจากนี้ความสามารถในการกำจัดฮอร์โมนหรือสารเคมีส่วนเกินจากเลือดที่ลดลง เช่น angiotensin, vasopressin, prostaglandin และ catecholamine สารที่สะสมในเลือดเหล่านี้ทำให้เกิดหลอดเลือดหดตัวรวมทั้งหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตด้วย (วินัส ลิพหกุล, 2543) ภาวะดื่มน้ำเหลวระดับจะไม่สามารถสร้างน้ำดีออกมาได้เพียงพอที่จะย่อยอาหารพวกไขมันต่าง ๆ พวกไขมันที่โมเลกุลใหญ่จึงไม่สามารถแตกตัวได้ และไม่สามารถเข้าสู่กระแสเลือดได้จะถูกขับออกมาทางลำไส้ปนกับอุจจาระ อุจจาระที่มีไขมันปนออกมามีสีซีด กลิ่นเหม็น เรียกว่า steatorrhea (ชิดชม สุวรรณน้อย, 2543) นอกจากนี้ ไขมันที่ตกค้างในระบบทางเดินอาหารเกิดการย่อยสลายโดยแบคทีเรียในลำไส้ ทำให้เกิดแก๊สมากกว่าปกติ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอึด แน่นท้อง (วัชรพงศ์ พุทธสวัสดิ์, ม.ป.ป.) อีกทั้งความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วย การนอนอยู่ก้นที่ เนื่องจากไม่ค่อยเคลื่อนไหวจากพยาธิสภาพของโรค ร่วมกับได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน มีผลกระทบต่อบริบทซับซ้อนทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องผูกได้

การปรับตัวด้านนี้ คือ ท้องเสีย ท้องผูก ไตวายเฉียบพลัน สิ่งเร้าตรง คือ พยาธิสภาพของมะเร็งไขมันตกค้างในลำไส้ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

การมีกิจกรรมและการพักผ่อน: ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีมักมีอาการปวดแน่นใต้ลิ้นปี่ เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ซีด ตับโต ตาเหลืองตัวเหลือง มีไข้และคันตามร่างกาย เกิดอาการติดเชื้อบริเวณทางเดินน้ำดี (Gitnick, 1992) อาการเหล่านี้ส่งผลต่อการมีกิจกรรมและการพักผ่อนตามมา อาการอ่อนเพลีย ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง อีกทั้งภาวะซีด เหนื่อยง่ายและการติดเชื้อบริเวณทางเดินน้ำดี ทำให้การแลกเปลี่ยนและขนส่งออกซิเจนลดลง ทำให้เกิดอาการอ่อนล้า ร่วมกับการสะสมของเสีย end product ซึ่งเกิดจากการแตกทำลายของเซลล์มะเร็งในกระแสเลือดซึ่งไหลเวียนไปทั่วร่างกาย อาจเกิดจากการที่เซลล์มะเร็งแบ่งตัวเพิ่มปริมาณขึ้นอย่างรวดเร็วและแย่งสารอาหารในร่างกาย มีอัตราการเผาผลาญสารอาหารและใช้พลังงานในร่างกายสูงขึ้น อาการอ่อนล้าที่เกิดขึ้นแบบสะสม ทำให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมลดลง การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง รู้สึกไม่สบายทุกข์ทรมาน (Berger & Higginbotham, 2000; Krishnasamy, 2000) ความไม่สบายจากอาการแน่นท้อง ปวดเสียดได้ขยายโครงร่างไปกลางหลัง ความกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องตื่นขึ้นมาจากการนอนหลับหรือทำให้ผู้ป่วยนอนไม่ค่อยหลับ รวมถึงอาการคันที่มักเป็นตอนกลางคืนมากกว่า

กลางวัน ทำให้แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงตามมา (นวลจันทร์ ธานีธรรมสุรัตน์, 2544) และจากการมีกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงในตอนกลางวันผู้ป่วยพักผ่อนมากขึ้นช่วงกลางวัน ทำให้ต้องตื่นขึ้นกลางดึกเกิดปัญหาการนอนหลับตามมา พบได้ร้อยละ 45 (Engstrom et al., 1999)

การปรับตัวด้านการมีกิจกรรม คือ ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง สิ่งเร้าตรง คือ ภาวะตัวเหลืองตาเหลือง ความวิตกกังวล ความไม่สุขสบาย ปลายมือปลายเท้าบวม

การปรับตัวด้านการพักผ่อน คือ แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง สิ่งเร้าตรง คือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความไม่สุขสบาย

การปกป้องร่างกาย: จากพยาธิสภาพของมะเร็ง เซลล์มะเร็งต้องการอาหารมาเลี้ยงมากแต่มีเลือดมาเลี้ยงจำนวนปกติทำให้เกิดการขาดเลือดมาเลี้ยงก็จะทำให้มีอาการเน่าตายของเนื้อเยื่อบริเวณตรงกลาง ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายจากการเน่าตาย นอกจากนี้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายจากร่างกายอ่อนแอภูมิคุ้มกันต่ำอยู่แล้วจากเซลล์มะเร็งปล่อยแอนติเจนมาจับกับแอนติบอดีที่ร่างกายสร้างขึ้นมา ทำให้แอนติบอดีหมดฤทธิ์ในการทำลายเซลล์มะเร็งและทีลิมโฟไซต์ทั้งหมดฤทธิ์ ภูมิคุ้มกันของร่างกายจึงลดลง (พิสมนธ์ คุ่มทวีพร, 2543; นรินทร์ วรภูมิ, 2541) ผู้ป่วยโรคตับจะเกิดการติดเชื้อได้ง่าย อาจพบเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด (Bacteremia) ได้เนื่องจาก Kupffer cell ที่อยู่รอบ ๆ sinusoid ของเซลล์ตับไม่สามารถทำหน้าที่ในการกรองเชื้อโรคในกระแสเลือดได้ (ชิดชม สุวรรณน้อย, 2543) ร่วมกับภาวะที่มีท้องมาน (Ascites) (ซึ่งน้ำในช่องท้องมีธาตุอาหารสมบูรณ์สามารถเลี้ยงเชื้อได้เป็นอย่างดี) อาจทำให้เกิดภาวะการติดเชื้อของน้ำภายในช่องท้องได้ ผู้ป่วยมักมีไข้ต่ำไปจนถึงไข้สูงหนาวสั่น ปวดท้อง หน้าท้อง กดเจ็บ ไปจนถึงภาวะโลหิตเป็นพิษ (Septicemia) เสียชีวิตได้ (เดมิชัย ไชยนิติ & ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล, 2544) ภาวะขาดน้ำตาล (Hypoglycemia) เชื่อว่าเกิดจากการขาด glycogen เนื่องจากมะเร็งดักกลูโคสจนเหลือคือน้อย ทำให้สมรรถภาพในการสร้าง glucose ลดลง มีการสร้าง insulin หรือ insulin like เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างการสร้างและการใช้น้ำตาลของเซลล์มะเร็ง (เพื่องเพชร เกียรติเสวี, 2544) การขาดน้ำในทางเดินอาหารเป็นการขาดปัจจัยหนึ่งในการควบคุมจำนวนแบคทีเรียในลำไส้เล็ก จึงเกิดการขยายจำนวนของแบคทีเรียเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะแบคทีเรียที่ปนมากับอาหารและแบคทีเรียที่เพิ่มขึ้นมาจากลำไส้ส่วนล่าง ทำให้เกิดการอักเสบของท่อน้ำดี (วัชรพงศ์ พุทธสวัสดิ์, ม.ป.ป.)

การปรับตัวด้านนี้ คือ การติดเชื้อ สิ่งเร้าตรง คือ พยาธิสภาพของมะเร็ง การขาดน้ำในทางเดินอาหาร ภูมิคุ้มกันในร่างกายต่ำ

การรับรู้ความรู้สึก: สาเหตุของความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็ง ได้แก่ จากพยาธิสภาพของมะเร็ง พบได้ประมาณร้อยละ 65-85 เนื่องจากการเติบโตของมะเร็ง (Tumor involvement) ก้อนมะเร็งเบียดทับเส้นประสาท หลอดเลือด หรืออวัยวะที่อยู่รอบ ๆ จากผลของกระบวนการรักษา (Cancer-related procedures and treatment effects) พบได้ประมาณร้อยละ 15-25 ได้แก่ การรักษาและควบคุมการกระจายของก้อนมะเร็งด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การผ่าตัด การใช้รังสีรักษาและการใช้เคมีบำบัด หัตถการและการตรวจต่าง ๆ และความเจ็บปวดที่เกิดจากจิตใจ (Psychogenic pain) หรือ ความเจ็บปวดที่ระบุสาเหตุไม่ได้ (Idiopathic pain) พบได้ประมาณร้อยละ 3-10 ของผู้ป่วยมะเร็ง มักสัมพันธ์กับอารมณ์และจิตใจ เช่น ความโกรธ ความกลัวและความวิตกกังวล เป็นต้น (เสาวลักษณ์ จิรธรรมคุณ & พรทิพย์ พานิชเจริญวงศ์, 2548) อาการปวดจากมะเร็งตับ เกิดจากการลุกลามของเซลล์ตับไปสู่อวัยวะต่าง ๆ ภายในช่องท้อง ทำให้ผู้ป่วยปวดท้องบริเวณใต้ชายโครงขวาหรือลิ้นปี่ อาจเป็นเพียงจุดเน้น

คือ ๆ จนถึงปวดรุนแรง อาการมักปวดตลอดเวลาหรือเป็นพัก ๆ และปวดมากขึ้นเมื่อออกกำลังกาย ซึ่งเชื่อว่าเกิดจากการที่เยื่อหุ้มตับ (liver capsule) ถูกยืด (distend) หรือถูกบุกรุกโดยเนื้อร้ายหรือจากการที่มะเร็งกระจายและมีการทำลายเนื้อตับ (เดิมชัย ไชยนิติ & ไพโรจน์ เหลืองโรจนกุล, 2541; สุวรรณี มหาวิวัฒน์, 2545) รวมทั้งการปวดตามอวัยวะต่างๆ ที่มีการแพร่กระจายของโรค ส่วนอาการปวดของมะเร็งท่อน้ำดี เกิดขึ้นจากการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งที่เจริญลุกลามไปสู่อวัยวะอื่นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้างเคียงและต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้ ๆ ทั้งๆ ที่ตัวก้อนมะเร็งนั้นอยู่ในระยะสุดท้ายแล้วก็ตาม นอกจากนี้ยังลุกลามไปเส้นประสาท (Perineural invasion) ที่อยู่ใกล้ ๆ และพบว่าได้มีการกระจายไปที่อื่น ๆ เช่น กระดูกซี่โครง กระดูกสันหลัง กระดูกอื่น ๆ สมอง ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังก็พบได้บ้าง แต่เป็นจำนวนน้อย (ณรงค์ ขันดีแก้ว, 2548) การทำลายเส้นเลือดและท่อน้ำดีในตับ ทำให้แคปซูลของตับขยายใหญ่ขึ้น ผู้ป่วยปวดแน่นร้าวไปที่หลังหรือไหล่ พยาธิใบไม้ตับก่อให้เกิดการระคายเคืองของท่อน้ำดี ผู้ป่วยจะรู้สึกอกร้อนท้องและปวดเสียดได้ชายโครงขวา (สุชา คุระทอง, 2526) นอกจากนี้ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และค่าใช้จ่ายในการรักษา บทบาทหน้าที่และสัมพันธภาพทางสังคมและครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป ล้วนแต่มีความสัมพันธ์กับอาการปวด

การปรับตัวด้านนี้ คือ อาการปวด สิ่งเร้าตรง คือ พยาธิสภาพของมะเร็งที่มีการลุกลาม ความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

สมมูลของสารนำ อิเลคโตรลิตต์และกรดต่าง : เซลล์มะเร็งสามารถสร้างสาร tumor necrotic factor (TNF) ซึ่งเป็นสารที่รบกวนเซลล์ปกติของร่างกายในการทำหน้าที่ต่าง ๆ มีการสร้าง DNA และ RNA เพิ่มขึ้นจึงมีกรดยูริกในเลือดสูง กระตุ้นให้เกิดอาการเบื่ออาหารและคลื่นไส้อาเจียน ส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะขาดน้ำ และมีสมมูลของอิเลคโตรลิตต์ ผิดปกติไป นอกจากนี้ปล่อย osteolytic substance ออกมาทำลายกระดูก สารแคลเซียมในเลือดสูง ทำให้มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ มีผลต่อระบบหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นเร็วได้ (นรินทร์ วรวิทย์, 2541; สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536) การที่ตับสร้างอัลบูมิน ลดลง ร่างกายไม่สามารถรักษาระดับน้ำในกระแสเลือดได้ตามปกติ น้ำเข้าสู่เนื้อเยื่อระหว่างเซลล์มากขึ้น ผู้ป่วยอยู่ในภาวะขาดน้ำทั้ง ๆ ที่โดยภาพรวมผู้ป่วยมีน้ำในร่างกายมากแล้ว (Reishtein, 1993) การที่ความดันเลือดสูงใน portal vein มีผลทำให้ hydrostatic pressure ในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้คั่งของเหลวเข้าสู่ช่องท้อง เกิดภาวะท้องมาน ร่วมกับการที่ผู้ป่วยมีระดับฮอร์โมน aldosterone และ antidiuretic ที่เพิ่มขึ้นในเลือดจะไปกระตุ้นให้ไตมีการดูดซึมกลับของโซเดียมและน้ำเพิ่มขึ้น ทำให้ภาวะท้องมานที่มีอยู่แล้วเพิ่มมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยที่มีสภาวะท้องมานมากพบว่าปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไตและอัตราการกรองผ่านไตลดลง จะไปกระตุ้นให้มีการหลั่ง renin และ angiotensin เพิ่มขึ้น ซึ่งจะไปมีผลกระตุ้นต่อมหมวกไตให้หลั่ง aldosterone เพิ่มขึ้น ทำให้มีการคั่งของโซเดียมและน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการบวมตามแขนขา (Peripheral edema) น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นจากการสะสมของเหลวในช่องท้อง ทำให้หายใจลำบาก (Dyspnea) เนื่องจากของเหลวในช่องปอดประมาณ 10-20 ลิตร ไปดันกระบังลม ทำให้ลดความจุของปอดลง (วินัส ลิพพกุล, 2543) อีกทั้งการที่ผู้ป่วยมีอาการแน่นท้อง เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง ทำให้ระดับโปรตีนในกระแสเลือดลดลง มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง การขาดวิตามินดีที่ต้องอาศัยการละลายไขมัน ส่งผลให้ร่างกายไม่สามารถนำแคลเซียมเข้าเซลล์ได้ ผู้ป่วยรู้สึกสับสนและซึมลง (เลียงชัย ลิมลือมวงค์ และคณะ, ม.ป.ป.)

