



# การสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคหัวใจ และหลอดเลือด : ผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Empowerment for Patients with cardiovascular disease : Nursing outcome)

ดวงกมล วัตราดุลย์ พย.ค.\*

Duangkamol Wattradul RN., DNS\*\*

## บทคัดย่อ

การสร้างเสริมพลังอำนาจ หรือการสร้างเสริมพลังใจ (Empowerment) เป็นหลักการอย่างหนึ่งที่น่ามาใช้ในการพัฒนาบุคคลในหลายสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลควรนำมาใช้เพิ่มพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ พยาบาลควรมีความเข้าใจปรัชญาของการสร้างพลังอำนาจและสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการสุขภาพหรือจัดทำเป็นโปรแกรมเพื่อสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด การสร้างรูปแบบของการสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ จะต้องมียุทธศาสตร์ของการสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ ผู้ให้บริการต้องมีความรับผิดชอบในการจัดการกับสุขภาพของตนเอง ผู้ให้บริการจะต้องมีความพร้อมและมีสถานการณ์ที่เหมาะสมในการสร้างพลังอำนาจ ผู้ให้บริการสุขภาพจะต้องละทิ้งการเป็นผู้ควบคุมผู้ป่วยและต้องทำหน้าที่ให้ความร่วมมือในการสร้างบรรยากาศให้เกิดความเข้าใจในด้านความเชื่อ ค่านิยม และความคาดหวังของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพ และมีความไว้วางใจระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ป่วย โดยมีวิธีการสร้างเสริมพลังอำนาจ ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ 2) การปกป้องสิทธิผู้ป่วย (Advocacy) 3) การให้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพและพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง 4) การสร้างเสริมศักยภาพ (Capacity building) โดยมีผลลัพธ์ทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง มีความพึงพอใจในบริการ ตระหนักในการดูแลตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อน และจัดการกับอาการไม่สบายต่างๆ ได้ในระยะยาว เพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นและมีความสุข

**คำสำคัญ :** การสร้างพลังอำนาจ, โรคหัวใจและหลอดเลือด, ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และสูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

\*\* Assistant Professor, Adult and Geriatric nursing department, the Thai Red Cross College of Nursing

## ความสำคัญและความเป็นมาของการสร้างเสริมพลังอำนาจ

การสร้างเสริมพลังอำนาจ หรือการสร้างเสริมพลังใจ (Empowerment) เป็นหลักการอย่างหนึ่งที่น่าสนใจนำมาใช้การพัฒนาบุคคลในหลายสาขาวิชาชีพ เช่น ด้านการศึกษา ด้านสาธารณสุข สังคมศึกษา และในด้านการบริหารงานบุคคล เป็นต้น นอกจากนี้การสร้างพลังอำนาจนี้นับว่าเป็นสมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลที่ควรนำมาใช้เพิ่มพลังอำนาจให้ตนเองและเพื่อนร่วมงาน พยาบาลควรมีความเข้าใจและสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการสุขภาพหรือจัดทำเป็นโปรแกรมเพื่อสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีผลลัพธ์ทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองสามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อน และจัดการกับอาการไม่สุขสบายต่างๆ ได้ในระยะยาว เพื่อให้มีภาวะสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

“Empowerment” เป็นคำที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายในทศวรรษที่ 20 ซึ่งนำมาจาก “Empowerment movement” จากนักปรัชญาชาวบราซิล ชื่อว่า เปาโล (Paulo Freire) ในปี ค.ศ. 1970 ท่านได้พัฒนากลยุทธ์ในการสอนประชาชนให้เกิดจิตสำนึกในการแก้ไขปัญหาความยากจนในประเทศบราซิล<sup>1</sup> โดยท่านได้ใช้วิธีการสนทนา (dialogue) ให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ด้วยความเท่าเทียมกัน ท่านได้เน้นถึงความสัมพันธ์ที่เท่าเทียมและการเคารพซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม (group members) และผู้อำนวยการความสะดวก (facilitators) โดยที่สมาชิกทุกคนในกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นร่วมกันค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา และนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ<sup>2</sup>

