

บทที่ 2

วรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสบการณ์การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านของผู้ดูแลหลักในครอบครัว ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. แนวคิดผู้ดูแลหลักในครอบครัว
3. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
4. แนวคิดการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พลังอำนาจ (empower) เป็นพลังผลักดันที่ก่อให้เกิดการแสวงหา การปฏิบัติ หรือการกระทำสิ่งที่ดีที่สุดตามความสามารถและศักยภาพ ส่งผลให้บุคคลเกิดการพัฒนาตนเองในทุกด้าน รู้สึกมีความหวัง มีพลังในตนเอง ไม่ท้อถอย สามารถจัดการและควบคุมตนเอง ตลอดจนสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างสมศักดิ์ศรี ท่ามกลางปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น (Gibson, 1991) แนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดในหลายมิติ หลายมุมมองแตกต่างกันไป ไม่หยุดนิ่ง มีลักษณะเป็นพลวัต (dynamic) มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม บุคคลเกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจขึ้นในตนเอง และสามารถสอนหรือฝึกให้บุคคลคนอื่นได้ เป็นการพัฒนาศักยภาพโดยส่งเสริมความสามารถที่ซ่อนเร้นอยู่ภายในตัวบุคคล (บุญใจ, 2539)

ความหมายการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจขึ้นอยู่กับการนำไปใช้ในวงการหรือสาขาใด (วันชัย, 2543) ยากลำบากในการให้คำจำกัดความ ความหมายจะแตกต่างกันไป เมื่อนำไปใช้ในกลุ่มบุคคล และบริบทที่แตกต่างกัน (Gibson, 1991) อย่างไรก็ตามมีผู้ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจดังนี้

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่ทำให้บุคคล และกลุ่มต่าง ๆ สามารถแสดงออกซึ่งความต้องการ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ (ปนิธาน, 2541)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถ และพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิต เพื่อให้เขาเหล่านั้นมีพลัง มีความผาสุก และมีอำนาจมากขึ้นในการตัดสินใจ การเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ และดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ กระบวนการนี้มีขั้นตอนจากการเรียนรู้ข้อมูลต่าง ๆ และประสบการณ์ตรงในการพัฒนาเพื่อการพึ่งตนเองควบคุมตนเอง โดยใช้พลังอำนาจได้อย่างเต็มศักยภาพ (สมจิต, วัลลา และรวมพร, 2543)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นได้โดยตนเองจากความสามารถของบุคคลที่จะเรียนรู้จากประสบการณ์ หรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ตลอดจนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์ในสิ่งต่าง ๆ จนเกิดความเข้าใจ มีอิสระในการเลือกและตัดสินใจ (Rodwell, 1996)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการระหว่างบุคคลที่จัดการได้อย่างเหมาะสมโดยใช้ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ มาพัฒนาความสามารถให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายสูงสุดของบุคคลและสังคม (Hawks, 1992)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่ช่วยให้บุคคลควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ เป็นกุญแจสำคัญที่ช่วยให้บุคคลควบคุมหรือกำหนดชีวิตของตนเองได้ (Gibson, 1991)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่เสริมสร้างให้บุคคลมีพลังอำนาจในการควบคุมชีวิตของตน เป็นกระบวนการทางสังคมที่แสดงถึงการยอมรับ การส่งเสริม ช่วยเหลือ ชี้แนะ ให้บุคคลเกิดความสามารถที่จะดำเนินการสนองความต้องการของตนเอง แก้ปัญหาของตนเอง และใช้ทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อเกิดความรู้สึกสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ (อวยพร, 2540)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการหรือวิธีการต่าง ๆ ที่สนับสนุนและส่งเสริมให้บุคคลตระหนักรู้คุณค่า ความสามารถแห่งตน รู้สึกว่ามีอำนาจในการควบคุมชีวิตของตนเอง สร้างแรงจูงใจในการพัฒนาศักยภาพตลอดจนจัดโอกาสและสิ่งแวดล้อมที่ช่วยสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของบุคคล ให้รับรู้ถึงความสำเร็จ และพึงพอใจในชีวิต (อรพรรณ, 2543)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคล กลุ่มคน หรือชุมชนสามารถพัฒนาศักยภาพในการตัดสินใจเลือกวิถีชีวิตของตน สามารถควบคุมและจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามามีผลกระทบต่อชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่น รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และรู้สึกมีพลังอำนาจในตนเองที่จะกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่สิ่งที่ดีขึ้น ตลอดจน

สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตน ให้สำเร็จลุล่วงได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด บรรลุตามจุดมุ่งหมายที่ต้องการ (สายฝน ,2542)

กล่าวโดยสรุป การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่เกิดขึ้นจากความสามารถของบุคคลที่เรียนรู้จากประสบการณ์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ได้รับการส่งเสริมจากผู้อื่น ตลอดจนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากการวิเคราะห์ในสิ่งต่าง ๆ จนเกิดความเข้าใจ มีอิสระในการเลือกและตัดสินใจ ให้สามารถทำทุกสิ่งทุกอย่าง ควบคุม จัดการ และตัดสินใจเรื่องราวหรือสถานการณ์ให้ตนเองสำเร็จตามเป้าหมาย โดยใช้ความรู้ความสามารถ ตลอดจนทรัพยากรที่มีอยู่

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการพิจารณาหาแนวทางในการแก้ปัญหา อาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมให้บรรลุเป้าหมาย กิบสัน (Gibson, 1995 อ้างตามจินตนา, 2539) ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในกลุ่มมารดาที่ให้การดูแลบุตรเจ็บป่วยเรื้อรัง สรุปผลกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ว่าเป็นกระบวนการที่อยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำงานร่วมกัน (Collaboration) และการมีส่วนร่วม (participation) กระบวนการส่วนใหญ่เป็นกระบวนการส่วนบุคคล แต่ละบุคคลได้รับความรู้ที่จำเป็น เพิ่มพูนความสามารถ และความมั่นใจ จากการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก ภายใต้การยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน ได้ฝึกฝนการแสดงความสามารถที่จำเป็นกับผู้ที่ได้รับการยอมรับว่ามีอำนาจมากกว่า เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในบุคคล (Intrapersonal) และระหว่างบุคคล (Interpersonal) เกี่ยวข้องกันอย่างแนบแน่นทั้ง 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การค้นพบความจริง ในระยะเริ่มแรก และหลังจากได้รับรู้ข้อวินิจฉัย ในระยะนี้จะมีการตอบสนองทางอารมณ์ ได้แก่ งามง ซ็อก สับสน ตื่นกลัว กังวล และโกรธ ตอบสนองด้านความคิด คือ สงสัยความน่าเชื่อถือของข้อมูล และด้านการแสดงพฤติกรรม คือ การยอมรับต่อสุขภาพ การกระทำทุกอย่างที่คิดว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น ในระหว่างนี้จะมีความรู้สึกคับข้องใจมาก เป็นความคับข้องใจระหว่างบุคคลในครอบครัว ระหว่างผู้ดูแลกับทีมสุขภาพ และความคับข้องใจภายในตัวผู้ป่วย ความคับข้องใจนี้เป็นทั้งอุปสรรคและแรงผลักดันให้กระบวนการดำเนินต่อไปได้ จนถึงเป้าหมายที่พึงประสงค์หากมีการจัดการที่เหมาะสม

2. การสะท้อนความคิดและความรู้สึก เมื่อมีความคับข้องใจเกิดขึ้น เปรียบได้กับตัวเร่ง กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นตัวเร่งการเปลี่ยนแปลง ผู้ที่อยู่ในกระบวนการจะต้องทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การตอบสนองด้านต่าง ๆ ของตน และแสวงหาแนวทางที่จะ

จัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นให้เกิดผลในทางสร้างสรรค์ บุคคลรับรู้ ค้นหาความต้องการของตน ค่านิยมที่ตนยึดถือ รวมถึงความปรารถนาหรือเป้าหมายในชีวิตของตน ในกระบวนการสะท้อนความคิดและความรู้สึกนี้ ต้องเป็นการเรียนรู้ในบรรยากาศที่อบอุ่น ไร้กังวล กับบุคคลที่ใกล้ชิดที่มีความรู้ความสามารถและคุณธรรม จะช่วยให้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในกระบวนการนี้บรรลุตามต้องการได้อย่างดี มีผลให้บุคคลได้รับความรู้ความสามารถ ความแข็งแกร่งของตนเองและทรัพยากรที่ตนมีอยู่ สามารถเข้าถึงและใช้ให้เป็นประโยชน์กับตนเองได้