การทำงานของระบบประสาท: เซลล์มะเร็งทำให้เกิดภาวะ carcinomatous neuromyopathy กล้ามเนื้ออ่อนแรงรีเฟล็กซ์ของเอ็นลดลง บางรายมีการทำลายไมอีลินของปลายประสาทและเมื่อมะเร็งลุกลามมากขึ้นไปกดประสาทไขสันหลังทำให้เกิดอัมพาตได้ (สุมิตรา ทองประเสริฐ, 2536) ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีจะมีอาการทางสมอง (Hepatic encephalopathy) เกิดขึ้นได้ มีผลต่อระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย มีสาเหตุจากการไหลเวียนของเลือดจาก portal vein เข้าสู่ระบบไหลเวียนโดยไม่ผ่านตับซึ่งเกิดจากการมีทางลัดของหลอดเลือดดำ (Collateral vein) ทำให้สารพิษ สอร์โอมและ toxin ไม่ถูกจำกัดโดยตับ จะทำให้เกิดสารพิษคั่งในร่างกายและมีผลโดยตรงและ/หรือโดยอ้อมต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ดังนั้นสารเหล่านี้โดยเฉพาะ แอมโมเนีย จะสามารถผ่าน brain barrier เข้าสู่สมองได้ ทำให้ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยลดลง มีอาการซึมลง หมดสติและถึงแก่ความตายได้ในที่สุด (วินัส ลิพทกุล, 2543)

การทำงานของต่อมไร้ท่อ: ในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดก่อนรับประทานต่ำกว่าปกติเนื่องจากการสลาย glycogen ลดลง แต่หลังรับประทานอาหารพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากความสามารถในการสังเคราะห์ glycogen ลดลง จำนวน pyrenchymal ลดลงการหลั่ง glucagons เพิ่มขึ้น จำนวนตัวรับอินซูลิน (Insulin receptor) ในเซลล์ทั่ว ๆ ไปลดลง มีความผิดปกติของฮอร์โมน estrogen และ androgen เนื่องจากตับเสื่อมสภาพ ระดับฮอร์โมน estrogen ในเลือดที่สูงขึ้นทำให้ ผู้ชายมีลักษณะทางเพศเปลี่ยนไปในทางเพศหญิง คือ ลูกอัณฑะฝ่อ ขนรักแร้ หน้าอกและหัวหน่าวลดลงหรือหมดไป สมรรถภาพทางเพศลดลงและมีเต้านมโตเหมือนผู้หญิง (Gynaecomastia) ผู้หญิงจะมีประจำเดือนน้อยหรือขาดหายไป ขนาดของเต้านมเล็กลง บริเวณหน้าอก คอและหลังส่วนบนของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีอาจมีเส้น โลหิตฝอยแดง แดงเป็นหย่อม ๆ คล้ายใยแมงมุม (Spider nevi) บริเวณฝ่ามือและปลายนิ้วมีสีแดงจัด (Plamar erythema) นอกจากนี้ระดับฮอร์โมน aldosterone ที่สูงขึ้น มีผลให้การดูดซึมกลับของโซเดียมที่ไตเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการบวม (วินัส ลิพทกุล, 2543)

มะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นโรคที่รุนแรงและมีการดำเนินของโรคที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว ในปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เนื่องจากยังไม่มีวิธีคัดกรองผู้ป่วยได้ในระยะแรกของโรค ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ เมื่อมีอาการของโรคอยู่ในระยะลุกลามแล้วจึงยากต่อการรักษา การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีจัดเป็นสิ่งที่ร้ายแรงที่สุดที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกาย ซึ่งเป็นการตอบสนองของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ 5 ประการและกระบวนการของร่างกายที่ซับซ้อน 4 กระบวนการ ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น กล่าวคือ พหุวิสัยภาพของโรค ทำให้มีภาวะตับโต มีก้อนในช่องท้อง หรือมีภาวะท้องมาน ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมาก อาการตัวและตาเหลืองจากการคั่งของน้ำดี ทำให้มีอาการคันตามร่างกาย อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและมีแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป อาการอึดแน่นท้อง เบื่ออาหาร ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง ส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลียและเหนื่อยง่าย เป็นต้น การมีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองและวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรคที่ก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว กลัวตายเนื่องจากผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับโรคว่ารุนแรงเป็นแล้วต้องตายทุกราย ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หมดหวังในการรักษา ปฏิเสธการรักษาหรือไม่ยอมมารับการรักษาต่อ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นการตอบสนองของร่างกายต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบต่อบุคคล หากผู้ป่วยมีการปรับตัวด้านร่างกายที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางจิตใจ ซึ่งเป็นการปรับตัวด้านอ้อม โน้ตส์ และเป็นการปรับตัวในมิติทางจิตใจตามมา

2.6.2 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี จากพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรงและการดำเนินของโรคที่เป็นไปอย่างรวดเร็ว ผลข้างเคียงจากกระบวนการรักษาและสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยรับรู้สภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งว่าเป็นสถานการณ์ที่รุนแรงคุกคามต่อชีวิต ซึ่งจัดเป็นสิ่งที่เร้าทางลบที่มีผลต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.6.2.1 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย

จากพยาธิสภาพการดำเนินของโรคที่รุนแรงและการรักษา มีผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ด้านร่างกายของผู้ป่วย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ (Body image disturbance) ในเวลาอันรวดเร็ว จากเดิมที่เคยมีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์มี สุขภาพดี กลับกลายมาเป็นรูปร่างผอมแห้ง แขนขาเล็กลง ท้องโตขึ้น ผื่นงื่นขึ้น คันคันคันคันคันคัน ปลายเท้าบวม ตัวตลกเหลืองจนเกือบดำ (วัชรพงศ์ พุทธสวัสดิ์, ม.ป.ป.) การรักษาด้วยการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเสียสุขภาพ ศักยภาพของตนเองต่อหน้าที่การงานและการหารายได้ในครอบครัว ส่งผลกระทบต่อตนเองในด้านความรู้สึกสูญเสีย (Loss) ผลจากการได้รับรังสีรักษา อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดกลุ่มอาการแพ้รังสีรักษาได้ ได้แก่ อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน การรักษาด้วยเคมีบำบัดทำให้มีอาการอ่อนล้า คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ความทนในกิจกรรมลดลง ผิวหนังเปลี่ยนแปลงมีสีคล้ำลง เล็บ มีสีคล้ำ ดำแข็งเปราะแตกง่ายและผรุสว่ลง ทำให้มีความรู้สึกสูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย ความรู้สึกส่วนตัวที่มีต่อร่างกายเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนิพร คนชุม (2547) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดพบว่า สภาวะของโรคมะเร็งและผลข้างเคียงของเคมีบำบัดที่เกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายอ่อนแอและเปลี่ยนแปลงไปจากสภาวะสุขภาพปกติ การเข้ารับการรักษาย่างต่อเนื่อง ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลชั่วคราว ทั้งจากอาการอ่อนล้า อ่อนเพลีย ความรู้สึกทางเพศลดลง ผรุสว่ลง ซึ่งทำให้สูญเสียความมั่นใจที่ดึงดูดใจเพศตรงข้าม จากการแยกห่างกันชั่วคราวและการสูญเสียภาพลักษณ์ ทำให้เกิดปัญหาเพศสัมพันธ์บกพร่อง (Sexual dysfunction) ก่อให้เกิดความว้าวุ่นตามมาได้ (Burt, 1995; Price, 1992) การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัว พฤติกรรมที่แสดงออกคือ ผู้ป่วยรู้สึกเศร้า คับข้องใจและทุกข์ทรมานเกี่ยวกับการสูญเสียภาพลักษณ์และความสามารถด้านร่างกาย ไม่กล้าพบปะผู้อื่น ส่งผลให้ผู้ป่วยแยกตัวไม่ติดต่อสังสรรค์กับผู้อื่น

2.6.2.2 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล

1) อัตมโนทัศน์ด้านความมั่นคงในตนเอง เป็นความเชื่อ ความรู้สึกที่เกี่ยวกับความมั่นคงภายในบุคคล การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งนับเป็นเหตุการณ์ที่คุกคามในชีวิตของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่เร้าที่เข้ามากระทบระบบของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่จะมาคุกคามความมั่นคงในตนเอง ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีรับรู้ความรุนแรงของโรคว่าเป็นสถานการณ์ที่เลวร้าย เป็นโรคแล้วต้องตาย ทำให้รู้สึกสิ้นหวัง สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารรรณ สุระกุล (2544) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยมะเร็งในการได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากทีมสุขภาพพบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการบอกความจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจะมีความรู้สึกตกใจกลัว เพราะความตายอยู่ใกล้ ทำให้ไม่กล้าต้องเป็นเรา เรายึด สับสน กังวลใจ ทำอย่างไรให้หายจากโรคร้ายนี้ ซึ่งการให้ความหมายและสะท้อนความรู้สึกต่อการรับรู้ความหมายของโรคมะเร็งจากความเชื่อที่บอกต่อ ๆ กัน

มาและเมื่อรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งจึงทำให้มีความรู้สึกสิ้นหวัง คิดว่าต้องตาย หวั่นวิตกไม่แน่ใจในอนาคตและการรักษา (จันทิรา จิตต์วิบูลย์, 2543) มีความรู้สึกตกใจ กลัว โกรธ ท้อแท้ หมดหวัง เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ทั้งจากโรคมะเร็งและผลการรักษา เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต ก่อให้เกิดความเครียดและสถานการณ์ที่วิกฤตของชีวิต (Krause, 1991) รอคอยความตาย มีความรู้สึกไม่แน่นอนและเป็นสิ่งที่น่าหวาดหวั่นอย่างมาก รู้สึกโดดเดี่ยวและเป็นภาระต่อครอบครัว (Thome, 2003) ความกังวลถึงความไม่แน่นอนของชีวิต ความตาย ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิตเกิดขึ้นทุกระยะของการดำเนินโรคของมะเร็ง (Halldorsdottir & Hamrin, 1996) จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 100 รายพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว นอกจากความกังวลเกี่ยวกับโรคและการมีชีวิตรอด มีความรู้สึกไม่แน่นอนของชีวิตและอนาคตแล้วผู้ป่วยยังต้องมีความทุกข์ทรมานทางด้านอารมณ์ หากผู้ป่วยใช้กลไกการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมเกิดความรู้สึกซึมเศร้า มีพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพตามมา (Zabalegui, 1999) จากการศึกษาของ Kuuppelomaki & Lauri (1998) ในผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 22 รายพบว่า มีความรู้สึกซึมเศร้ามากที่สุดจากการรับรู้ว่าเป็นโรครักษาไม่หายและคุกคามต่อชีวิต เกิดความไม่แน่ใจในความมั่นคงในชีวิตและตนเองมีความวิตกกังวล การตกอยู่ในสภาพของผู้ที่กำลังก้าวเข้าสู่ความตาย ส่งผลกระทบต่อการรับรู้ด้านอัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล ได้แก่ ความกลัว ความรู้สึกกลัวตาย ความวิตกกังวล เนื่องจากภาวะคุกคามของโรคต่อสุขภาพ ความรู้สึกไม่แน่นอนและขาดความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์ ความรู้สึกสิ้นหวัง ต้องพึ่งพาผู้อื่น รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย ความรู้สึกสูญเสียอำนาจ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองไม่มีอำนาจ หรือไม่มีความสามารถในการควบคุมหรือจัดการเปลี่ยนแปลงอะไรถึงภาวะของโรคที่คุกคามได้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2547) อีกทั้งการรักษาที่ต่อเนื่องมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลตามมา (นวลจันทร์ ธานีทรสุรัตน์, 2544; รัชนิพร คนชุม, 2547)

2) อัตมโนทัศน์ด้านปณิธานและความคาดหวัง เป็นการรับรู้ตนเองในเรื่องเกี่ยวกับความนึกคิดและความคาดหวังว่าตนเองจะเป็นอะไร ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีย่อมมีความคาดหวังว่าอาการจะดีขึ้นหายจากโรค อยากกลับไปมีภาพลักษณ์และบุคลิกภาพก่อนป่วย แต่จากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและต้องเผชิญอาการต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาการดำเนินของโรคและผลการรักษา ในระยะแรกผู้ป่วยคาดหวังว่าการรักษาจะช่วยให้ตนหายจากโรค จึงพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อให้ตนเองฟื้นสภาพให้แข็งแรง ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะดูแลสุขภาพ ทั้งนี้ได้รับแรงสนับสนุนทั้งจากบุคคลรอบข้าง (ชูศรี ภูชัยสิทธิ์ และคณะ, 2547) แต่สถานการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรัง จากพยาธิสภาพของโรคอาการข้างเคียงจากการรักษา การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะเจ็บป่วย และโรค หวั่นวิตกไม่แน่ใจในอนาคต มีความรู้สึกไม่แน่นอนในชีวิต ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ใจ เมื่อมีอาการผิดปกติไม่เป็นไปตามที่ตนเองคาดหวังไว้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้หมดหวังได้ ทำให้ความสามารถในการปรับตัวด้านปณิธานและความคาดหวัง น้อยกว่าการปรับตัวด้านอื่น ๆ (รัชนิพร คนชุม, 2547)

3) อัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรม จรรยา จิตวิญญาณ จากพยาธิสภาพของโรคและผลการรักษา ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพามนุษย์คนอื่นมากขึ้น ทั้งบุคคลในครอบครัวและเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ จึงเกิดความรู้สึกผิดที่ต้องให้บุคคลอื่นมาคอยดูแล โดยเฉพาะบุคคลที่มีบุคลิกภาพเชื่อมั่นในตัวเอง เกิดความรู้สึกผิดและความขัดแย้งในใจเกี่ยวกับการพึ่งพาสูงมาก (Sewartz & Luby, 1984 อ้างถึงใน Frank, 1988) นอกจากนี้ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคมะเร็งทำให้ผู้ป่วยบางรายรู้สึกผิด คิดว่าตนเองเป็นโรคเช่นนี้

จากบาปกรรมที่ตนเคยทำไว้ในอดีต หรือมีความเชื่อว่าตนเป็นมะเร็งเพราะตนทำกรรมไม่ดี หรือพระเจ้าต้องการให้เป็นเช่นนั้น เพราะฉะนั้นตนเองจึงไม่มีส่วนรับผิดชอบในการพินาศจากโรค ผู้ป่วยมักจะมอบความหวังในการหายจากโรคให้กับผู้มีอำนาจเหนือกว่า เช่น พระเจ้า ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจในความหมายของความเจ็บป่วย (Sense of meaningfulness) (สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2538) ความรู้สึกผิดที่ผู้ป่วยแสดงออกมา อาจอยู่ในรูปของอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียว โกรธตัวเอง โกรธครอบครัวหรือไม่พอใจในการดูแลของแพทย์ พยาบาล หรือกฎเกณฑ์ในการรักษา (นวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์, 2544)

2.6.3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่

บทบาทผู้ป่วย : พฤติกรรมสุขภาพและการเจ็บป่วยเป็นการตอบสนองจากการเรียนรู้ทางสังคม สังคมเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมที่ยอมรับและไม่ยอมรับของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะถูกคาดหวังให้แสดงการกระทำที่เหมาะสมเพื่อทำให้สุขภาพของตนเองกลับสู่สภาพเดิม (ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม, 2541) ภายหลังจากที่ได้รับคำวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าตนเองอยู่ในสถานการณ์ที่เลวร้ายคุกคามต่อชีวิต รอคอยความตาย ต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องและอยู่ภายใต้การดูแลของบุคลากรทางด้านสุขภาพทั้งแพทย์และพยาบาล บทบาทของผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมือในการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ ต้องยอมรับบทบาทผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งทำให้สิทธิ (Right) และความเป็นอิสระส่วนบุคคล (Individual autonomy) ของผู้ป่วยลดลงรวมถึงความเป็นตัวของตัวเอง (Depersonalization) จากการที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำและอยู่ในภาวะพึ่งพิงรับการดูแลรักษาจากแพทย์ ขาดการควบคุมสถานการณ์ในชีวิตตนเองและสูญเสียการควบคุมสถานการณ์ (Loss of control) ทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง (Hopelessness) และความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) (Haigh, 1993) นอกจากนี้ อาการต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาการดำเนินของโรคและผลการรักษา จะทำให้ความสามารถในการทำงานของร่างกายลดลง รบกวนชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยมะเร็งจึงมีบทบาทที่จะต้องควบคุมอาการเจ็บป่วยเพื่อที่จะได้สามารถทำหน้าที่ในสังคมได้ตามระดับที่สามารถปฏิบัติได้ ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดและอาจต้องเปลี่ยนแปลง แบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อลดการเกิดภาวะเสี่ยงต่าง ๆ บทบาทผู้ป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึก เมื่อหนายที่จะต้องมาพบแพทย์ ท้อแท้ต่อการรักษาได้ (ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม, 2541; รัชนิพร คนชุม, 2547) นอกจากนี้ความก้าวหน้าของโรคทำให้ต้องอยู่ในบทบาทของผู้ป่วยตลอดชีวิต ปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิตใหม่เป็นสิ่งที่ลำบากและทุกข์ทรมานสำหรับผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยสามารถดำรงในฐานะผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพจะควบคุมโรคมิให้ลุกลามได้เร็วขึ้น แต่หากผู้ป่วยไม่สามารถดำรงบทบาทของผู้ป่วยได้ อาจทำให้เกิดความล้มเหลวในบทบาทตามมาได้ (นวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์, 2544)

บทบาทการทำงาน: ผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีส่วนใหญ่พบว่า อยู่ในวัยทำงานคือ อายุระหว่าง 40-60 ปีและเป็นเพศชายซึ่งมีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัวและหารายได้ ดังนั้น เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจึงส่งผลกระทบต่อแสดงบทบาท การทำหน้าที่ทางสังคม การงาน ฐานะทางเศรษฐกิจ รวมทั้งความภาคภูมิใจและจิตวิญญาณในการพึ่งพาตนเอง ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนหน้าที่การงานของตนให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายที่อ่อนแอลง การมาตรวจตามนัดและการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีปัญหาเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการเดินทางมาโรงพยาบาล จำนวนครั้งของการมาตามนัด อีกทั้งขาดรายได้จากสภาพร่างกายที่ทรุดโทรมจนไม่สามารถทำงานได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและอาจต้องออกจากงานหรือเปลี่ยนงาน