## ความหมายของการสร้างเสริมพลังอำนาจ

มีผู้ให้ความหมายของการสร้างพลังอำนาจคล้ายคลึงกันดังนี้

Funnel และ Anderson ให้ความสำคัญของการสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลค้นหาศักยภาพของตนเองและใช้ความสามารถของตนเองในการจัดการกับสุขภาพของตนเอง<sup>3</sup>

กิบสัน<sup>4</sup> ได้ให้ความหมายของการสร้างพลังอำนาจว่าเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม และบุคคลนั้นมีความรับผิดชอบในการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเอง และรู้สึกว่าคุณเองมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่ หรือชีวิตของตนเองได้

วิทเมอร์<sup>5</sup> ได้กล่าวว่า การสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการหนึ่งในการส่งเสริมให้เกิดการจัดการกับตนเอง (Self-management) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Capacity) ซึ่งทำให้บุคคลมีการปรับพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันในด้านต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการคลายความเครียด เป็นต้น เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ Tsey และ Hung ระบุว่า กระบวนการสร้างพลังอำนาจจะต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนข้อมูล การร่วมตัดสินใจในการดูแลตนเองระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ<sup>6</sup>

นอกจากนี้การสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลมีความรักในตนเอง (Self-love) และรับผิดชอบต่อตนเอง (Self-responsibility) ซึ่งส่งเสริมให้บุคคลสามารถแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถพัฒนาตนเองให้เกิดความมั่นใจในการ

เจรจาต่อรองกับผู้อื่นและตัดสินใจในการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง<sup>7</sup>

การสร้างพลังอำนาจยังครอบคลุมถึงการสร้างเสริมสุขภาพในประชาชน ซึ่งในกฎบัตรรอดตายระบุว่า การส่งเสริมสุขภาพ<sup>8</sup> หมายถึง “enabling people to increase control over and improve health” คำ enabling ซึ่งแปลว่า “การสร้างสมรรถนะ” ซึ่งมีความหมายเป็นนัยว่าเป็นการสร้างพลังอำนาจ เพราะการสร้างสมรรถนะ คือ การพัฒนาความสามารถของบุคคล “develop personal skill” ซึ่งเป็นกลวิธีสำคัญในการพัฒนาให้บุคคลมีพลังอำนาจในการดูแลตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดโรคต่างๆ

สรุปได้ว่าการสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่มีส่วนร่วมทั้งผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ใช้บริการสุขภาพ ในการตั้งเป้าหมาย แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้ด้านการดูแลสุขภาพร่วมกัน เพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีความมั่นใจ สามารถเจรจาต่อรอง ควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้มีความรักในตนเอง และมีความรับผิดชอบในการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเอง และรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจในการควบคุมปัจจัยต่างๆ สามารถดูแลตนเอง ในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคแทรกซ้อนเพื่อให้มีภาวะสุขภาพและคุณภาพที่ดี

### รูปแบบการสร้างพลังอำนาจ (The empowerment model)

การสร้างรูปแบบของการสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ใช้บริการ จะต้องมียุทธศาสตร์ของการสร้างพลังอำนาจซึ่งประกอบด้วยข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้<sup>4,9</sup>

1. ผู้ใช้บริการสุขภาพหรือผู้ป่วยจะต้องมี

บทบาทสำคัญในการรับผิดชอบในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

2. ผู้ใช้บริการสุขภาพหรือผู้ป่วยเป็นผู้มีประสบการณ์ตรงในการเจ็บป่วย การดูแลรักษาและได้รับผลลัพธ์ของการรักษา ดังนั้น ผู้ใช้บริการสุขภาพหรือผู้ป่วยมีสิทธิขั้นพื้นฐานในการตัดสินใจด้านการรักษาด้วยตนเอง

3. ผู้ให้บริการสุขภาพไม่สามารถสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้โดยลำพัง เนื่องจากการสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยจะต้องมีความพร้อมของผู้ป่วย และมีสถานการณ์ที่เหมาะสม และขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วยว่าต้องการสร้างพลังอำนาจหรือไม่<sup>10</sup>