3. การเริ่มต้นควบคุมตนเอง ในกระบวนการนี้ผู้ดูแลจะมีกิจกรรม คือ เรียนรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพกับทีมสุขภาพ เรียนรู้ที่จะเรียกร้องและจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสนใจ และได้รับการดูแลที่ดี ต่อรองเพื่อให้ความเห็นหรือความต้องการของตนได้รับการตอบสนอง สร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของทีม ได้รับการยอมรับและมีการสื่อสารอย่างเปิดเผยกับทีม ร่วมกันรับผิดชอบการดูแล ให้การปกป้องสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับ เรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาแก้ปัญหาที่เกี่ยวกับการรับบริการในระบบบริการสุขภาพที่เกิดขึ้น เรียนรู้การดำรงชีวิตภายใต้สภาพการณ์ที่เป็นอยู่ เรียนรู้ที่จะแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อได้ให้การดูแลที่ดี

4. การรักษาความรู้สึกมั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์ เมื่อผู้ดูแลรับรู้ความแข็งแกร่งและความสามารถของตนเอง รวมทั้งมีความมั่นใจในพลังของตนเอง รับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถ รับรู้ว่าคุณเองมีอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ การดูแล ตัดสินใจได้ ผู้ดูแลจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพิ่มความรู้สึกมั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์มากขึ้น ตลอดจนสามารถพัฒนาวิธีการดูแลให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องอีกด้วย

ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาที่ดูแลบุตรป่วยเรื้อรังของจรรยาภรณ์ (2540) โดยให้มารดาเล่าประสบการณ์ในการพัฒนาพลังอำนาจเพื่อการดูแลบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาอธิบายได้ดังนี้

1. สภาพะก่อนที่จะมีกระบวนการสร้างพลังอำนาจ (precondition of the process of empowerment) จะมีความรัก (love) ความผูกพัน (bond) และความรับผิดชอบ เป็นแรงจูงใจให้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดขึ้น

2. กระบวนการสร้างพลังอำนาจ (process of empowerment)

2.1 การค้นหาความจริง (discovering reality) ระยะเวลาที่รัฐอิวินิจัยจะมีการตอบสนอง ได้แก่ ทุนงง ซ็อก สับสน ตื่นเต้น กังวล โกรธ ไม่มั่นใจในข้อวินิจฉัย แต่ก็ยอมรับว่าตนเองต้องรับผิดชอบดูแล และจะทำทุกสิ่งทุกอย่างที่คิดว่าช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้น มั่นใจในความสามารถของตนเอง พยายามหาข้อมูลจากหนังสือ จากบุคลากรทางการแพทย์ ทำตามคำแนะนำ เพราะคิดว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้อง ระยะเวลาผู้ดูแลเกิดความคับข้องใจอย่างมาก เกิดขึ้นกับตนเอง ระหว่างบุคคลใน

ครอบครัว และกับบุคลากรทางการแพทย์ ขณะนี้ผู้เกี่ยวข้องเป็นได้ทั้งอุปสรรคและแรง ผลักดันให้กระบวนการดำเนินไปจนถึงเป้าประสงค์ที่ตั้งไว้หากมีการจัดการที่เหมาะสม

2.2 การพิจารณาและไตร่ตรองสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (critical reflection) ความคับข้องใจที่เกิดขึ้นจะเป็นตัวเร่งการเปลี่ยนแปลง เป็นตัวเร่งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแลจะค่อย ๆ พัฒนาความรู้และความสามารถในการดูแล ทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยคำนึงถึงความแข็งแกร่ง ความสามารถ และแหล่งประโยชน์ของตนเอง เพื่อหาแนวทางที่จะจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้น ให้เกิดผลในทางสร้างสรรค์ และเป็นประโยชน์สำหรับตนเอง