(เฉลิมศรี สุรสิทธิ์, 2548; สุกัญญา เตชะ โขควิวัฒน์, 2544) ประกอบกับภาวะความเจ็บป่วยและภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงทำให้ผู้ป่วยทำงานไม่มีประสิทธิภาพหรืออาจทำให้ต้องเปลี่ยนหน้าที่การทำงาน ส่งผลต่อเศรษฐกิจตามมา นอกจากนี้ผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีส่วนใหญ่อยู่ในระยะของการรักษาและรู้ดีกว่าคนเจ็บป่วยตลอดเวลา จึงเลี่ยงการมีกิจกรรมกับเพื่อนและสังคม (นวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์, 2544; สุกัญญา เตชะ โขควิวัฒน์, 2544) ไม่ต้องการมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นและแยกตัวเอง ทำให้บทบาททางสังคมของผู้ป่วยลดลง (ยุพาวรรณ ทองตะนูนาม, 2541) แตกต่างจากการศึกษาของวันทนา คลโสภณ (2538) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดเต้านมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพหลังการเจ็บป่วยและไม่ได้ทำงานอธิบายว่า การเจ็บป่วยทำให้ต้องอยู่กับบ้านโดยไม่ทำงานเนื่องจากสูญเสียภาพลักษณ์ ขาดความมั่นใจและสภาพร่างกายอ่อนแอ

2.6.4 การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน

จากภาวะเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับอาการ ไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น ปวดแน่นลิ้นปี่ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ซีด คับโต ตาเหลืองตัวเหลือง อาการเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน อ่อนเพลียง่าย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองลดลง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองต้องพึ่งพาผู้อื่น (กรวสา อินทร์แปลง & จิตลัดดา โพธิ์ผ่อง, 2548) การเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรงร่วมกับผลการรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ไม่กล้าทำกิจกรรมใด ๆ ด้วยเกรงว่า โรคจะลุกลาม ผู้ป่วยพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นจนอาจกลายเป็นภาระของครอบครัว ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยต้องการคงคุณค่าตนเองไว้ ไม่เปิดเผยอาการที่ผิดปกติของตนแก่สมาชิกในครอบครัว ปฏิเสธความช่วยเหลือทั้งหมดจากผู้อื่นแม้ในเวลาที่จำเป็น (Harker, 1972 อ้างถึงใน นวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์, 2544) ส่งผลให้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น ดึงเครียด เกิดความไม่ไว้วางใจและห่างเหิน จนอาจถึงขั้นผู้ป่วยแยกตนเองออกจากสังคมในที่สุด การปรับตัวดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากความรุนแรงของโรค การคงคุณค่าของตนเองไว้ (นวลจันทร์ ธานินทร์สุรัตน์, 2544) การเจ็บป่วยไม่เพียงมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ใกล้ชิดโดยเฉพาะคู่สมรส ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลระดับประคองและเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ มีความผูกพันกัน ขอมรับการพึ่งพาซึ่งกันและกัน รวมทั้งสนับสนุนให้แต่ละฝ่ายสามารถเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต จากภาวะที่ถูกคามต่อชีวิต คู่สมรสและครอบครัวต้องปรับบทบาทหน้าที่การทำงานและบทบาทในครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวต้องรักษาภาวะสมดุลและการพึ่งพาระหว่างกัน เช่น การที่ต้องใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยมากขึ้น เพื่อให้การช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งภาระที่เพิ่มขึ้นของผู้ดูแลจากการที่ต้องพามาโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (เฉลิมศรี สุรสิทธิ์, 2548; รัชนิพร คนชุม, 2547) จากการปรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยนี้ นอกจากจะมีความรู้สึกวิหวั (Loneliness) ความรู้สึกกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอน เกี่ยวกับอนาคต จากวิธีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงและขาดการสนับสนุนรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ (Helplessness) เช่นเดียวกับผู้ป่วยแล้ว คู่สมรสมีความกังวลเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วยมากกว่าตัวผู้ป่วยเอง (Persson et al., 1998) ก่อให้เกิดความเครียดในคู่สมรสได้ อาจส่งผลกระทบต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสตามมาได้ คู่สมรสบางรายเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย รู้สึกเป็นภาระยุ่งยากที่จะต้องจัดการกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและคู่สมรส และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยและคู่สมรสปรับตัวอยู่ในภาวะสมดุลได้ (สุจินต์ ไทยกลาง และคณะ, 2543)

การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดี จัดเป็นสิ่งที่เร้าที่เข้ามากระทบระบบของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ด้านร่างกาย เช่น อาการปวดท้องเนื่องจากพยาธิสภาพของ

โรค มีภาวะตับโต มีก้อนในช่องท้อง หรือมีภาวะท้องมาน อาการตัวและตาเหลืองจากการคั่งของน้ำดี ทำให้มีอาการคันตามร่างกาย อาการอึดแน่นท้อง เบื่ออาหาร ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง ส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลียและเหนื่อยล้า ซึ่งความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจตามมา เนื่องจากอาการต่าง ๆ ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ก่อให้เกิดการสูญเสียความสามารถในการควบคุมด้านร่างกายและทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าออกไปพบปะผู้คน สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองและวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคที่ก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว ส่วนด้านสังคม ภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงและเป็นโรคเรื้อรัง ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนหน้าที่การงานของตนให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายที่อ่อนแอลง ไม่สามารถทำงานได้เนื่องจากสภาพร่างกายทรุดโทรม นอกจากนี้ การมาตรวจตามนัด ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการเดินทางมาโรงพยาบาล ส่งผลต่อเศรษฐกิจในครอบครัวและสังคมตามมา ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัวต้องพึ่งพาผู้อื่น เนื่องจากไม่สามารถทำหน้าที่และมีกิจกรรมด้านสังคมได้เหมือนเดิม

ภาวะเจ็บป่วยทางกายนอกจากจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม การปรับตัวด้านร่างกาย ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาระหว่างกันแล้ว ยังมีผลกระทบที่เด่นชัดต่อความรู้สึกนึกคิดต่อตนเอง ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป ก่อให้เกิดผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ด้านใดด้านหนึ่งหรือหลาย ๆ ด้านของบุคคล การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์อาจมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพของผู้ป่วยและความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จากภาวะการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีและผลจากการรักษา ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการรับรู้และความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วยอย่างมาก เนื่องจากความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอับอาย ไม่อยากให้ใครเห็น ไม่มีความพึงพอใจในสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน สูญเสียความมั่นใจในตนเองและภาคภูมิใจในตนเองลดลง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซึ่งจากภาวะเจ็บป่วยนี้จะมีความรู้สึกสูญเสียเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียที่เกิดขึ้นในขณะนั้น หรือการคาดคะเนความสูญเสียในอนาคต เช่น การสูญเสียอวัยวะของร่างกาย การสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง การสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทางด้านร่างกาย สูญเสียความสามารถในการควบคุมสถานการณ์และการดำรงชีวิต สูญเสียพลังอำนาจและส่งผลให้สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและหมดหวังได้ ส่งผลกระทบโดยตรงต่ออัตมโนทัศน์ทั้งด้านร่างกายและส่วนบุคคล ดังนั้นกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีควรเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่เพิ่มศักยภาพหรือความสามารถของผู้ป่วยในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง ควบคุมสถานการณ์ และควบคุมชีวิตของตนเองได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจากการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย

3. แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)

พลังอำนาจเป็นคุณลักษณะที่แสดงถึงความสามารถของบุคคลในการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ (ราชันพร คนชุม, 2547) ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้ (ปรานี โทแสง, 2548) พลังอำนาจจะมีอยู่ในแต่ละบุคคลแตกต่างกันไปแต่ละรายและแต่ละระดับ โดยขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของบุคคลแต่ละคนถึงพลังอำนาจที่ตนเองมีอยู่ (Kubsch & Wichowski, 1997)

“พลังอำนาจ (Power)” มาจากรากศัพท์ภาษาละติน “Potere” หมายถึง ความสามารถที่จะเลือก (คาร์นิ จามจูรี, 2546) ความสามารถของบุคคลที่จะควบคุมหรือจัดการกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อชีวิตของตนได้ เป็นแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคนและเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน และยังรวมถึงศักยภาพหรือความสามารถที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ สำหรับผู้ป่วยโรคเมเร็งพลังอำนาจในการจัดการกับความเจ็บป่วยคือ ความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย อันได้แก่ ผลกระทบอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและความยุ่งยากที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากการจัดการกับความเจ็บป่วย ความรู้สึกถึงการควบคุมจะช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงสภาวะการดำเนินของโรค/ความเจ็บป่วยหรือการรักษาพยาบาล และช่วยให้เกิดการปรับตัวที่ดีขึ้น (คาร์นิ จามจูรี, 2545)

แหล่งพลังอำนาจในแต่ละบุคคลมีอยู่ด้วยกัน 7 แหล่ง ได้แก่

1) ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength and reserve) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มตามศักยภาพทางกายและเต็มตามพลังสะสมทางกายภาพ (Physical reserve) ที่มีเมื่อระบบของร่างกายเกิดการเจ็บป่วย พลังอำนาจในการกระทำใดๆ ของบุคคลก็จะลดลง สภาวะความเข้มแข็งทางกายภาพขณะนั้นจะมีอิทธิพลต่อพลังอำนาจของผู้ป่วย ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาของการเจ็บป่วย ความเข้มแข็งทางกายภาพยังมีผลต่อการรับรู้และให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะให้ความสำคัญกับความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่มากขึ้น ถ้าผลกระทบของความเจ็บป่วยมีความรุนแรงอย่างมากต่อร่างกาย ซึ่งการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกายมีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย มีผลกระทบต่อความรู้สึกทางด้านจิตใจ ความรู้สึกหมดหวังสิ้นหวัง

2) ความเข้มแข็งทางจิตและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support) หมายถึง ความยืดหยุ่นที่ปรากฏในบุคคลอันเป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล ถึงแม้ว่าจะเผชิญกับวิกฤตการณ์ การเจ็บป่วยและความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ผู้ป่วยบางคนก็สามารถที่จะดำรงความสมดุลทางจิตได้ ซึ่งบางครั้งการเจ็บป่วยเรื้อรังก็เป็นสาเหตุของความไม่สมดุลทางจิต ความวิตกกังวลและซึมเศร้าเป็นอาการที่ พบได้สำหรับการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สัมพันธภาพในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โอกาสสำหรับการดูแลสุขภาพเชื่อมั่นในคุณค่าบุคคลที่ให้การดูแล นอกจากนั้นยังรวมถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือที่สัมผัสจับต้องได้ (Tangible support) เช่น การสนับสนุนทางด้านอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) และการสนับสนุนทางข้อมูล (Informational support) การสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากบุคคลในครอบครัว ถือได้ว่าเป็นแหล่งพลังอำนาจที่มีความสำคัญที่จะช่วยผู้ป่วยในการจัดการกับความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะคนในครอบครัวถือได้ว่าเป็นบุคคลสำคัญที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด สามารถที่จะสร้างแรงจูงใจ และกำลังใจให้กับผู้ป่วยที่จะอดทนต่อความทุกข์ทรมานและความยากลำบากที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างเพื่อสุขภาพตน

3) อัฒโนทัศน์เชิงบวก (Positive self concept) อัฒโนทัศน์ (Self-concept) คือความคิดและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง องค์ประกอบของอัฒโนทัศน์ในตนประกอบด้วย ความรู้สึกต่อร่างกายหรือภาพลักษณ์ (Physical self or body image) การทำหน้าที่ของตน (Functional self or role performance) ความเป็นตัวตนด้านส่วนบุคคล (Personal self) (ได้แก่ คุณธรรม ความคิดและความคาดหวังส่วนบุคคล) และการนับถือ

ตนเอง (Self-esteem) การนับถือตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญของอัตมโนทัศน์ในคนและเป็นตัวชี้วัดหน้าที่ความรู้สึกลึกถึงการมีคุณค่าอันเป็นพื้นฐานที่นำไปสู่การกระทำเพื่อพัฒนาสุขภาพการเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ในคน การสร้างอัตมโนทัศน์ในคนขึ้นมาใหม่เป็นการปรับตัวในระยะเจ็บป่วย ด้วยการบูรณาการการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับร่างกาย โดยการทำความเข้าใจว่าความสามารถหรือศักยภาพในการจัดการดูแลปัญหาสุขภาพอยู่ในตนเอง พยายามที่จะกำจัดอิทธิพลของความเจ็บป่วยที่มีต่อคน นอกจากนั้นธรรมชาติของบุคลิกภาพส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่ออัตมโนทัศน์ในคน บุคคลที่เชื่ออำนาจภายในตน (Internal locus of control) คือ บุคคลที่รับรู้ว่าการกระทำหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตนสามารถควบคุมได้ มีแนวโน้มที่จะรับรู้ว่าการเกิดขึ้นทั้งทางด้านบวกและลบเป็นผลมาจากการกระทำของตน อยู่ภายใต้การควบคุมของตน ในขณะที่บุคคลที่เชื่ออำนาจภายนอกตน (External locus of control) มีแนวโน้มที่จะรับรู้ว่าการเกิดขึ้นไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของตนแต่เป็นเรื่องความบังเอิญ โชคชะตาหรืออำนาจจากสิ่งอื่นในการดูแล

4) พลังงาน (Energy) คือ ความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพที่ควรจะเป็นของแต่ละบุคคล ศักยภาพของพลังงานคือ พลังงานที่เก็บสะสมไว้ ซึ่งควรที่จะสมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป แหล่งของพลังงาน ได้แก่ อาหาร น้ำ การพักผ่อน และแรงจูงใจ พลังงานที่ใช้ใน การสะสมหรือฟื้นฟูสภาพร่างกาย หรือใช้ในการจัดการกับความต้องการประจำวัน รวมถึงการจัดการกับความเครียด

5) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญาเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นต่อตน ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการควบคุมมากขึ้นและช่วยบรรเทา ความวิตกกังวลจากความไม่แน่นอน ความรู้ของผู้ป่วยช่วยในการตัดสินใจและตระหนักถึงทางเลือกและความคาดหวังถึงผลอันเกิดเนื่องมาจากการเลือกกระทำ ความรู้ถือได้ว่าเป็นสิ่งสนับสนุนที่ช่วยลดความไม่แน่นอน และช่วยพัฒนาแผนที่ทางปัญญาสำหรับการตัดสินใจที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความหมายของสภาพการณ์ที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วย การขาดความเข้าใจนำไปสู่ความรู้สึกท้อแท้ และนั่งเฉยในผู้ป่วย การตระหนักรู้ภายในตน (Internal awareness) เป็นแนวคิดสำหรับใช้ในการอธิบายความสัมพันธ์ของอำนาจของความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา ซึ่งหมายถึงความสามารถที่จะค้นหาและประเมินภาวะทางกายและจิตเพื่อนำไปสู่การกระทำที่เหมาะสมในการควบคุมอาการและดำรงไว้ซึ่งความสมดุลทางจิต อันเป็นการพัฒนาความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของตนและมีการรับรู้อย่างถูกต้องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ

6) แรงจูงใจ (Motivation) พฤติกรรมจูงใจที่ซ่อนอยู่ภายในช่วยให้บุคคลรู้สึกถึงสมรรถนะและการพิจารณาตนเอง โดยที่พฤติกรรมจูงใจที่ซ่อนอยู่ภายในมี 2 ลักษณะคือ ค้นหาสิ่งเร้าและลดความไม่สอดคล้องในผู้ป่วยโรคกระเรง แรงจูงใจมีความสำคัญในการเพิ่มศักยภาพ ส่งเสริมบทบาททางสังคมและการทำงาน และพัฒนาความเชื่อมั่นในคนที่จะกล้าเสี่ยง แรงจูงใจมีส่วนช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ และการมีส่วนร่วมในการรักษา

7) ระบบความเชื่อ (Belief system) ระบบความเชื่อของบุคคล ความเชื่อในแผนการรักษาความเชื่อในเจ้าหน้าที่สุขภาพ และความเชื่อในตน หรือความเชื่อมั่นในความสามารถในตน รวมถึงความเชื่อในพระเจ้า ศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยสร้างความเข้มแข็งและความสามารถในการจัดการกับความเครียดและเอาชนะต่อปัญหา ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมีความต้องการที่จะหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานและแสวงหาที่ยึดเหนี่ยวจิตใจจากพระเจ้า ศาสนาหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ บางคนอาจค้นพบความหมายของการเจ็บป่วยโดยอาศัยความเชื่อทางศาสนาและโชคชะตา ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ส่งผลต่อทั้งกาย จิต และวิญญาณ ความเชื่อในโชคชะตาและความหวังจะช่วยส่งเสริมพลังอำนาจในบุคคลที่จะรับรู้ถึงการควบคุมและอาจส่งผลต่อการรักษา

จะเห็นได้ว่าแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แห่ง มีความสำคัญต่อพลังอำนาจในผู้ป่วยที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยเพื่อให้เกิดความผาสุกในชีวิตแม้จะมีข้อจำกัดอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย (คารนิ จามจูรี, 2545; Kubsch & Wichowski, 1997)