4. ผู้ให้บริการสุขภาพจะต้องละทิ้งการเป็นผู้ควบคุมผู้ป่วยและต้องทำหน้าที่ให้ความร่วมมือในการสร้างบรรยากาศให้เกิดความเข้าใจในด้านความเชื่อ ค่านิยม และความคาดหวังของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพ

5. การสร้างพลังอำนาจจำเป็นต้องมีความเคารพซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการด้านสุขภาพและผู้ใช้บริการสุขภาพหรือผู้ป่วย

6. เพื่อให้ผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพประสบความสำเร็จ การสร้างพลังอำนาจจำเป็นต้องมีความไว้วางใจระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการสุขภาพ<sup>11</sup>

รูปแบบการดูแลแบบดั้งเดิมที่เป็น medical model นั้นการตั้งเป้าหมายและแผนการรักษาจะไม่นำถึงถึงจิตสังคม จิตวิญญาณ และการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีภาวะโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคเบาหวาน เป็นต้น การให้ความรู้และคำปรึกษาต่างๆ จะสั้น และขึ้นำโดยผู้ให้บริการสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ซึ่งจะเชื่อถือในข้อมูล



ที่ตนเองตรวจพบมากกว่าการรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาสลับซับซ้อน เช่น ไม่สามารถควบคุมน้ำตาล หรือไม่สามารควบคุมระดับไขมันในเลือดได้ ผู้ให้บริการมักจะส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่แผนกต่างๆ ตามปัญหาที่พบ หรือตำหนิผู้ป่วยที่ไม่ดูแลตนเองได้ตามที่คาดหวัง ซึ่งผลที่ตามมาอาจเกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการสุขภาพ เนื่องจากไม่ได้ร่วมกันค้นหาปัญหาและร่วมมือกันแก้ปัญหาในด้านการดูแลสุขภาพโดยเน้นให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจและมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง<sup>12</sup>

นอกจากนี้รูปแบบการดูแลแบบเดิมซึ่งเป็น medical model ไม่ได้ตอบสนองต่อความต้องการทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะเมื่อรับรู้ผลการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจผู้ป่วยจะมีอาการช็อก กลัวเรื่องการรักษาและความไม่แน่นอนของโรค หรือไม่มั่นใจในการดำเนินชีวิตในอนาคต ส่งผลให้หมดกำลังใจ และท้อแท้ในการดูแลตนเอง<sup>13</sup> ถ้าผู้ให้การดูแลไม่ได้ให้ความสนในอย่างเพียงพอกับการปรับตัวเกี่ยวกับโรค และไม่ได้รับฟังความรู้สึกด้านจิตใจของผู้ป่วย อาจ

ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง หมดพลังใจ และขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง<sup>13,14</sup>

ส่วนการดูแลที่สร้างเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น ผู้ให้บริการสุขภาพร่วมตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีความยึดมั่นกับการจัดการตนเอง (Self-management) ทั้งด้านการรักษา และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยต้องการให้ผู้ให้บริการสุขภาพให้พลังอำนาจเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง เพื่อให้ตนเองได้รับความมั่นใจเกิดความรักตนเองและรับผิดชอบในตนเอง มีแรงจูงใจและสามารถดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องในด้านการรักษาดูแล<sup>14</sup> ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการดูแลในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic disease management) ของแวกเนอร์<sup>15</sup> ซึ่งมีวิธีการดูแลที่มีส่วนร่วมระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับตนเองด้านสุขภาพ ดังนั้นรูปแบบการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงมีรูปแบบการดูแลที่แตกต่างจากรูปแบบการดูแลเดิมที่เป็น Medical Model ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบระหว่าง MEDICAL MODEL และ EMPOWERMENT MODEL