2.3 ความสามารถเป็นผู้ดำเนินการ (taking charge) เมื่อมั่นใจในความรู้ความสามารถของตนเอง มีความแข็งแกร่งมากขึ้นจนสามารถเป็นผู้ดำเนินการจัดการสถานการณ์ต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ได้แก่ การปกป้องสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับ การเรียนรู้ที่จะมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพกับบุคลากรทางการแพทย์ เรียนรู้ที่จะเรียกร้องจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสนใจและการดูแลที่ดี เจรจาต่อรองกับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อแสดงความคิดเห็นและความต้องการของตนเอง การทำตนเป็นที่ยอมรับในทีมสุขภาพ สื่อสารอย่างเปิดเผยกับบุคลากรทางการแพทย์ มีส่วนรับผิดชอบในการดูแลบุตรของตนเองเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

2.4 ความรู้สึกมั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์ (Holding on) เมื่อผู้ดูแลรับรู้ความแข็งแกร่งและความสามารถของตนเอง จะรู้สึกว่าตนมีอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถตัดสินใจ และจัดการสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง สามารถปรับวิถีชีวิตของตนเอง และครอบครัวให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ท่ามกลางภาระที่ต้องดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผลลัพธ์และผลที่ตามมาของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (outcome and consequences of the process of empowerment) คือศักยภาพของการมีส่วนร่วม การพัฒนาศักยภาพในการดูแล มีความมั่นใจในการสื่อสาร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสิ่งที่คิดว่าดีที่สุด อาจมีทั้งเชิงลบและเชิงบวก เชิงบวก ได้แก่ การพัฒนาตนเอง การเกิดความรู้สึกพอใจ มีอำนาจ และมองชีวิตในทางที่ดี ส่วนเชิงลบ ได้แก่ การถูกต่อต้านจากบุคลากรทางการแพทย์ การรับผิดชอบเกินศักยภาพของตนเอง และการมีผู้สนับสนุนน้อย

จะเห็นได้ว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่กล่าวมาข้างต้น เป็นกระบวนการเกิดขึ้นทั้งภายในบุคคล และระหว่างบุคคล ที่มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยอาศัยการมีส่วนร่วม การสื่อสารที่ดี มีประสบการณ์ การรับรู้ การเรียนรู้ การสนับสนุน และการปฏิบัติ เพื่อให้บุคคลเกิดความสามารถในการดูแล เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ในบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นที่ไว้วางใจของทุกฝ่าย อีกทั้งยังมีสิ่งผลักดันหรือตัวเร่งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ คำมั่นสัญญา ความรัก ความผูกพัน ความรับผิดชอบ และความคับข้องใจ จะผลักดันหรือตัวเร่งให้

กระบวนการดำเนินต่อไปจนบรรลุเป้าหมาย เป็นผลให้บุคคล ครอบครัวยุคใหม่ มีอำนาจ มีความพึงพอใจ สามารถพัฒนาศักยภาพการดูแลให้สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน

กลวิธีในการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กลวิธีในการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้บุคคลค้นพบศักยภาพของตนเอง เข้าใจปัญหา สาเหตุของปัญหา มีทักษะที่จำเป็น สามารถเลือกวิธีการที่เหมาะสม มีกลวิธีหลายอย่างร่วมกัน ทั้ง การเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง หรือได้รับจากผู้อื่น มีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับเป้าหมาย และปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปกลวิธีที่ใช้มีดังนี้ (สมจิต และคณะ, 2543; บุญใจ, 2539; พิภูล, 2540)

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง จากการรับรู้ในศักยภาพ และความสามารถในการ แก้ไขปัญหาได้สำเร็จ มั่นใจในตนเอง มีความพึงพอใจ มีกำลังใจในการดูแล เปลี่ยนแปลงสถานการณ์ไปในสิ่งที่ดี เพื่อให้ตนเองสามารถบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ เริ่มจากประสบการณ์ที่มีอยู่มาคิด วิเคราะห์ ใช้วิจารณญาณเชื่อมโยงปัญหาเข้ากับปัจจัยสาเหตุ เกิดความเข้าใจ นำไปปฏิบัติ และปรับปรุงในทางที่เหมาะสม

2. การเสริมสร้างพลังจากผู้อื่น เพื่อกระตุ้นให้บุคคลตระหนักในความสามารถ เกิดพลังอำนาจในตนเองได้ดังนี้

2.1 การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ตรงกับความต้องการ เพื่อให้บุคคลรับรู้ เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยและการรักษาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย

2.2 การให้คำปรึกษา คำแนะนำ และแนวทาง โดยยึดความจำเป็น ความต้องการ ของแต่ละบุคคลเป็นพื้นฐาน