พลังอำนาจไม่ใช่ความสามารถที่เป็นมาแต่กำเนิด แต่เป็นความสามารถที่พัฒนาให้เกิดขึ้นในบุคคลได้ กระบวนการที่ช่วยทำให้บุคคลพัฒนาพลังอำนาจขึ้นมาได้ เรียกว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) (อวยพร คัมมุขกุล, 2540)

3.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

คำว่า “การเสริมสร้างพลังอำนาจ” มาจากรากศัพท์ในภาษาละติน “Passe” หมายถึง อำนาจ (Power) กับอิสระเสรีภาพ (Freedom) ดังนั้น การเสริมสร้างพลังอำนาจจากคำรากศัพท์จึงน่าจะหมายถึง ความสามารถที่จะเลือกอย่างอิสระ (คารนิ จามจูรี, 2546) แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้เริ่มนำมาใช้ใน ค.ศ. 1960 โดยเปาโล แฟร์ (Paulo Freire) นักการศึกษาชาวบราซิล ซึ่งมีความเชื่อว่านักการศึกษาควรมีหน้าที่สำคัญในการทำให้ประชาชนมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง แฟร์เน้นถึงความสำคัญของการค้นพบตนเอง ในกระบวนการศึกษาโดยให้ตระหนักว่าตนเองมีความรู้ ความสามารถที่จะต่อต้านอิทธิพลต่าง ๆ และสามารถควบคุมอนาคตตนเอง ตลอดจนมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการเปลี่ยนแปลงสังคม การพัฒนาสุขภาพในปัจจุบันพบว่าได้มีการนำรูปแบบการศึกษาเพื่อเสริมพลังอำนาจ (Empowerment education model) ของแฟร์มาใช้ในการฝึกอบรมให้บุคคลเกิดพลังอำนาจ เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและภาวะของสุขภาพ (ดวงรัตน์ วัฒนกิจ ไกรเลิศ, 2540)

ปัจจุบันแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่ใช้อย่างแพร่หลาย จึงทำให้ความหมายและมุมมองของแนวคิดนี้มีความหลากหลายตามไปด้วย (นิศย์ ทศนิยม, ม.ป.ป.) ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงขึ้นอยู่กับการนำไปใช้ในวงการหรือสาขาใด (ก่าไล สมรักษ์, 2545) สำหรับการนำมาใช้ในวิชาชีพการพยาบาลทั้งการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษา การวิจัย และการส่งเสริมสุขภาพในการบริบท (Context) ต่างๆ มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

ความหมายตามแนวคิดของนักการศึกษาทางการพยาบาล

Hawks (1992; 1999) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล กระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่สร้างสรรค์ในการจัดหาแหล่งทรัพยากร อุปกรณ์ เครื่องมือ สิ่งแวดล้อมที่จะพัฒนา สร้างและเพิ่มความสามารถของบุคคลในการกำหนดและบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

ความหมายตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและมุมมองวิชาชีพพยาบาล

แบ่งเป็นความหมายเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ ดังนี้

ความหมายเชิงกระบวนการ

Gibson (1991) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการทางสังคมที่แสดงให้เห็นคุณค่าและได้รับการยอมรับ (Recognizing) การส่งเสริมการพัฒนา และเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเอง แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมชีวิตตนเอง เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่น ในตนเองและรู้ดีกว่าตนมีอำนาจ สามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้

Connelly et al. (1993) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการที่บุคคลแสดงความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อชีวิตของเขา เป็นกระบวนการที่มีการดำเนินต่อเนื่อง ไปข้างหน้า และมีระดับของการเสริมสร้างพลังอำนาจตามพัฒนาการและความสามารถของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับศักยภาพของบุคคลแต่ละราย

Rafael (1995) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากภายในตัวผู้รับบริการ ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ อยู่บนพื้นฐานปรัชญาของการพิทักษ์สิทธิมนุษยชนและความเป็นอยู่ในปัจจุบัน (Existential and human advocacy) ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเสริมสร้างให้ผู้รับบริการยอมรับตนเองโดยแท้จริง

Anderson (1996) ให้ความหมายว่า เป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคลในการบรรลุสำเร็จและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความผาสุก มุ่งเน้นการเพิ่มความสามารถของแต่ละคนที่จะพบความต้องการของตนเอง สามารถควบคุมชีวิตตนเอง และจัดการกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้โดยการขับเคลื่อนแหล่งประโยชน์

Ellis-Stoll & Popkess-Vawter (1998) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการ มีเป้าหมายเพื่อการช่วยเหลือให้ผู้รับบริการได้มีการพัฒนาตนเองไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ (2540) กล่าวว่า เป็นกระบวนการทางสังคมที่ส่งเสริมให้บุคคล องค์กร และชุมชน สามารถควบคุมตนเอง รับรู้สมรรถนะของตนเอง หรือมีความสามารถในการเลือกกำหนดอนาคต ของตน ชุมชนและสังคมได้

อวยพร ตันมุขกุล (2540) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการที่เสริมสร้างให้บุคคล องค์กร มีพลังอำนาจในการควบคุมชีวิตของตน เป็นกระบวนการทางสังคม ที่แสดงถึงการยอมรับ การส่งเสริม การช่วยเหลือ ชี้แนะ ให้บุคคลเกิดความสามารถที่จะดำเนินการสนองความต้องการของตนเอง แก้ปัญหาของตนเอง และใช้ทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อเกิดความรู้สึกละสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ ในแง่ของการปฏิบัติการพยาบาล การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง และเมื่อสิ้นสุดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้รับบริการจะสามารถดูแลตนเอง สามารถควบคุมสถานการณ์ด้วยตนเองได้ มีความใฝ่รู้และพัฒนาตนเอง เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายการบริการด้านสุขภาพ นั่นคือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและการมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่สภาพผู้รับบริการจะเอื้อได้

จารุวรรณ จินตมงคล (2541) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการในการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคล ในการควบคุมการดำเนินชีวิตของตนเอง เสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความรู้สึกรับผิดชอบ เป็นตัวของตัวเอง มีความเป็นอิสระ และรู้สึกชีวิตมีคุณค่าสามารถตัดสินใจ แก้ไขปัญหาด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

นิคย์ ทศนิยม (ม.ป.ป.) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการที่จะช่วยให้บุคคลคิดวิเคราะห์ คิดเป็น ทำเป็น สามารถรักษาสถิติของเขาในการที่จะตัดสินใจที่จะแก้ปัญหาของเขาเอง เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว่าเขา มีความสามารถ มีศักดิ์ศรี ซึ่งอำนาจเป็นสิ่งที่บุคคลต้องสร้างขึ้นเอง เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นเองภายในบุคคลนั้น (Inherent process) จึงไม่สามารถกำหนดเวลาตายตัวแน่นอน

พะนอ เศษะอธิก (2541) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความรู้สึกสูญเสียอำนาจให้สามารถพิจารณากำหนดตนเองในการแก้ไขปัญหา และสามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นกับตนได้โดยใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและความต้องการของตนเอง

สายฝน เอกวางกูร (2542) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคล กลุ่มคนหรือชุมชนสามารถพัฒนาศักยภาพในการตัดสินใจเลือกวิถีชีวิตของตน สามารถควบคุมและจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามามีผลกระทบต่อชีวิตของตน เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่น รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีพลังอำนาจในตนเองที่จะกระทำการต่าง ๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่สิ่งที่ดีขึ้น

รวมพร คงกำเนิด (2543) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิต เพื่อให้เขาเหล่านั้นมีพลัง มีความผาสุก และมีอำนาจมากขึ้นในการตัดสินใจ การเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ และดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งกระบวนการนั้นมีขั้นตอนเพื่อการเรียนรู้จากข้อมูลต่าง ๆ และประสบการณ์ตรงในการพัฒนาเพื่อการพึ่งพาตนเอง ควบคุมตนเอง โดยมีการใช้พลังอำนาจได้อย่างเต็มศักยภาพ

อรรถพร ทอคำ (2543) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการหรือวิธีการต่าง ๆ ซึ่งสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคคลตระหนักรู้คุณค่าและความสามารถแห่งตน รู้สึกว่าตนเองมีอำนาจในการควบคุมชีวิตของตน รวมถึงการสร้างแรงจูงใจ ในการพัฒนาศักยภาพของตน ตลอดจนจัดโอกาสและสิ่งแวดล้อมที่ช่วยสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของบุคคล ทำให้รับรู้ถึงความสำเร็จและพึงพอใจในชีวิต

รัชนิพร คนชุม (2547) ให้ความหมายว่า กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นเองภายในบุคคลในกระบวนการคิด ซึ่งบุคคลสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลเกิดความตระหนักรู้จากการคิดวิเคราะห์ คิดเป็น ทำเป็น และตระหนักถึงศักยภาพและข้อจำกัดของตนเองในการแก้ปัญหานั้น ๆ รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ มีพลังอำนาจและมีคุณค่าในตนเอง

ปราณี โทแสง (2548) ให้ความหมายว่า กระบวนการที่แสดงออกถึงการยอมรับ การสนับสนุนและการส่งเสริมระดับความสามารถของบุคคล ในการเผชิญปัญหาและตอบสนองต่อความต้องการของตนเองภายใต้ข้อจำกัดที่มีอยู่ โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มี เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้

ความหมายเชิงกระบวนการและผลลัพธ์

Jones & Meleis (1993) ให้ความหมายว่า เป็นทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ในการพัฒนาความสามารถของบุคคลที่จะทำหน้าที่ได้อย่างเต็มตามพลังความเข้มแข็งทางกายภาพ พัฒนาศักยภาพของบุคคลเกิดขึ้นเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะสูญเสียพลังอำนาจ รู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ สูญเสียการควบคุม

Rodwell (1996) ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการหรือผลของการถ่ายโอนอำนาจให้กับผู้ให้บริการในการพัฒนาและสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้อื่น เป็นกระบวนการช่วยเหลือเป็นหุ้นส่วนในการให้คุณค่าตนเองและผู้อื่น มีการตัดสินใจร่วมกัน มีอิสระที่จะสร้างทางเลือก มีความรับผิดชอบและยอมรับในการเลือกนั้น เพราะฉะนั้นผู้ที่เสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้อื่นได้นั้น ต้องเห็นคุณค่าของผู้อื่นก่อน และ การจะมองเห็นคุณค่าของผู้อื่นจำเป็นต้องเห็นคุณค่าในตนเองก่อน

จากความหมายที่ได้กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นได้ทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายในบุคคล มีจุดกำเนิดจากบุคคลอื่น หรือเกิดจากผลการถ่ายโอนอำนาจ และเกิดขึ้นจากตัวบุคคลเอง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้เกิดขึ้น ทั้งนี้กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งระดับและท่อน้ำดีที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยในภาวะเรื้อรังและวิกฤต จึงได้เน้นให้ผู้ป่วยคำนึงถึงศักยภาพและข้อจำกัดของตน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการวิเคราะห์ ตระหนักถึงปัญหาและตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความมีพลังอำนาจในตนเอง มีความสามารถเผชิญปัญหาและควบคุมสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อชีวิตตนเองได้ ดังนั้นในที่นี้ผู้วิจัยจึงได้ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจว่า หมายถึง กระบวนการที่ส่งเสริมและสนับสนุนระดับความสามารถของบุคคล โดยผ่านกระบวนการคิดภายในตนเอง เพื่อให้สามารถเผชิญปัญหา และควบคุมสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อชีวิต ตอบสนองต่อความต้องการของตนเองภายใต้ข้อจำกัด โดยดึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในแต่ละบุคคล ทำให้เกิดความเชื่อมั่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและรับรู้ถึงพลังอำนาจในการควบคุมปัญหาที่เกิดขึ้น

3.2 ลักษณะของแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

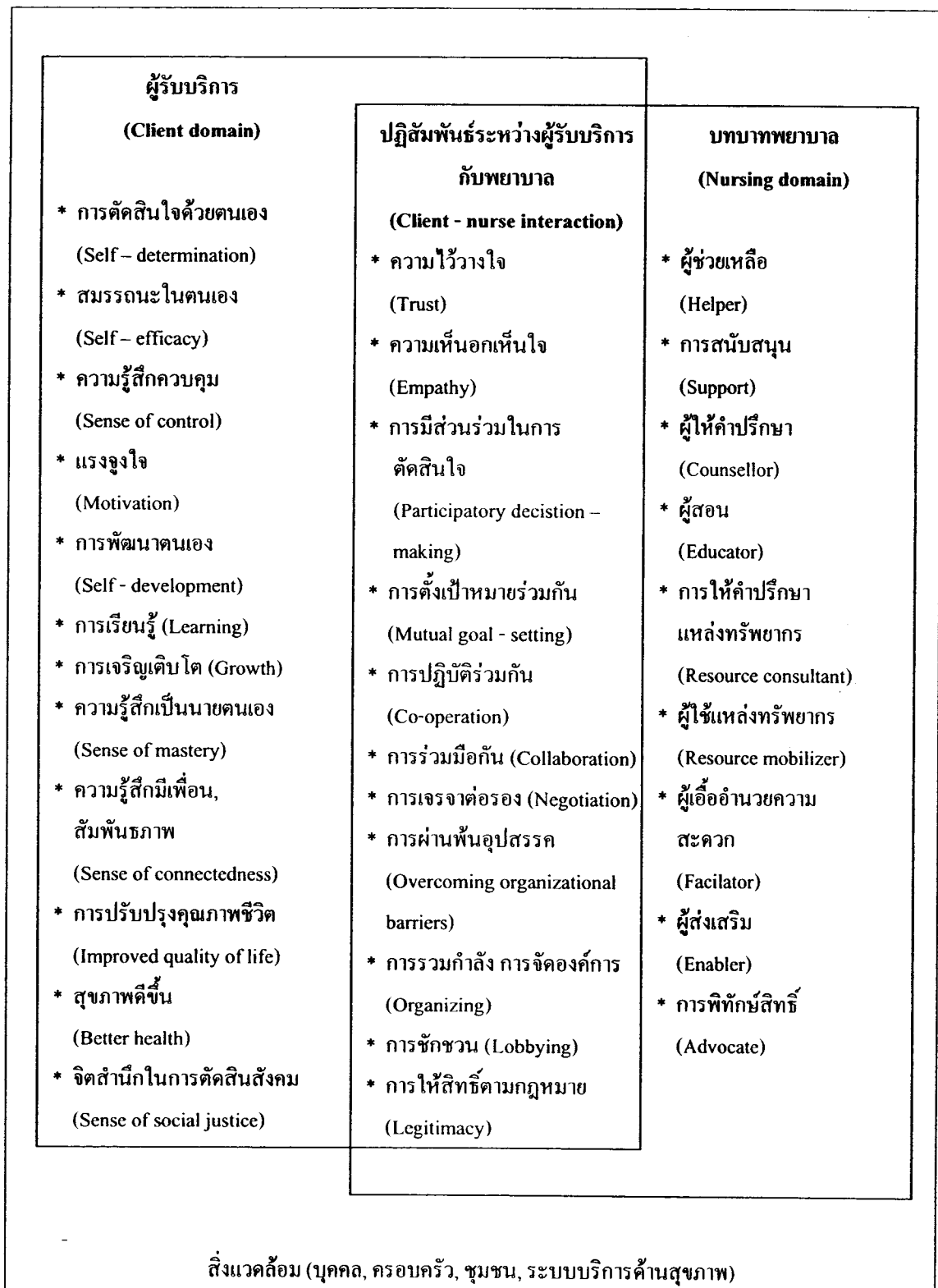
การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่มีความเป็นพลวัต (Dynamic concept) ที่พลังอำนาจเป็นได้ทั้งการให้และการรับ มีการแลกเปลี่ยนกัน เป็นแนวคิดของการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีการทำงานร่วมกันหรือประสานสัมพันธ์ (Synergistic paradigm) เป็นกระบวนการที่บุคคลมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน (Interrelated) มีการแลกเปลี่ยนทรัพยากรและกระตุ้นให้เกิดการร่วมมือกัน (Collaboration) มุ่งเน้นทางออกการแก้ปัญหาหาคำตอบหรือหาทางแก้ไขปัญหามากกว่ามุ่งเน้นที่ตัวปัญหา เน้นการสร้าง ความเข้มแข็ง สิทธิและความสามารถของบุคคลในการแก้ปัญหา ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เกิดจากความรู้สึกขัดแย้ง (Conflict) ความตึงเครียด (Tension) ส่งผลให้บุคคลพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ซึ่งกิบสัน (Gibson, 1991) ได้สรุปองค์ประกอบของแนวคิดการเสริมพลังอำนาจเป็น 3 อย่าง คือ