MEDICAL MODEL	EMPOWERMENT MODEL
ผู้ให้การดูแลสุขภาพเป็นผู้ชี้แนะ	ผู้ใช้บริการสุขภาพเป็นศูนย์กลาง
การให้คำปรึกษาสั้นเป็นการตัดสินใจของผู้ให้การดูแลสุขภาพ	มีการเจรจาต่อรองระหว่างผู้ให้การดูแลสุขภาพและผู้ใช้บริการ
ผู้ให้การดูแลสุขภาพเป็นผู้ตัดสินใจในด้านการวางแผนการรักษา	ผู้ให้การดูแลสุขภาพและผู้ป่วยร่วมตัดสินใจในการตั้งเป้าหมายและวางแผนการรักษา
ความต้องการทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วยยังไม่ได้รับการตอบสนอง	การดูแลสุขภาพจิตสังคมได้นำมาพิจารณาและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย
ผู้ให้การดูแลสุขภาพใช้รูปแบบการสั่งการโดยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมยอมตามแผนการรักษาดูแล (compliance)	ผู้ป่วยได้เจรจาต่อรองและมีทางเลือกในการดูแลรักษาเพื่อให้เกิดการยึดมั่นในการดูแลรักษา (adherence)
ผู้ป่วยจะได้รับคำตำหนิเมื่อไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา	มีการร่วมกันค้นหาปัญหาและสาเหตุของการไม่ยึดมั่นในการดูแลรักษาระหว่างผู้ให้การดูแลสุขภาพและผู้ป่วย
ผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาคือผู้ป่วยที่ดื้อรั้น	ผู้ป่วยมีการต่อต้านในการดูแลรักษาลดลง
การดูแลตนเองไม่ต่อเนื่องและไม่ยั่งยืน	การดูแลตนเองประสบความสำเร็จและยั่งยืน

(Applied from Meeto<sup>14</sup>)

### ผู้ให้บริการสุขภาพกับการสร้างพลังอำนาจ

ในการสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการสุขภาพ ผู้ให้บริการสุขภาพจะต้องเป็นผู้มีส่วนร่วมกับผู้ป่วยในการตัดสินใจขั้นสุดท้ายในการดูแลสุขภาพ โดยต้องมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยในการตัดสินใจเลือกการดูแลรักษาที่ถูกต้องและดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยต้องมีความรับผิดชอบในการดูแลตนเองและเพื่อตนเอง<sup>4, 6, 9</sup>

ตัวอย่าง การสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ให้บริการด้านสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลจะต้องมีความเข้าใจในผู้ป่วยเพื่อที่จะส่งเสริมให้เกิดกระบวนการสร้างพลังอำนาจ ในข้อตกลงเบื้องต้นดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถพัฒนาศักยภาพและสามารถดูแลตนเองได้



2. โรคหัวใจและหลอดเลือดมีผลกระทบต่อร่างกาย อารมณ์ จิตสังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วยทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง

3. ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีประสบการณ์ทั้งการรู้สึกว่าเป็นโรคหัวใจเป็นความเครียด (stress) เป็นภาระ (burden) และรับรู้ว่าการดูแลตนเองและการรักษาเป็นประโยชน์สำหรับตนเอง

4. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดต้องการความเข้าใจและเห็นใจจากผู้ให้การดูแลสุขภาพ รวมทั้งต้องการข้อมูลด้านดูแลรักษาที่เป็นทางเลือกที่ดีในการดูแลตนเอง

### กระบวนการสร้างพลังอำนาจ

การสร้างพลังอำนาจมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีอิสระในการจัดการกับสุขภาพของตนเองส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพและความผาสุกที่ดี ในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดจำเป็นต้องมีพลังอำนาจในด้านการมีความรู้ การมีเจตคติที่ดี และมีความตระหนักในตนเอง ตลอดจนมีทักษะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองอันนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการสร้างพลังอำนาจที่สำคัญในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดคือการให้ข้อมูลและความรู้ในการดูแลสุขภาพ<sup>16</sup> รวมทั้งการร่วมตั้งเป้าหมายในการดูแลสุขภาพกับบุคลากรด้านสุขภาพ ประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอน<sup>3</sup> ได้แก่

**ขั้นตอนที่ 1** เป็นระยะที่ผู้ให้การดูแลสุขภาพเริ่มให้การเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ใช้บริการสุขภาพหรือผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความไว้วางใจกันซึ่งจะช่วยให้เกิดการร่วมกันค้นหาสาเหตุของปัญหาในด้านการดูแลสุขภาพ