3.2.1 คุณสมบัติผู้รับบริการ เกิดจากความรับผิดชอบของผู้รับบริการจะต้องมีคุณสมบัติ คือ การตัดสินใจด้วยตนเอง มีสมรรถนะแห่งตน มีความรู้สึกว่ามีสามารถในการควบคุม มีแรงจูงใจ มีการพัฒนาตนเอง มีการเรียนรู้ มีความรู้สึกร่วม มีความรู้สึกว่าตนมีสิทธิเสมอภาคในสังคม

3.2.2 คุณสมบัติของพยาบาล มีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือ ผู้สนับสนุน ผู้ให้คำปรึกษา ผู้สอน ผู้ให้คำแนะนำ ผู้เอื้ออำนวยความสะดวก ผู้สนับสนุนความสามารถ และผู้พิทักษ์สิทธิให้ผู้รับบริการ

3.2.3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับพยาบาล จะเป็นสัมพันธภาพด้านบวก มีความไว้วางใจกัน เห็นใจกัน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ วางเป้าหมายร่วมกัน ปฏิบัติงานร่วมกัน ร่วมมือกัน มีการเจรจาต่อรอง มีการจัดระบบ เอาชนะอุปสรรค

การให้การพยาบาลเพื่อที่จะเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยต้องมีรูปแบบชัดเจน พยาบาลมีบทบาทในการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการดึงเอาแหล่งประโยชน์ทั้งภายในตนเองและแหล่งประโยชน์ในสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยซึ่งได้แก่ แรงสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคม ระบบบริการสุขภาพและฐานะทางสังคม แหล่งประโยชน์ภายในตนเองของผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการปรับตัว และความเข้มแข็ง (รวมพร คงกำเนิด, 2543) ซึ่งจากคุณลักษณะการเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991) ได้กำหนดรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการบริการพยาบาล (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในการบริการพยาบาล (An empowerment model for nursing)
(Gibson, 1991)

3.3 พยาบาลกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการทางสังคมที่แสดงให้เห็นคุณค่าและได้รับการยอมรับ (Recognizing) การส่งเสริมการพัฒนา และเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองความต้องการของตนเอง แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมชีวิตตนเอง เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนมีอำนาจ สามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้ (Gibson, 1991) เป็นแนวคิดที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ทำให้มองเห็นความสำคัญและบทบาทอิสระของพยาบาลได้อย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม เพราะมีคุณสมบัติที่โดดเด่นคือพยาบาลเป็นผู้ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991; 1995) มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้มากที่สุด โดยพยาบาลสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยได้รู้จักการพึ่งตนเองมากที่สุด แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีประสิทธิภาพ มีความสามารถควบคุมหรือจัดการสิ่งต่าง ๆ มีแรงจูงใจที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งพยาบาลสามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การร่วมกันกำหนดเป้าหมายที่เป็นจริง มีการร่วมมือและประสานงานกัน โดยเป็นผู้ช่วยเหลือ ผู้ให้การสนับสนุน ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้ความรู้ ผู้แนะนำและจัดหาแหล่งประโยชน์ ผู้อำนวยความสะดวก ผู้ส่งเสริมและผู้พิทักษ์สิทธิ์ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการเลือกและตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ (นงลักษณ์ สุวิศิษฐ์ และคณะ, 2544; รวมพร คงกำเนิด, 2543; รัชนิพร คนชุม, 2547)

3.4 ข้อตกลงเบื้องต้นในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Assumptions of empowerment)

ในการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจได้นั้น พยาบาลต้องมีความเชื่อในแนวคิด และคำนึงถึงก่อนนำไปปฏิบัติ ดังต่อไปนี้ (Gibson, 1991)

1) สุขภาพเป็นของบุคคลแต่ละราย: บุคคลรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง สุขภาพไม่ใช่เรื่องผูกขาดของแพทย์ โรงพยาบาล แม้ว่าพยาบาลและแพทย์มีความรับผิดชอบในการส่งเสริมสุขภาพ แต่ไม่มีสิทธิ์ในภาวะสุขภาพแต่เพียงผู้เดียว ต้องให้ความเคารพในสิทธิของบุคคลต่อการมีภาวะสุขภาพ ทั้งนี้ หากสังคมใดให้ความสำคัญกับวิชาชีพทางการแพทย์ คือ การที่แพทย์เป็นผู้ผูกขาดทั้งในด้านการวินิจฉัยโรคและการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพพึ่งพาหรือยอมจำนนต่อการรักษาของแพทย์ โดยไม่คิดขวนขวายช่วยเหลือตนเอง (Friedson, 1970 อ้างถึงใน พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ, 2530) ซึ่งในสังคมไทย พบว่าผู้ป่วยบางรายยังให้ความสำคัญต่อแพทย์ในการตัดสินใจในการรักษา ดังนั้น พยาบาลควรคำนึงถึงแนวคิดนี้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยทราบถึงสิทธิของบุคคลที่มีต่อภาวะสุขภาพ และตระหนักถึงศักยภาพที่ตนมีอยู่ สามารถควบคุมและรับผิดชอบตัวเอง

2) บุคคลต้องการการยอมรับในการเป็นผู้ใหญ่และสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง มีความสามารถที่จะตัดสินใจและกระทำในสิ่งต่าง ๆ ที่ตนเองได้เลือกและพิจารณาแล้วว่าเหมาะสมกับตนเอง ถึงแม้ว่าบางครั้งอาจต้องการข้อมูล และความช่วยเหลือในการทำสิ่งนั้น บุคคลมีศักยภาพทั้งภายในและภายนอกตนเองที่จะแสดงออกมา บุคคลทราบว่าจะอะไรทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและสามารถวางจุดมุ่งหมายของตนเอง ซึ่งพยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุนในการให้ข้อมูลและคำปรึกษา

3) บุคลากรทางด้านสุขภาพไม่สามารถสร้างหรือให้พลังอำนาจกับบุคคลได้ แต่บุคคลเท่านั้นที่สามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้ตนเอง อย่างไรก็ตาม พยาบาลสามารถช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาตนเอง และรู้จักใช้ทรัพยากร ส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการควบคุมตนเอง สนับสนุนและให้ความช่วยเหลือ โดยส่งเสริมสมรรถนะของตนเองในบุคคล

4) ในการร่วมมือกัน บุคลากรทางด้านสุขภาพต้องยอมจำนนต่อความต้องการในการควบคุมและนำสิ่งที่มืออยู่ในชุมชนนั้นมาใช้ ให้ความเป็นอิสระแก่บุคคล ต้องให้คุณค่าของการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้รับบริการและเตรียมความพร้อมที่จะยอมรับการตัดสินใจของผู้รับบริการแตกต่างจากการตัดสินใจของพยาบาล พยาบาลจำเป็นต้องยอมรับการปฏิเสธความช่วยเหลือ

5) กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่จะเกิดขึ้น ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ต้องมีการยอมรับซึ่งกันและกัน และการมีปฏิสัมพันธ์จะเกิดประโยชน์ซึ่งกันและกัน มีการแบ่งปันอำนาจ การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความร่วมมือ ทำให้มีพลังอำนาจเท่าเทียมกัน ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการ ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่

6) ความไว้วางใจ เป็นเงื่อนไขที่สำคัญในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดสัมพันธภาพในการรักษาระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล และเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่น อันจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวกในผู้ป่วย สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาลจะเกิดจากการเคารพซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจกัน รวมถึงการยอมรับในคุณค่าของผู้ป่วยจากพยาบาล ว่าเป็นผู้มีความสามารถอยู่ในตนเองหรือพัฒนาความสามารถได้ และมีสิทธิอันชอบธรรมในการที่จะตัดสินใจเลือกวิถีทางในการรักษาตนเอง โดยได้รับการสนับสนุนข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมจากพยาบาล (Berger et al., 2000 อ้างถึงใน คารณี จามจุรี, 2545)

3.5 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องไม่หยุดนิ่ง มีลักษณะเป็นพลวัต (Dynamic) เพื่อให้เกิดการพิจารณาแนวทางในการแก้ปัญหา อาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมให้บรรลุเป้าหมาย (Gibson, 1995) ได้เสนอรูปแบบจำลองแนวคิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาที่ให้การดูแลบุตรที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง (A conceptual model of the process of empowerment in mothers of chronically ill children) และสรุปผลกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นกระบวนการที่อยู่บนพื้นฐานของการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำงานร่วมกัน (Collaboration) และการมีส่วนร่วม (Participation) กระบวนการส่วนใหญ่เป็นกระบวนการส่วนบุคคล แต่ละบุคคลได้รับความรู้ที่จำเป็นเพิ่มพูนความสามารถและความมั่นใจจากการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกภายใต้การยอมรับนับถือซึ่งกัน ได้ฝึกฝนการแสดงความสามารถที่จำเป็นกับผู้ที่ได้รับการยอมรับว่ามีอำนาจมากกว่าเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในบุคคล (Intrapersonal) และระหว่างบุคคล (Interpersonal)

3.5.1 ปัจจัยนำและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) นั้น ปัจจัยที่จะทำให้บุคคลมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจก็คือ ความมุ่งมั่น (Commitment) ความผูกพัน (Bond) และความรัก (Love) ของบุคคลที่มีต่อเรื่องนั้น ๆ ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ

(Beliefs) ค่านิยม (Values) ประสบการณ์ส่วนบุคคล (Experience) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) และ เป้าหมาย (Determination) โดยมีความคับข้องใจ (Frustration) ความขัดแย้ง ปัญหาหรืออุปสรรค เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคล เข้าสู่ขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการ ซึ่งการที่บุคคลมีความรักต่อบุคคลอื่น พร้อมทั้งจะให้ความช่วยเหลือ และพบว่าเมื่อบุคคลมีกำลังใจและสามารถกระทำทุกวิถีทาง เพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งดังกล่าว และการที่บุคคลจะสามารถเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัย ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้อง หรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้นประกอบด้วยปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal factor) และปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factor)

ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่

- 1) ค่านิยม (Values) ค่านิยมของตนเอง มีความรักในตนเอง ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยภายในบุคคลที่เป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบในการที่จะดูแลตนเอง
- 2) ความเชื่อ (Beliefs) ความเชื่อเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรค และความยากลำบากในการดูแลที่เกิดขึ้น การที่บุคคลมีความเชื่อที่ดีต่อการดูแลหรือเชื่อว่าการให้การรักษาที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้น ความเชื่อดังกล่าวก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง (A hopeful future) มีการมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าสามารถดูแลตนเองได้ (Abilities to care) ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเกิดพลังในการที่จะพยายามแสวงหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ดี นำไปสู่เป้าหมายที่ดี ความเชื่ออาจรวมถึงความเชื่อในทางศาสนาในพระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (God/higherpower)
- 3) เป้าหมาย (Determination) เกิดจากการที่บุคคลมีพลังความเข้มแข็งและแรงจูงใจ (Strong and motivation) ที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อไปสู่เป้าหมายโดยจะพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ตนเองได้รับสิ่งที่ดีที่สุดแม้ว่าจะมีอุปสรรคหรือปัญหาใด ๆ ก็ตาม ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมดจะส่งผลต่อการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลทุกขั้นตอน
- 4) ประสบการณ์ (Experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมา และประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากการศึกษา อ่านจากตำรา วารสารวิชาการ (Educational contexts) และระดับการศึกษา ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์

ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) จากหลาย ๆ แหล่งด้วยกัน เช่น คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว บุคคลสำคัญในชีวิต รวมถึงญาติ เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ ซึ่งมีส่วนสนับสนุนให้กำลังใจ ให้การประคับประคองและให้ความมั่นใจในการที่จะดูแลตนเอง การให้ข้อมูล ความรู้ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพและแผนการรักษา การได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพที่ให้การดูแลอาการเจ็บป่วยทุเลาลง การที่พยาบาลช่วยพูดคุยกับแพทย์ผู้รักษา การได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ ตลอดจนการได้รับการบริการส่งต่อในชุมชน หรือการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจากผู้ป่วยด้วยกันเอง ไม่ว่าจะเป็นการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่าง

กัน การได้เรียนรู้จากคนอื่น ๆ และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น แหล่งสนับสนุนต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ผลดียิ่งขึ้น

3.52 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจ อยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการทำงานร่วมกันและการมีส่วนร่วม (Collaboration) ประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอนได้แก่ (Gibson, 1995)

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality)

การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการพยายามทำให้บุคคลรับรู้ทำความเข้าใจ และยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (Emotionally) ด้านการคิด (Cognitive) และด้านพฤติกรรม (Behaviourally)

การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional response) เมื่อบุคคลรับรู้และต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น ก็จะเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อต้าน วิพากษ์วิจารณ์ กระวนกระวาย กลัว โกรธ ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพของความเป็นจริงได้ ประกอบกับความไม่เข้าใจในสภาพความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา ความไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ รวมทั้งการขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลที่จะเกิดขึ้น ทำให้บุคคลรู้สึกคับข้องใจคิดว่าตนเองป่วยและไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพที่ดีได้ แต่ถ้าบุคคลมีการเปลี่ยนความคิดโดยมีความหวังว่าตนเองมีโอกาสดังกล่าวการดีขึ้นได้แต่อาจจะต้องอาศัยระยะเวลาเป็นตัวช่วยซึ่งการคิดในลักษณะนี้จะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจดีขึ้น พยายามค้นหาสาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง ซึ่งจะช่วยให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

การตอบสนองทางการคิด (Cognitive responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถหรือไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง ระยะนี้บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือ การถามจากแพทย์ พยาบาล ผู้ป่วยคนอื่น ๆ ซึ่งประสบเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้น ในระยะนี้ บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้จากการแสวงหาจากแหล่งต่าง ๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ ต่อไป

การตอบสนองทางพฤติกรรม (Behavioural responses) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่า การดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน การที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ได้ทำเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่สามารถทำได้ขณะนั้น และมองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ดี พยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จนสามารถรู้ชัดเจนว่าสิ่งที่ตนเองต้องการการดูแลอย่างแท้จริงคืออะไร เกิดความเข้าใจ ชัดเจนในการดูแลตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ผ่านมาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ ในขั้นนี้การกระทำของบุคคลจะได้รับข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องว่าการวิตกกังวลจนเกินไป จะทำให้รู้สึกสับสน คับข้องใจ และไม่มั่นใจ จนในที่สุดบุคคลจะตระหนัก สับสน คับข้องใจ และไม่มั่นใจ จนในที่สุดบุคคลจะตระหนักได้เองถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นและการกระทำของตน และจะเริ่มเปลี่ยนความคิดว่าถ้าเปลี่ยนมาคิดในแง่

ดี ปัญหาทุกอย่างก็จะสามารถแก้ไขได้ดีกว่า ดังนั้นบุคคลจะพยายามปรับตัวโดยคิดในแง่ดี และจะกระทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อให้การดูแลตนเองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ (Critical reflection)

การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ เป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์ อย่างรอบคอบ เพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับ สถานการณ์ปัญหา เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแล สามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง แสวงหาทางเลือก การพิจารณาอย่างมีวิจารณ์ญาณ เกิดมุมมองใหม่ จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้เห็นมุมมองปัญหาประเมิน และคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมด ในแง่มุมต่าง ๆ ให้เกิดความเข้าใจชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนา ความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (A sense of personal control) จะทำให้คิดได้ว่าจากเดิมที่คิดว่าตนไม่สามารถดูแลตนเองได้ ก็เกิดความคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างตนไม่ได้ไร้ความสามารถ สิ่งที่ได้กระทำเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลมีอารมณ์ดีขึ้น บุคคลจะได้มาซึ่งทางเลือกต่าง ๆ ในการปฏิบัติหลังจากการคิด วิเคราะห์อย่างละเอียดแล้วจะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงความเข้มแข็งของตนเอง ความสามารถของตนเกิดความ รู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจ และทักษะของตนเองในการที่จะดูแลตนเองมากขึ้น จึงกล่าวได้ว่าขั้นตอนนี้มีความสำคัญนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมและช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้บุคคลจะมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถ และมีพลังเพิ่มขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ

(Taking charge)

หลังจากผ่านทั้งสองขั้นตอนนี้ดังกล่าวข้างต้น ในขั้นตอนนี้บุคคลจะตัดสินใจเลือก วิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด การที่บุคคลจะมีทางเลือกหลายวิธีการขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหามองบุคคล มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เกิดการยอมรับ ตนเอง (Self-determination) การจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุดโดยใช้เหตุผล ของแต่ละบุคคล อาจจะมีแตกต่างกัน ซึ่งการตัดสินใจจะอยู่ภายใต้เงื่อนไข คือ 1) เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ ตนเองได้ 2) สอดคล้องกับการดูแลสุขภาพของทีมสุขภาพ 3) บุคคลได้รับความเอาใจใส่และสามารถตอบสนอง ความต้องการของตนเอง 4) ผ่านการร่วมปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ และ 5) เป็นวิธีที่สร้างความ ยอมรับ และสามารถเปิดกว้างในการที่บุคคลคนอื่น ๆ จะนำไปใช้ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ โดยในขั้นตอนนี้ บุคคลจะมีความมั่นใจในความรู้ ความสามารถของตนเองและความเข้มแข็งเพิ่มขึ้น สามารถเป็นผู้ดำเนินการ จัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ได้แก่

การพิทักษ์สิทธิ์ (Advocating for) โดยคิดว่าการให้การดูแลเป็นการรักษาสหิ ตนเองเป็นภาระหน้าที่ และความรับผิดชอบของตน ดังนั้นสิ่งที่คิดว่าทำแล้วเป็นผลดีกับตนเองก็จะทำ

การเรียนรู้ในการแก้ปัญหา (Learning the ropes) เป็นการเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาจาก การใช้ประสบการณ์เดิม และการเรียนรู้ร่วมกับทีมสุขภาพ

การเรียนรู้ในการคงพฤติกรรม (Learning to persist) โดยจะไม่ย่อท้อต่อความตั้งใจของตนเอง พยายามกระทำสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่ตนเอง

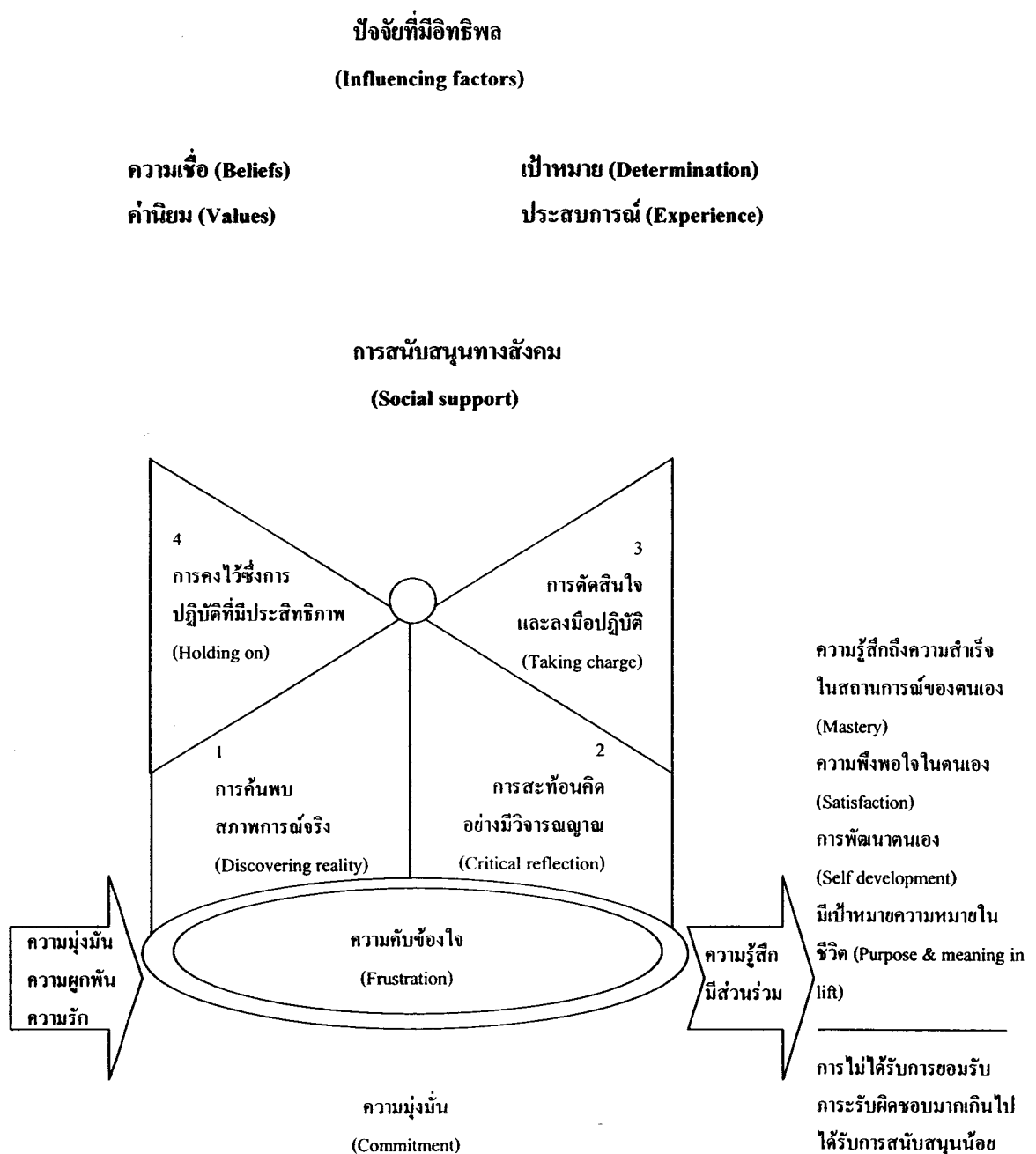
การเจรจาต่อรองกับบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาล (Driving negotiation in the hospital setting) โดยคิดว่าคนเป็นบุคคลสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลรักษา นำความเข้าใจมาผสมผสานกับความรู้ที่มีอยู่มาใช้ในการดูแล นำปัญหาของบุคคลมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและแสดงความต้องการของตนเองกับทีมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ หากกระทำดังกล่าวเป็นที่ยอมรับและส่งผลให้ตนเองมีอาการดีขึ้น จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจ (Sense of power)

การสร้างความรู้สึกร่วมกัน (Establishing partnership) การมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแลรักษา และการตัดสินใจในการทำงาน จะทำให้บุคคลพยายามแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัย เป็นประโยชน์จากบุคคลอื่นในทีมสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลความรู้ด้วยตนเอง การสร้างสัมพันธ์ภาพและการมีส่วนร่วมอภิปรายปัญหากับทีมสุขภาพ การทำงานเป็นทีม ช่วยให้การตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)

การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในระยะนี้ เมื่อเกิดปัญหา พยาบาลและผู้ป่วยจะร่วมมือแก้ไขปัญหานั้น เมื่อหาวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลก็จะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถ และถือว่าเป็นข้อมูลผูกพันในการปฏิบัติ ที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในครั้งต่อไป

การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) เป็นกระบวนการระหว่างบุคคล (The process of empowerment was largely interpersonal) ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีความต่อเนื่องกัน (Sequential) และคาบเกี่ยวซึ่งกันและกัน (Overlapping and interdependent) (Gibson, 1995) การที่บุคคลจะสามารถผ่านแต่ละขั้นตอนได้จะต้องใช้พลังใจ พลังความคิด รวมทั้งความสามารถในระดับสูง (สุคนธ์ ไขแก้ว, 2545) ทั้งนี้ขั้นตอนต่าง ๆ จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยนำและปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งได้กล่าวไปแล้วในตอนต้น อย่างไรก็ตามเมื่อบุคคลสามารถผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกถึงความสามารถใน การควบคุม (Sense of control) ซึ่งผลลัพธ์ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจคือ ศักยภาพของการมีส่วนร่วม (Participatory competence) (จงรักษ์ อุตราวัชรกิจ, 2540) เป็นการพัฒนาศักยภาพและความรู้สึกมีส่วนร่วม ผลที่ตามมาทำให้เกิดผลทั้งทางบวกและลบ ผลทางบวกมีความรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง มีอำนาจ (Mastery) มีความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง (Satisfaction) รับรู้ถึงการพัฒนาด้านตนเอง (Self-development) และมองชีวิตในทางที่ดีมีเป้าหมายและมีความหมายในชีวิต (Purpose and meaning in life) ในทางตรงข้าม ผลทางลบ มีความรู้สึกถูกต่อต้าน ปฏิเสธ ไม่ได้รับการยอมรับ (Rejection) รู้สึกว่าตนเองรับภาระรับผิดชอบเกินความสามารถของตนเอง (Responsibility overload) และได้รับการสนับสนุนน้อย (Less support) (ภาพที่ 3)



ปัจจัยนำ
(Precondition)

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
(Process)

ผลลัพธ์
(Outcome)

ผลที่ตามมา
(Consequences)

ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995)

3.6 ระยะเวลาในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระยะเวลาที่ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผ่านมาพบว่า มีผู้กำหนดระยะเวลาแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม อาทิ พะนอ เตชะอธิก (2541) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีแบบแผนต่อความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง ใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ระยะเวลาของโปรแกรมนาน 4 สัปดาห์ พบผู้ป่วยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที รวม 8 ครั้ง จารูวรรณ จินตมางค (2541) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท โดยให้การพยาบาลเป็นรายบุคคล พบผู้ป่วยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง รวม 6 ครั้ง ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ อูรา สุวรรณรักษ์ (2542) ศึกษากระบวนการให้คำปรึกษาทางสุขภาพรายบุคคลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเบาหวาน ใช้เวลา 1 ชั่วโมง จำนวน 1 ครั้ง และให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม 2 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ส่วนรัชนิพร คนชุม (2547) ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคล โดยพบผู้ป่วยติดต่อกันทุกวัน วันละ 45-60 นาที รวมระยะเวลา 6-8 วัน ปราณี โทแสง (2548) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยหัวใจวาย โดยให้การพยาบาลเป็นรายบุคคล โดยดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจติดต่อกันทุกวัน วันละ 45-60 นาที เป็นเวลา 4-6 วัน เวลาที่เหมาะสมช่วง 18.30-19.30 น. และทำในวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษา ประภัสสร สมศรี (2549) ศึกษาผลของการสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โดยให้การพยาบาลเป็นรายบุคคล ดำเนินการสร้างพลังอำนาจติดต่อกันทุกวัน วันละ 45-60 นาที เป็นเวลา 6-8 วัน เวลาที่เหมาะสมช่วง 18.00-19.00 น. โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยในวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาหรือภายหลังเกิดอาการ 48 ชั่วโมง

จากการศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า ไม่มีการกำหนดระยะเวลาที่แน่ชัดในการเสริมสร้างพลังอำนาจ ถึงแม้ว่ากระบวนการนี้จะต้องการเวลา แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ระบุแน่ชัด ยังอยู่ในระหว่างการศึกษาเพื่อให้ได้องค์ความรู้ (นิศย์ ทศนิคม, 2545) ซึ่งจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี พบว่าช่วงเวลาที่เหมาะสมในการดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ช่วงเวลา 14.00-15.00 น. และช่วงเวลา 18.00-19.30 น. เนื่องจากเป็นช่วงเวลาลงจากที่ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลและได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา ผู้ป่วยจะรู้สึกสุขสบายเพราะอาการปวดทุเลาลง นอกจากนี้ ในการกำหนดระยะเวลาในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสภาพปัญหาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เนื่องจากลักษณะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นลักษณะวิกฤติและเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงกำหนดระยะเวลาในการดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6-8 วัน โดยเข้าพบผู้ป่วยในช่วงเวลา 14.00-15.00 น. และช่วงเวลา 18.00-19.30 น. ทุกวัน วันละ 45-60 นาที ทั้งนี้อาจปรับหรือยืดหยุ่นได้ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นสำคัญ

3.7 การรับรู้พลังอำนาจ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการภายในบุคคล (Intrapersonal process) การเสริมสร้างพลังอำนาจจะนำมาซึ่งการรับรู้พลังอำนาจ ซึ่งเป็นผลที่ตามมาของกระบวนการเสริมสร้างพลัง

อำนาจบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้ (Ekeberg & Lagerstrom, 1997) โดยมีการรับรู้ใน 4 ด้าน คือ 1) ความรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง (A sense of mastery of their situation) โดยบุคคลจะเกิดความชัดเจนมากขึ้นในการดูแลตนเอง ประสบการณ์จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ ประกอบการนำความรู้ และประสบการณ์เดิมที่มีอยู่มาผสมผสาน เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น 2) มีความพึงพอใจในตนเอง (Personal satisfaction) เมื่อบุคคลประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ก็จะเกิดความรู้สึกพึงพอใจในความสามารถของตนเอง นำไปสู่ความมั่นใจและกำลังใจในการปฏิบัติงานต่อไป 3) การพัฒนาดตนเอง (Self-development) ซึ่งจะช่วยให้บุคคลรู้สึกมั่นใจในความสามารถเพิ่มขึ้น และ 4) มีเป้าหมายและความหมายในชีวิต (Purpose and meaning in life)

3.8 การวัดหรือการประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางกำหนดไว้ชัดเจน ยังอยู่ในระหว่างการศึกษาเพื่อให้ได้องค์ความรู้ในส่วนนี้ นอกจากนี้ประเด็นในการประเมินก็จะมีแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่มประเด็นที่ศึกษา และกรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้อธิบายการเสริมสร้างพลังอำนาจ ควรจะประเมินกระบวนการ(Process) มากกว่าผลลัพธ์ (Outcome) และควรจะเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพมากกว่าเชิงปริมาณ เพราะพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคม ที่ไม่สามารถกำหนดมาตรวัดที่ชัดเจนในเชิงปริมาณได้ นอกจากนี้ควรจะต้องการให้ครอบคลุมทุกมิติ เพื่อให้เข้าใจกระบวนการที่เกิดขึ้นทั้งหมดเป็นองค์รวม นอกจากนี้ระยะเวลาที่ประเมินก็มีความสำคัญเพราะกระบวนการนี้ต้องการเวลา การที่ประเมินแล้วไม่เห็นผลก็ไม่ได้หมายความว่ากระบวนการนี้จะไม่เกิด แต่อาจจะเป็นเพราะยังอยู่ในระหว่างกระบวนการยังไม่ถึงเวลาที่ผลลัพธ์จะแสดงให้เห็นอย่างชัดเจน ลักษณะการประเมินกระบวนการอาจจะประเมินกระบวนการคิด การวิเคราะห์ว่าสมเหตุสมผลหรือไม่ ใ้ใช้ข้อมูลเพียงพอหรือไม่ ใช้วิจารณ์ญาณหรือไม่ ใช้เหตุผลที่เหมาะสมหรือไม่ ในทางปฏิบัติการประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจ หลายคนใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่แสดงออกโดยคำพูด (Verbal expression) และพฤติกรรมที่แสดงออกมา มีจิตสำนึกเกิดขึ้นหรือยัง โดยประเมินจากการให้ความสำคัญกับปัญหา ใส่ใจปัญหาแค่ไหน การมองปัญหาและความสามารถวิเคราะห์สาเหตุ และเชื่อมโยงปัจจัยต่าง ๆ ได้ดีเพียงใด เขาสามารถประเมินศักยภาพของตนเอง และมองเห็นทางเลือกในการแก้ปัญหาหรือไม่ เป็นต้น (นิคย์ ทัศนนิม, 2545)

นอกจากนี้ได้มีผู้เสนอแนวทางการประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจดังนี้

Gibson (1991) สรุปว่า การวัดผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นสามารถทำได้แต่ต้องอาศัยการสังเกตและความชำนาญเพราะการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่มีในธรรมชาติ และยากที่จะอธิบาย สำหรับพยาบาลแล้วถ้าต้องการเข้าใจอย่างถ่องแท้ต้องอาศัยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การศึกษาปรากฏการณ์ หรือการศึกษาชาติพันธุ์มนุษย์ เป็นต้น ซึ่งในการศึกษาวิจัย การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นตัวแปรอิสระ ผลลัพธ์ที่ใช้วัดผลในผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self-efficacy) ความรู้สึกควบคุมสถานการณ์ (Sense of control) ความรู้สึกเป็นนายตนเอง (Sense of mastery) และความรู้สึกมีเพื่อน มีสัมพันธภาพ (Sense of connectedness)

Rodwell (1996) สรุปว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการยืนยันถึงคุณค่าของสิ่งหนึ่ง สิ่งใดที่เป็นเหมือนความฝันหรือความหวัง ดังนั้น การวัดผลการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถทำได้โดยวัดผลของ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังการเกิดการเสริมพลังอำนาจแล้วได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการตั้งเป้าหมาย ความรู้สึกควบคุมสถานการณ์ได้และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ และความหวังในอนาคต

Fetterman (1996) ได้เสนอขั้นตอนการประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยเริ่มจากการกำหนดระดับความรุนแรงของปัญหาร่วมกับผู้ป่วยว่าอยู่ระดับใดตั้งแต่ 1-10 และจดบันทึกไว้ (Taking stock) หลังจากนั้นกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (Setting goals) ในการลดระดับความรุนแรงของปัญหา ซึ่งการกำหนดเป้าหมายระยะสั้นหรือยาวนานขึ้นอยู่กับศักยภาพและความสามารถของผู้ป่วย ขั้นตอนมาประเมินพฤติกรรมและคำพูดของผู้ป่วยประเมินว่าผู้ป่วยเลือกวิธีปฏิบัติและมีการพัฒนาทวิวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมหรือไม่ (Developing strategies) ขั้นตอนสุดท้ายคือ การบันทึกว่าบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกันหรือไม่ (Documenting progress) ซึ่งเป็นการติดตามความก้าวหน้า