**ขั้นตอนที่ 2** การร่วมกันค้นหาและทำความเข้าใจกับค่านิยม ความเชื่อ และวิเคราะห์ถึงสภาพปัญหา สาเหตุของปัญหา และสิ่งที่มีอิทธิพลต่อ

ปัญหานั้นๆ เช่น ปัจจัยต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคและปัจจัยต่างๆ ที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย มีการจำแนกปัญหาออกเป็นหมวดหมู่ และหาวิธีแก้ปัญหา อาจจะเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะบุคคล หรือแก้ไขปัญหามาเป็นกลุ่ม

**ขั้นตอนที่ 3** ร่วมกันตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองในระยะยาว เช่น การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกายเพื่อลดไขมันในเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยได้วางแผนและตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งพยาบาลเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือนำวิธีต่างๆ มาแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ป่วย เช่น การให้ข้อมูลและช่วยอำนวยความสะดวก จัดหาเครื่องมือต่างๆ ในการดูแลตนเอง ในระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกทักษะต่างๆ เพื่อช่วยในการจัดการตนเองในด้านต่างๆ เช่น การดูแลตนเองด้านการรับประทานยา ความรู้เกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การฝึกทักษะการสร้างมนุษยสัมพันธ์ ทักษะการเป็นผู้นำ ทักษะการสื่อสารในด้านการเจรจาต่อรอง และการกล้าแสดงความคิดเห็นทางบวก เป็นต้น

**ขั้นตอนที่ 4** เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้เลือกวิธีการในการดูแลสุขภาพตนเอง และตั้งค่านับสัญญาว่าจะปรับเปลี่ยนสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลสุขภาพในระยะยาว เป็นระยะที่ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ ความชำนาญ และทักษะต่างๆ มาใช้ในการแก้ปัญหาต่างๆ ในด้านสุขภาพ และการปรับตัวในการดำรงชีวิตได้ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะตระหนักถึงความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหา และมีความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถนำวิธีแก้ไขปัญหานั้นๆ ที่เรียนรู้ไว้ออกมาใช้แก้ปัญหาด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

**ขั้นตอนที่ 5** เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้ประเมินผลของการพยายามดูแลตนเอง และสามารถระบุได้ว่า

ผู้ป่วยได้เรียนรู้อะไรและมีพัฒนาการอะไรบ้างจากกระบวนการสร้างพลังอำนาจ

การสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เป็นพลวัต การสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ซับซ้อน เช่น โรคหัวใจหลอดเลือด และโรคเบาหวานอาจจะล้มเหลวหรือประสบความสำเร็จในบางครั้ง ซึ่งแต่ละครั้งของกระบวนการสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยนั้นเป็นการส่งเสริมเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และร่วมแก้ไขปัญหาต่างๆ ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลสุขภาพ ส่งผลให้เกิดพัฒนาการ และมีกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาที่ดีขึ้น เพราะปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่พบจะเป็นบทเรียน และนำไปสู่ความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่ง่ายและสลับซับซ้อนได้อย่างท้าทาย และบรรลุเป้าหมายได้อย่างยั่งยืน

### กลยุทธ์ในการสร้างพลังอำนาจ

การสร้างเสริมพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นมีกลยุทธ์ที่หลากหลายขึ้นอยู่กับกลุ่มผู้ป่วยและสถานการณ์ ซึ่งการใช้กลยุทธ์ต่างๆ นี้ต้องอยู่สอดคล้องและอยู่บนพื้นฐานของกระบวนการสร้างพลังอำนาจ พยาบาลส่วนใหญ่ใช้กลยุทธ์ที่สำคัญในการสร้างเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วย<sup>17</sup> ได้แก่

1. การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ ซึ่งรวมทั้งมีการเคารพซึ่งกันและกัน โดยพยาบาลให้การเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยในการเห็นคุณค่าในตนเอง เชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง เช่น การร่วมกันตั้งเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเจรจาต่อรองมีทางเลือกในการดูแลสุขภาพ