นิตยา เพ็ญศิริภา (2544) ได้เสนอตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีได้ 3 ลักษณะคือ 1) กรณีใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล การประเมินจะวัดที่ตัวแปร พฤติกรรมที่เป็นผลจากการเรียนรู้ เช่น ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ การปฏิบัติ 2) กรณีต้องการให้การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมาย จะวัดที่พลังอำนาจของบุคคล สามารถวัดที่ตัวแปรการนับถือตนเอง (Self-esteem) แต่ถ้าต้องการวัดพลังอำนาจเฉพาะเรื่องที่เน้นด้านสุขภาพของบุคคล จะสามารถวัดที่ตัวแปรความเชื่อในความสามารถกระทำพฤติกรรมสุขภาพ หรือแก้ไขปัญาสุขภาพ รับรู้สมรรถนะของตนเอง (Self-efficacy) หรือวัดที่พฤติกรรมการปฏิบัติโดยตรง ซึ่งสอดคล้องกับเพาเวอร์ (Power, 2003) แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสัมพันธ์กับแนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Self-efficacy) ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน (Locus of control) การนับถือตนเอง (Self-esteem) การสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) และการหมดหนทางช่วยเหลือ (Helplessness) และ 3) กรณีต้องการวัดผลกระทบของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อการแก้ไขปัญาสาธารณสุขสามารถวัดที่การเปลี่ยนแปลงสภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม การลดลงของปัญาสาธารณสุข ซึ่งเป็นผลจากการที่บุคคลสามารถแก้ปัญาสุขภาพของตนเองได้

ในวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้เพื่อมุ่งให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งก็คือ การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงทำการประเมินผลการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยวิธีวัดตัวแปร การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ซึ่งเป็นตัวแปรหนึ่งที่สามารถประเมินผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ นอกจากนี้ในระหว่างการดำเนินกิจกรรมการเสริมพลังอำนาจ ผู้วิจัยยังได้ประเมินกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจไปด้วย โดยระหว่างการดำเนินกิจกรรมและภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมแต่ละกิจกรรม ผู้วิจัยได้สอบถามความรู้สึก สังเกตความสนใจ ใส่ใจ ปฏิกริยาและพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยไปด้วย โดยมีการบันทึกเสียงในระหว่างการดำเนินกิจกรรมและจดบันทึกทุกครั้งภายหลังสิ้นสุดกิจกรรม

3.9 สรุปงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้

จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะเห็นได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้นักลมี การพัฒนาทักษะการคิด วิเคราะห์ การตัดสินใจ เกิดความตระหนักรู้ถึงปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา แก้ปัญาด้วยตนเองจากการคิดวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุและหาทางเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญา ตระหนักถึง

ศักยภาพตนเองและข้อจำกัดของตนเองในการเปลี่ยนแปลงหรือการแก้ไขปัญหานั้น ๆ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเชื่อมั่นในความสามารถตนเองทำให้รู้สึกว่าคุณมีความสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ ควบคุมชีวิตตนเองได้ มีอัตมโนทัศน์ในทางที่ดี (Positive self-concept)

ดังที่กล่าวมาแล้วในข้างต้นว่า มีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในด้านต่าง ๆ อย่างแพร่หลาย ซึ่งมีมุมมองและแนวคิดแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับทฤษฎีที่ใช้เป็นแนวทางในการศึกษา สำหรับการนำมาใช้ในการวิจัยทางการพยาบาลสรุปได้ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังต่อไปนี้

ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของเปาโล แฟร์ (Paulo Freire)

Fulton (1997) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยตามมุมมองของพยาบาล จำนวน 16 ราย โดยใช้ทฤษฎีการคิดวิเคราะห์ทางสังคมและปรัชญาความเชื่อของ Freire & Habermas เป็นฐานแนวคิดทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการมีส่วนร่วมในกลุ่มและมุ่งเน้นประเด็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย ตามมุมมองของพยาบาลแต่ละคน ผลการวิจัยพบว่า 1) การเสริมสร้างพลังอำนาจมีความหมายคือการตัดสินใจ การเลือก และความมีอำนาจซึ่งเป็นทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ แต่ทางด้านพยาบาลผู้ให้บริการเองไม่มีความรู้สึกว่าคุณถูกเสริมสร้างพลังอำนาจ 2) มีพลังอำนาจส่วนบุคคล (Having personal power) ซึ่งแต่ละคนจะมีแตกต่างกันตามบทบาทและตำแหน่ง 3) ความสัมพันธ์ภายในทีมสหสาขาวิชาชีพ (Relationships within the multidisciplinary team) พลังอำนาจทางการแพทย์ ความมีอิสระ เป็นเอกลักษณ์ของบุคลากรทางการแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ความรู้สึกถูกกดขี่บีบบังคับ การแบ่งชนชั้น การมีอภิสิทธิ์ 4) รู้สึกถึงสิทธิเกี่ยวกับตนเอง (Feeling right about oneself) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง เกี่ยวกับความเชื่อมั่นในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และรู้สึกเหมือนถูกจักรกระทำจากผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่า บังคับให้แสดงพฤติกรรมเป็นผู้มีความอ่อนโยน มีความกรุณา (Being nice) เป็นมุมมองของพยาบาลชาวอังกฤษในการจัดการกับปัญหาตนเอง เพื่อให้พ้นจากการกดขี่บีบบังคับ

Schofield (1998) ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการถึงผลของการศึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคลในผู้ป่วยทางจิตที่มีอาการรุนแรงจำนวน 13 ราย โดยใช้แนวคิดการศึกษาเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของเปาโล แฟร์ โดยให้ผู้ป่วยค้นพบจุดมุ่งหมาย ความต้องการ ในชีวิต สามารถแก้ปัญหาด้วยตนเอง ควบคุมตนเองได้ ลงมือปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมของตนเอง (Change their environment) ผลการวิจัยพบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่เกิดขึ้น มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ การตัดสินใจยอมรับตนเอง (Self-determination) การสนับสนุนทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่ช่วยเพิ่มความรับผิดชอบในตนเองมากขึ้น

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ (2540) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยประยุกต์แนวคิดรูปแบบการศึกษาการสร้างพลังของเปาโล แฟร์ ซึ่งเน้นความสำคัญของการค้นพบตนเองในกระบวนการศึกษา การตระหนักว่าตนเองมีความรู้ความสามารถที่จะต่อต้านอิทธิพลต่าง ๆ และสามารถควบคุมอนาคตตนเอง นำมาประยุกต์ใช้เพื่อสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 30 ราย โดยการดึงเอาประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการหายใจมาสะท้อนคิด ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการปฏิบัติโดยผู้ป่วยเป็นผู้ลงมือปฏิบัติเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ในสมรรถนะตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก และมีสมรรถนะในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง

ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของเฟลอร์รี (Fleury)

Fleury (1991) ได้ศึกษาการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง โดยใช้มุมมองแรงจูงใจที่ดี (Wellness motivation) ในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่า เกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยประกอบด้วยแรงขับเคลื่อน 2 ชนิด คือ การสร้างมโนภาพขึ้นด้วยตัวของผู้ป่วยเอง และมีโครงสร้างสนับสนุน เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดี โดยมีการสะท้อนถึงผลที่น่าพอใจให้ผู้ป่วยรับรู้เพื่อให้เกิดแรงจูงใจและกำลังใจที่จะทำและผสมผสานเข้าเป็นเรื่องปกติของชีวิต

พะนอ เตชะอธิก (2541) ศึกษาวิจัยถึงทดลองถึงผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีแบบแผนต่อความรู้สึกสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 20 ราย ระยะเวลาของโปรแกรมใช้เวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที จำนวน 8 ครั้ง โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของเฟลอร์รี ซึ่งวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความรู้สึกสูญเสียอำนาจ และเพิ่มความสามารถการเผชิญปัญหาหรือเพิ่มระดับการปรับตัวให้ผู้ป่วย เน้นให้ผู้ผู้ป่วยสามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ และสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนหลังเกิดอัมพาตครึ่งล่างได้มากกว่าการบังคับให้ปฏิบัติตาม ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกสูญเสียลดลง ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีแบบแผนมีระดับความรู้สึกสูญเสียอำนาจโดยรวมน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อรพรรณ ทองคำ (2543) ศึกษาวิจัยถึงทดลองถึงผลของกระบวนการกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี จำนวน 23 ราย โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของเฟลอร์รี ซึ่งเน้นการพัฒนาความสามารถการควบคุมจัดการให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลและแนวคิดกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีผสมผสานของมาร์ม (Marrum, 1978) โดยใช้ระยะเวลาของการดำเนินกระบวนการกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที จำนวน 6 ครั้ง และการปรับตัวด้านจิตสังคมของเดอโรเกติส (Derogatis, 1986) ซึ่งเป็นการปรับตัวด้านจิตสังคมต่อการเจ็บป่วยด้านร่างกายและบุคคล ซึ่งแต่ละบุคคลมีแบบแผนในการปรับตัวแตกต่างกันไปเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ผลการวิจัยพบว่าผู้ติดเชื้อเอช ไอ วีที่เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจมีการปรับตัวด้านจิตสังคมสูงกว่ากลุ่มที่เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มที่ไม่มีการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคมตามรูปแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson)

จารุวรรณ จินตามงคล (2541) ศึกษาวิจัยถึงทดลองผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 ราย เป็นการพยาบาลผู้ป่วยรายบุคคล โดยพบผู้ป่วยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง ซึ่งใช้แนวคิดการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชแบบผสมผสาน โดยใช้แนวคิดของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน ร่วมกับปัจจัยที่มีผลการเสริมสร้างพลังอำนาจของคอร์ริแกน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และนำแนวคิดการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อการบำบัดมาสร้างเป็นโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการ

เผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลัง การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พนารัตน์ เจนจบ (2542) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ ที่อาศัยอยู่ที่บ้าน จำนวน 10 ราย ส่งเสริมการพัฒนาพลังอำนาจในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง 2-4 ครั้งต่อเดือน เยี่ยมบ้านติดต่อกันนาน 3 เดือน รวม 8 ครั้ง ศึกษาในรูปแบบกรณีศึกษาที่มีการจัดกระทำ (Interventive case study) และมีการติดตามประเมินผลด้วยการวัดซ้ำ โดยนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่า 8 ปีจชัย ได้แก่ ความรักตนเอง ความตระหนักในความรับผิดชอบในตนเอง ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ความเชื่อในความสามารถของตนเอง การเห็นคุณค่าในการกระทำที่มีประโยชน์ ประสิทธิภาพในอดีตความรุนแรงของการเจ็บป่วยในขณะนี้ และการสนับสนุนทางสังคม กรณีตัวอย่างมีการรับรู้พลังอำนาจเพิ่มขึ้น โดยพบว่าเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) ภายหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ 1 เดือน และการรับรู้พลังอำนาจยังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) ระหว่างก่อนและภายหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2 เดือนและ 3 เดือน

อุรา สุวรรณรักษ์ (2542) ศึกษาวิจัยถึงทดลองถึงผลการเพิ่มพลังอำนาจต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 60 คน ประยุกต์แนวคิดการเพิ่มพลังอำนาจของกิบสัน โดยใช้กระบวนการให้คำปรึกษาทางสุขภาพรายบุคคล 1 ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมง และให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม 2 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยจะได้รับปัญหาของตนเอง วิเคราะห์สาเหตุ พัฒนากลวิธีที่จะแก้ปัญหา วางแผนแก้ปัญหาและตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของตนเอง นำทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของเบนคูรา และแนวคิดการให้คำปรึกษาทางสุขภาพมาประยุกต์ใช้ร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างแท้จริง จากการมีความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้เหมาะสม ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน รับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง มีการปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.1$) และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าลดลงมากกว่าก่อนทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.1$)

วรางคณา ชัชเวช และคณะ (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้อำนาจในการควบคุมเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรี โดยวิธีสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจการคุมกำเนิดของสตรี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมา ตามแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจของกิบสัน (1993) ผลการวิจัยพบว่า สตรีที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยในการรับรู้อำนาจในการควบคุมเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรีสูงกว่า ก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสตรีที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยในการรับรู้อำนาจในการควบคุมเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรีสูงกว่า สตรีที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถเพิ่มการรับรู้อำนาจในการควบคุมเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรี ดังนั้นบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสตรีจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์กับสตรี เพื่อส่งเสริมสิทธิในการคุมกำเนิดของสตรี

ปราณี โทแสง (2548) ศึกษาวิจัยถึงทดลองถึงผลของโปรแกรมการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยหัวใจวาย จำนวน 44 ราย ใช้แนวคิดการเสริมสร้าง

พลังอำนาจของกิบสัน เป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยให้การพยาบาลเป็นรายบุคคล มี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ การค้นพบสภาพปัญหา การทำความเข้าใจปัญหาและสาเหตุของปัญหา การเรียนรู้ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติและลงมือปฏิบัติ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และการยุติโปรแกรมการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจติดต่อกัน ทุกวัน วันละ 45-60 นาที เป็นเวลา 4-6 วัน เวลาที่เหมาะสมช่วง 18.30-19.30 น. โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยในวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยหัวใจวายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนต่อความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจภายหลังได้รับ โปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประภัสสร สมศรี (2549) ศึกษาวิจัยถึงทดลองถึงผลของการสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จำนวน 30 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน เป็นแนวทางในการสร้างพลังอำนาจ โดยให้การพยาบาลเป็นรายบุคคล มี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่เอื้อต่อการสร้างพลังอำนาจ การสำรวจปัญหา การเข้าใจปัญหา การร่วมกันหาแนวทางเลือกและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ และการยุติการสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยดำเนินการสร้างพลังอำนาจติดต่อกันทุกวัน วันละ 45-60 นาที เป็นเวลา 6-8 วัน เวลาที่เหมาะสมช่วง 18.00-19.00 น. โดยผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยในวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษาหรือภายหลังเกิดอาการ 48 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ได้รับการสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมปรับตัวสูงกว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกภายหลังได้รับการสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัว สูงกว่าก่อนการ ได้รับการสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รัชนิพร คนชุม (2547) ศึกษาวิจัยเชิงทดลองถึงผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 38 คน ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน มาเป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลทั้ง 4 ขั้นตอน ประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่เอื้ออำนวยต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสำรวจปัญหา การเข้าใจปัญหา การร่วมมือกันหาแนวทางเลือกและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติและการยุติการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจติดต่อกันทุกวัน วันละ 45-60 นาที เป็นเวลา 6-8 วัน โดยมีแนวทางการแก้ไขปัญหการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ยังมีการนำแนวคิด ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาของแบนดูราและแนวคิด กระบวนการกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในวิชาชีพทางการพยาบาล ดังนี้

วราภา จันทรโชติ (2540) ศึกษาถึงทดลองถึงประสิทธิผลของการฝึกอบรมการสร้างพลังต่อการพัฒนาเจตคติการเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในความสามารถของตนเองในนักศึกษาพยาบาล จำนวน 68 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการฝึกอบรมการสร้างพลังอำนาจต่อการพัฒนาเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล ติดต่อกันมานาน 3 วัน ติดตามผลเพื่อกระตุ้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล คะแนนเฉลี่ยความแตกต่างของเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล การเห็นคุณค่าในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Davison & Degner (1997) ศึกษาวิจัยเชิงทดลองถึงผลการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการตัดสินใจในการยอมรับการรักษาและความวิตกกังวล ความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากเมื่อได้รับคำวินิจฉัยครั้งแรก จำนวน 60 ราย โดยใช้แนวคิดการสร้างพลังอำนาจของ Conger & Kanungo ซึ่งเป็นทฤษฎีการคิดรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแบนดورا เป็นฐานความคิดพัฒนาแนวคิดความรู้สึกรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมสถานการณ์และชีวิตตนเอง (Sense of personal mastery) โดยไม่รวมถึงความหวังว่าจะเกิดขึ้นหรือไม่ นำมาประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก โดยให้กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลจากคู่มือรายการข้อคำถามในการสอบถามข้อมูลจากแพทย์และเทปบันทึกคำถามไว้ให้ผู้ป่วยบันทึกขอรับคำปรึกษาจากแพทย์ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางเลือกที่ดีที่สุดในการรักษาตนเอง ผลการวิจัยพบว่า 6 สัปดาห์ ภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษามากกว่ากลุ่มควบคุมและระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