2. การปกป้องสิทธิผู้ป่วย (Advocacy) โดยพยาบาลเป็นตัวแทนผู้ป่วยในการเรียกร้องสิทธิต่างๆ ให้ผู้ป่วย เช่น สนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้า

ถึงบริการสุขภาพตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านการรักษา วินิจฉัยโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งให้อำนวยความสะดวก ติดต่อประสานงานให้ผู้ป่วยเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม แหล่งประโยชน์ในชุมชนหรือสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและใช้แหล่งประโยชน์ทางสังคมตามสิทธิเพื่อการบรรลุเป้าหมายของการดูแลสุขภาพ

3. การให้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพและพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง โดยพยาบาลสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยโดยการให้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพ จัดหาคู่มือและเอกสารต่างๆ ให้ผู้ป่วย ให้ความรู้ในการซักถามข้อสงสัย และมีทางเลือกในการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง รวมทั้งให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายในการดูแลสุขภาพตนเอง

4. การสร้างเสริมศักยภาพ (Capacity building) ซึ่งรวมทั้งการใช้วิธีการให้คำปรึกษา ให้ผู้ป่วยสะท้อนคิดด้วยตนเอง (Self-reflection) พร้อมกับการใช้วิธีการรับฟังด้วยความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ช่วยเหลือผู้ป่วยในการค้นหาคุณค่าของตนเอง และแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และชี้ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสามารถของตนเอง และใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มความสามารถ วิธีการนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในตนเอง รับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง สามารถบรรลุเป้าหมายในการดูแลตนเอง

### การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลด้านการสร้างเสริมพลังอำนาจ

การสร้างเสริมพลังอำนาจมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วย ผู้ให้บริการรายบุคคล หรือกลุ่มบุคคล ในสังคมหรือชุมชนมีความสามารถหรือมีศักยภาพในตนเองเพิ่มขึ้น และบรรลุเป้าหมายของการแก้ปัญหาในด้านการดูแลสุขภาพ สามารถประเมินประสิทธิผล

ของกระบวนการสร้างพลังอำนาจจากผลลัพธ์ทางสุขภาพซึ่งสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ทางการพยาบาลดังต่อไปนี้<sup>4,6,9</sup>

1. การประเมินผลลัพธ์การพยาบาลด้านจิตสังคม เช่น ผลลัพธ์การด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยหรือสมาชิกกลุ่มในการดูแลรักษา เช่น การประเมินการมีพฤติกรรมดูแลตนเองในภาวะที่ตนเองเจ็บป่วยที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สามารถดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด การดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก และมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่สามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง และไม่เกิดโรคแทรกซ้อน นอกจากนี้สามารถวัดผลลัพธ์จากผู้ป่วยมีพลังอำนาจเพิ่มขึ้น จากความรู้สึกมีคุณค่าเพิ่มขึ้น (self-esteem) มีความวิตกกังวลลดลง มีความตระหนักในความสามารถของตนเองและมีการคิดในทางบวกเพิ่มขึ้น เกิดความรู้สึกว่าตนได้รับการยอมรับ และมีความมั่นใจในการแก้ปัญหาและมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2. ผลลัพธ์ทางด้านโครงสร้างการบริการสุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมในด้านการดูแลรักษา ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ เช่น การยึดติดกับการรักษา (Adherence) อัตราการสูญหายจากการรักษาลดน้อยลง ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในบริการ มีบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้สามารถประเมินผลลัพธ์การพยาบาลได้จากผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในด้านบวกระหว่างผู้รับบริการและผู้ใช้บริการ ผู้ป่วยมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการสื่อสารหรือทักษะการเป็นผู้นำ เช่น การมีทักษะในการเจรจาต่อรองกับผู้ดูแลสุขภาพ และมีความสามารถในการค้นหาข้อมูลในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น

3. ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นจากกระบวนการสร้างพลังอำนาจ โดยวัดผลลัพธ์จากดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น มีค่าไขมันในเลือดลดลง ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดปกติ ค่า HbA<sub>1c</sub> อยู่ในระดับปกติ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจสามารถกลับไปทำงานได้ การไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น อาการเจ็บหน้าอก ไม่มีอาการหัวใจล้มเหลว รวมทั้งมีคุณภาพชีวิต และความผาสุกเพิ่มขึ้น เป็นต้น

### สรุป

การสร้างพลังอำนาจเป็นปรัชญาที่ผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล และนักการสาธารณสุขให้ความสนใจและนำมาใช้เป็นกลยุทธ์ในการส่งเสริมการเข้าถึงการดูแลสุขภาพผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการที่เป็นโรคหัวใจหลอดเลือด เพื่อสร้างเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับตนเองในภาวะโรคเรื้อรัง เช่น มีทักษะในการแก้ไขปัญหาเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก มีทักษะในการดูแลตนเองด้านการใช้อย่างถูกต้อง มีความรู้เกี่ยวกับอาหารการออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด และมีทักษะการสร้างมนุษยสัมพันธ์ โดยผู้ให้บริการต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย การไว้วางใจ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย มีกระบวนการการแลกเปลี่ยนข้อมูลและความรู้ในการดูแลสุขภาพที่มีประโยชน์ ผลลัพธ์ของการสร้างพลังอำนาจที่มีประสิทธิภาพสามารถวัดผลลัพธ์ได้ทั้งบุคคลและองค์กร เช่น ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการสุขภาพมีความสามารถในการดูแลตนเอง มีภาวะแทรกซ้อนลดลง มีความพึงพอใจในบริการสุขภาพ และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตและความผาสุกเพิ่มขึ้น เป็นต้น



**เอกสารอ้างอิง**

1. Menon, S.T. Towards a model of psychological health empowerment: implications for health care in multicultural communities. **Nurse Education Today** 2002; 22: 28-39.
2. Wallerstein N, and Berstein, E. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. **Health Education Quarterly** 1999; 15(4): 379-394.
3. Funnell M.M. and Anderson R.M. Empowerment and self-management of diabetes **Clinical Diabetes** 2004; 22: 123-127.
4. Gibson, C.H. A concept analysis of empowerment. **Journal of Advanced Nursing** 1991; 16: 354-361.
5. Whittmore, R. Strategies to facilitate lifestyle change associated with diabetes mellitus. **Journal of Nursing Scholarship** 2000; 32 (3): 225-232.
6. Tsay, S.L. and Hung, L.O. Empowerment patient with end stage renal disease: a randomized controlled trial (Electronic version). **International Journal of Nursing Studies** 2004; 41: 59-65.
7. Wheeler, C.E. and Chin P.L. Peace and power: **A hand book of feminist process**. (2<sup>nd</sup> edition) New York: National league for Nursing; 1989.
8. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. **Health Promotion** 1 (4), ii-v ; 1986.
9. Feste, C. A practical look at patient empowerment. **Diabetes Care** 1992; 15(7): 922-925.
10. Falk-Rafael, AR. Advocacy and empowerment: dichotomous or synchronous concepts? **Advances in Nursing Science** 1995; 19(2): 25-32.
11. Mechanic, D. Changing the medical organization and the erosion of trust **The Milbank Quarterly** 1996; 74,(2): 171-199.
12. Cavan, D. Giving power to the patients. **Modern Diabetes Management** 2001; 2(4): 5-16.
13. Jacobson, A.M., Hauser, S.T., Willett, J.B. et al. Psychological adjustment to IDDM: 10-year followup of an onset cohort of child and adolescent patients. **Diabetes Care** 1997; 20: 811-818.
14. Meetoo, D. Empowerment: giving power to people with diabetes. **Journal of Diabetes Nursing**, 2005; 1: 10-19.
15. Wagner, E.H. The role of patient care teams in chronic disease management. **BMJ** 2000; 320: 569-72.
16. Funnell MM, Anderson, R.M, Arnold, M.S. et al. Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education. **The Diabetes Educator** 1991; 17(1): 37-41.
17. Falk-Rafael, AR. Empowerment as a process of evolving consciousness: a model of empowered caring, **Advances in Nursing Science** 2001; 24 (9): 1-16.