Tsay & Hung (2004) ศึกษาเชิงทดลองถึงผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อประสิทธิภาพในการดูแลตนเองและภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือด จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มทดลองจะได้รับแบบชุดข้อมูลโดยการให้คำปรึกษารายบุคคลในระหว่างการให้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นระยะ ๆ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านหน่วยไต จะเป็นผู้นำในการดำเนินการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล กลุ่มควบคุมจะได้รับเพียงชุดข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลจะเก็บในครั้งแรกไว้เป็นพื้นฐานและเก็บ 6 สัปดาห์ ภายหลังให้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้เครื่องมือวัดการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ Empowerment Scale (ES) ที่พัฒนาจากเครื่องมือวัดการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ได้จากการใช้กลยุทธ์การเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ผลของกิจกรรมการพยาบาลต่อประสิทธิภาพในการดูแลตนเองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยในการปรับเปลี่ยนที่มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งคะแนนที่สูงจะบ่งบอกถึงประสิทธิภาพในการดูแลตนเองที่สูง ผลของกิจกรรมการพยาบาลต่อภาวะซึมเศร้าพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีภาวะซึมเศร้าที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Mok & Martinson (2000) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพถึงผลการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 12 ราย โดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของ Riessman มาใช้ในการดำเนินกระบวนการกลุ่มเพื่อ

เสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วย กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ 3 ราย มะเร็งเต้านม 5 ราย และ มะเร็งหลังโพรงจมูก 4 ราย หลังจากนั้นทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ผลการวิจัยพบว่า ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละราย ประกอบด้วย 1) ความรู้สึกมีเพื่อน มีความสัมพันธ์ระหว่างกัน (Interconnectedness) จากการมีประสบการณ์และปัญหาเดียวกัน มีความรู้สึกเดียวกัน ไม่รู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยว ปัญหาไม่ได้เกิดขึ้นกับตนเองผู้เดียว 2) มีความมั่นใจและมีความหวัง (Confidence and hope) มีการเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น 3) การสนับสนุนและความมั่นคง (Support and affirmation) มีความเข้มแข็งในการเผชิญปัญหาการเจ็บป่วยจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และ 4) ความรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ (Feeling of usefulness) จากการเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้รู้สึกมีคุณค่าและค้นพบว่าชีวิตนี้ยังมีความหมาย

เพื่อให้เห็นลักษณะการนำแนวคิดการสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการวิจัยทางการแพทย์บาลได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงสรุปงานวิจัยที่นำแนวความคิดการสร้างพลังอำนาจไปใช้ (ตารางที่ 7 ในภาคผนวก ข)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการนำแนวคิดการสร้างพลังอำนาจมาใช้ในการพยาบาลหลากหลายแง่มุม ใช้ในผู้ป่วยหลายประเภททั้งผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยวิกฤตในรูปแบบรายบุคคล เป็นกลุ่มและอาจมีรายละเอียดปลีกย่อยแตกต่างกันไป อย่างไรก็ตามทั้งหมดมีหลักการและเป้าหมายเดียวกัน คือมุ่งเน้นการพัฒนาความสามารถในการควบคุมสถานการณ์และชีวิตหรือพัฒนาศักยภาพในการแก้ปัญหา เกิดการตัดสินใจยอมรับตนเอง (Self-determination) ซึ่งเป็นความตระหนักรู้หรือจิตสำนึก (Awareness หรือ consciousness) (Rafael, 2001) ซึ่งเป็นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคลหรือมีการเรียนรู้จากการกระทำ นั่นคือ เปิดโอกาสให้บุคคลมีประสบการณ์ตรงในกระบวนการคิดวิเคราะห์ ฝึกทักษะกระบวนการแก้ไขปัญหา

ส่วนกลยุทธ์ที่ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับเป้าหมายและปัจจัยแวดล้อมต่างๆ รวบรวมได้ดังนี้ (ปราณี โทแสง, 2548 ; รัชนิพร คนชุม, 2547)

1) การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้บุคคลเกิดการรับรู้ เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง โดยมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย เพื่อช่วยในการตัดสินใจและกระตุ้นสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจ การให้ข้อมูลทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรักษาเพราะใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจด้วยตนเองว่าจะเลือกใช้การรักษาแบบใด นอกจากนี้ผู้ป่วยต้องการรับรู้ถึงสิทธิของผู้ป่วยที่สามารถนำมาใช้ประกอบในการตัดสินใจเป็นการสร้างเสริมพลังอำนาจของผู้ป่วยได้ การได้รับข้อมูลข่าวสารจะช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ หากขาดข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสมแล้วคุณภาพประสิทธิภาพและกระบวนการตัดสินใจก็จะไม่เกิดขึ้น

2) การให้คำปรึกษา คำแนะนำและให้แนวทาง โดยยึดความจำเป็น และความต้องการของแต่ละบุคคล

3) การให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวก ให้แหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรที่เป็นประโยชน์

4) การให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การกำหนดเป้าหมายที่เป็นจริง และแนวทางเลือกที่เป็นไปได้ร่วมกันทั้งสองฝ่าย ซึ่งการทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอาจทำได้โดยการให้นับเสนอด้วยตนเองให้กับผู้ร่วมประชุมฟัง มีการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ ตลอดจนการตัดสินใจร่วมกับผู้อื่น โดยที่การตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งที่เหมาะสมกับตนเอง ทั้งสองฝ่ายจะต้องมีวิสัยทัศน์ (Vision) หรือมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน การ

สนับสนุนให้เกิดพลังอำนาจต้องมุ่งเน้นที่การกำหนดเป้าหมายและการตัดสินใจร่วมกัน (Mutual goal-setting and discussion making) และมีข้อผูกพันระหว่างกันทั้งสองฝ่ายที่จะตกลงร่วมกันในการดำเนินกระบวนการ มีการหาทางเลือก แนวทาง และมีการตัดสินใจร่วมกัน

5) การประเมินผลย้อนกลับเชิงบวก การสะท้อนถึงผลที่น่าพอใจ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจและเกิดกำลังใจที่จะกระทำต่อไป

6) การยอมรับในความเป็นบุคคล ส่งเสริมให้เกิดคุณค่าในตนเอง ให้ความสำคัญและยอมรับในศักยภาพในความสามารถของบุคคล รวมถึงการยอมรับปัญหาของผู้ป่วยตามสภาพการณ์ของตัวเอง ซึ่งจะเป็นบันไดขั้นต้นที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเขามีพลังที่จะควบคุมและจัดการกับปัญหาของเขาได้ด้วยตนเอง

7) การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง แต่การใช้กลุ่มสนับสนุน (Group support) อาจมีข้อจำกัดคือ สมาชิกกลุ่มบางคนอาจจะไม่ได้รับประโยชน์ตามที่คิดไว้ ไม่ชอบ ไม่เห็นด้วย เพราะผู้ป่วยแต่ละคนให้ความสำคัญของปัญหาแตกต่างกันไป เมื่อเข้ากลุ่มจะทำให้กลุ่มมีอิทธิพลในการตัดสินใจและการมองปัญหาซึ่งไม่ตรงกับปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้

8) ให้ความสำคัญเอาใจใส่ทางด้านสุขภาพร่างกาย ส่งเสริมสุขภาพในการรักษาพยาบาลในภาวะเจ็บป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างพลังอำนาจทางการพยาบาลทั้งในและต่างประเทศพบว่า แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจที่นิยมนำมาใช้ในการวิจัยทางการพยาบาลที่สำคัญมี 3 แนวคิด ได้แก่ 1) แนวคิดการสร้างพลังอำนาจของเปาโล แฟร์ 2) แนวคิดการสร้างพลังอำนาจของเฟลอร์รี่ และ 3) แนวคิดสร้างพลังอำนาจของกิบสัน ซึ่งแต่ละแนวคิดมีกระบวนการที่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สรุปแนวคิดการสร้างพลังอำนาจในการวิจัยทางการแพทย์

แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ		
Pualo Freire (1972)	Fleury (1991)	Gibson (1993)
แนวคิดนี้มีวิวัฒนาการมาจากการตระหนักถึงความไม่เสมอภาค การปกครองและการเมืองเกิดขึ้นจากความไม่เสมอภาค ในสังคมที่มีการกดขี่ เอารัดเอาเปรียบกันต่อมาได้นำมาใช้ในการเรียกร้องสิทธิในกลุ่มพลังต่างๆ เช่น กลุ่มรักรวมเพศ ในประเทศไทยเริ่มใช้กับการเคลื่อนไหวของกลุ่มสตรี ค.ศ. 1960-1970 แฟร์ได้ทำการสอนประชาชนอ่านและเขียนหนังสือ โดยให้ผู้เรียนร่วมกันอภิปรายในประเด็นปัญหาที่ประสบอยู่และมีความสนใจ ค.ศ. 1970-1990 แนวคิดนี้ถูกนำมาใช้ในการจัดการศึกษาอย่างแพร่หลายในรูปของโปรแกรมการศึกษา และกลุ่มเป้าหมายต่างๆ แฟร์เน้นการค้นพบตนเองในกระบวนการศึกษาจึงเหมาะสมและนิยมนำไปใช้ในการสร้างพลังมวลชนหรือการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชน	ศึกษาการเกิดกระบวนการสร้างอำนาจให้ผู้ช่วยที่เป็นแรงจูงใจ อธิบายถึงการเกิดกระบวนการสร้างพลังอำนาจให้ผู้ช่วยว่าเริ่มจากนิยามของผู้ช่วยและมีระบบสนับสนุนซึ่งมี 2 องค์ประกอบนี้ว่า พลังขับเคลื่อนที่ทำให้เกิดกระบวนการสร้างพลังอำนาจในผู้ช่วย มีระยะของการเกิดกระบวนการนี้ 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การประเมินความพร้อม ประกอบด้วยการประเมินพฤติกรรม การประเมินอุปสรรค และการยอมรับการเปลี่ยนแปลง ระยะที่ 2 การเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วยการแสดงบทบาท การปรับห้องใจ การผ่านพ้นอุปสรรค และการตรวจสอบตนเอง ระยะที่ 3 การผสมผสานเข้าเป็นเรื่องปกติของชีวิต ประกอบด้วยการสร้างพฤติกรรมใหม่ การประสานกลมกลืน และการสร้างรูปแบบในอนาคต	กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพื้นฐานมาจากความซับซ้อนใจความขัดแย้งการมีอุปสรรค การมีความคาดหวัง การขาดภาวะสมดุลในตนเอง และการมีความมุ่งมั่น พุ่มพ ความผูกพัน และความรัก เป็นปัจจัยนำที่ผลักดันให้บุคคลเกิดพลังมีกำลังใจ สามารถกระทำ ทักษะทางในการแก้ไขปัญห อุปสรรคให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ดีที่สุด ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ กับสัน ได้กำหนดรูปแบบ การเสริมสร้างพลังอำนาจในการพยาบาลโดยเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้บริการกับพยาบาล

จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้พิจารณาทั้ง 3 แนวคิด พบว่าทั้งแนวคิดของเปาโล แฟร์ และเฟลอร์รี ได้เน้นการพัฒนาศักยภาพทางด้านการคิด โดยเปาโล แฟร์จะเน้นการค้นพบตนเองในกระบวนการศึกษา จึงมีความเหมาะสมและนิยมนำไปใช้ในการสร้างพลังมวลชนหรือการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชน ส่วนเฟลอร์รีได้อธิบายถึงระยะของการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะประเมินความพร้อม ระยะที่ 2 ระยะเปลี่ยนแปลง และระยะที่ 3 ระยะผสมผสานเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ซึ่งแต่ละระยะมักต้องใช้เวลาและค่อยเป็นค่อยไป จึงมีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่า ทั้งสองแนวคิดดังกล่าวมาไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีซึ่งมีสภาพปัญหาและการเจ็บป่วยที่ค่อนข้างรุนแรงและวิกฤต ส่วนแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน ผู้วิจัยได้พิจารณาในหลาย ๆ แง่มุมแล้วเห็นว่ามีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังให้กับผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นอย่างมากเนื่องจากเหตุผล 4 ประการ ได้แก่ 1) อธิบายแนวคิดในลักษณะของความเป็นระบบ ซึ่งประกอบด้วย สิ่งนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) สิ่งนำออก (Output) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการปรับตัวของรอย ที่ผู้วิจัยใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ 2) อธิบายขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้อย่างชัดเจนทั้ง 4 ขั้นตอน แต่ละขั้นตอนมีความเป็นพลวัตรต่อกัน และเริ่มต้นด้วยการประเมินสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น การแสวงหาข้อมูลเพื่อตัดสินใจจัดการกับปัญหา การลงมือปฏิบัติเพื่อจัดการกับปัญหาและการประเมินผล ซึ่งลักษณะดังกล่าวมีความสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล เพราะเริ่มต้นด้วยการประเมินสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และกระบวนการพยาบาลในแต่ละขั้นตอนสามารถย้อนกลับ ไปกลับมาระหว่างกันได้ซึ่งเป็นลักษณะพลวัตรเช่นเดียวกัน ซึ่งลักษณะของกระบวนการดังกล่าวมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ได้ทั้งในผู้ป่วยวิกฤตและเรื้อรัง 3) อธิบายถึงผลลัพธ์ (Outcome) และผลที่ตามมา (Consequences) ไว้อย่างชัดเจน ซึ่งมีทั้งผลในทางบวกและทางลบในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการอธิบายถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ การปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การให้แนวคิดนี้เป็นแนวทางจะทำให้สามารถอธิบายการเกิดผลลัพธ์ดังกล่าวได้อย่างชัดเจน และ 4) เป็นแนวคิดที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยบริการ ทำให้มองเห็นความสำคัญและบทบาทอิสระของพยาบาลได้อย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม เพราะมีคุณสมบัติที่โดดเด่นคือพยาบาลเป็นผู้ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991; 1995) มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้มากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยมะเร็งยังไม่พบกิจกรรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาของรัชนีพร คนชุม (2547) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อส่งเสริมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ แต่ค่าเฉลี่ยการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ด้านความรู้สึกร่างกาย ด้านปณิธานและความคาดหวังไม่แตกต่างกัน และเนื่องจากงานวิจัยนี้ทำในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งทั่วไปที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งไม่สามารถอ้างอิงไปสู่ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มอื่นได้

กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษาเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคลจากการนำ การเสริมสร้างพลังอำนาจมาประยุกต์ใช้ ทั้งนี้เพราะเชื่อว่าผู้ป่วยแต่ละคนมีปัญหาที่แตกต่างกัน ความต้องการ การดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991; Gibson, 1995) ซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ทางบวก เน้นความไว้วางใจ ความเห็นอกเห็นใจและการมีส่วนร่วมโดยที่พยาบาลเป็นผู้ ช่วยเหลือ ผู้ให้การสนับสนุน ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้ความรู้ ผู้แนะนำและจัดหาแหล่งประโยชน์ ผู้อำนวยการ ความสำเร็จ และผู้พิทักษ์สิทธิ์ ให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการเสริมพลังอำนาจด้วยตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการ เรียนรู้ที่เกิดขึ้นภายในบุคคล ทำให้ผู้ป่วยมีการคิดวิเคราะห์ เรียนรู้และตระหนัก ตลอดจนพัฒนาความสามารถของ ตนเองในการตอบสนองความต้องการของตนเอง พัฒนาความสามารถใน การแก้ไขปัญหา การแสวงหาและการ ใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์เพื่อควบคุมสถานการณ์ในชีวิตตนเอง โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักหรือ เกิดความรู้ถึงความสามารถในการควบคุมสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและสุขภาพ ทำให้ ผู้ป่วยสามารถกำหนดและบรรลุเป้าหมายตามที่ตนคาดหวัง ผู้ป่วยจะรู้สึก ถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตน มี ความพึงพอใจในตนเองและเกิดการพัฒนาด้านตนเอง (Gibson, 1995) มีความมั่นใจ รู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง มีความเป็นอิสระและมีการพัฒนาทักษะทางสังคม (Rafael, 1995) ซึ่งจัดว่าเป็นการ เพิ่มระดับความสามารถในการปรับตัว เพราะกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะไปมีผลต่อกลไกการคิดของผู้ป่วย ทำให้เกิดกระบวนการรับรู้ เรียนรู้ ตัดสินใจและปรับอารมณ์ (Roy & Andrew, 1999) จะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ ว่าตนสามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ เกิดแรงผลักดันทางจิตใจ สามารถควบคุมความรู้สึกทุกขุทรมานทางด้าน จิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีพลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาต่าง ๆ และสามารถปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ได้ดีขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดี โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันตามเหตุผลดังกล่าว เป็น แนวทางหลักในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาศักยภาพให้ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีรับรู้ ว่าตนเองสามารถจัดการกับสถานการณ์หรือปัญหาที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนได้ ควบคุมสถานการณ์ชีวิตและ ควบคุมตนเองได้ และช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