2.3 การสอน เพื่อให้เกิดทักษะในการดูแลตนเอง ได้แนวทางในการพิจารณาเลือก ตัดสินใจปฏิบัติต่อไป

2.4 การให้ความสนับสนุน อำนวยความสะดวก และประสานงาน เพื่อใช้แหล่งประโยชน์ หรือทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ช่วยสนับสนุนการดูแล และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมี สุขภาพดี

2.5 การให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การกำหนดเป้าหมายที่เป็นจริง และแนวทางเลือก ที่เป็นไปได้ร่วมกันทั้งสองฝ่าย

2.6 การประเมินผลย้อนกลับเชิงบวก การสะท้อนถึงผลที่น่าพึงพอใจ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจ

และกำลังใจที่จะกระทำต่อไป

2.7 การยอมรับความเป็นบุคคล ส่งเสริมให้เกิดคุณค่าในตนเอง ให้ความสำคัญ และยอมรับในศักยภาพความสามารถของบุคคล สร้างบรรยากาศการมีส่วนร่วมที่อบอุ่น ไว้วางใจซึ่งกันและกัน สื่อสารกันอย่างเปิดเผย

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

2.9 การให้การดูแลเอาใจใส่ทางด้านสุขภาพร่างกาย ด้วยการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ

2.10 สนับสนุนให้บุคคลมองเห็นความสัมพันธ์ของตนเองกับสิ่งแวดล้อม มีความเชื่อว่าตนสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้

กลวิธีในการเสริมสร้างพลังอำนาจมีทั้งเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเอง และได้รับจากผู้อื่น เพื่อช่วยให้บุคคลได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง สามารถพิจารณาเลือก ตัดสินใจปฏิบัติ เพื่อให้ตนเองบรรลุเป้าหมายในสิ่งที่ต้องการ

ปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลเกิดพลัง มีกำลังใจ มีความสามารถจะกระทำทุกวิถีทางเพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรคให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ดีที่สุด สิ่งที่ยกระดับผลักดันให้เกิดพลัง มีกำลังใจเพื่อแก้ไขปัญหานั้นได้สำเร็จนั้น ได้แก่ ความรัก ความผูกพัน การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลภายนอก และการที่บุคคลและครอบครัวจะเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้นั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทั้งภายในบุคคล และระหว่างบุคคล ดังนี้ (พนารัตน์, 2542)

1. ปัจจัยภายในบุคคล

1.1 ความรัก ความรักที่มีต่อกันระหว่างบุคคลทำให้บุคคลแสวงหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจดำเนินไปด้วยดี และประสบความสำเร็จ

1.2 ความตระหนักในความรับผิดชอบที่จะกระทำกิจกรรมการดูแล หรือจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้อง โดยถือว่าการดูแลสุขภาพเป็นหน้าที่ของตนเองโดยตรง เกิดความสนใจที่จะแสวงหาวิธีเพื่อนำไปปฏิบัติ

1.3 ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ เป็นปัจจัยสำคัญในการสะท้อนคิด นำไปสู่การตัดสินใจเลือกสิ่งที่เหมาะสมกับตนเอง

1.4 ความเชื่อในความสามารถของตนเอง เชื่อมั่นในตนเองว่ามีความสามารถทำให้สถานการณ์มีการเปลี่ยนแปลงได้ ช่วยส่งเสริมศักยภาพของบุคคลให้สามารถควบคุม จัดการได้

1.5 การเห็นคุณค่าในการกระทำที่เป็นประโยชน์ เมื่อเห็นคุณค่าแล้วจะทำให้ปฏิบัติต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง

1.6 ประสบการณ์ในอดีตที่ประสบความสำเร็จ เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจ และการปฏิบัติที่ดี

1.7 ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีผลให้เกิดข้อจำกัดในการค้นหาปัญหา คิดทบทวน ไตร่ตรอง วิเคราะห์ และตัดสินใจ ในการจัดการ ควบคุม สถานการณ์

2. ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยหลายแหล่ง คือ จาก คู่สมรส บุคคลในครอบครัว ผู้ป่วยคนอื่น ๆ ที่มีสุขภาพ รวมทั้งผู้วิจัย

การศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในมารดาที่ดูแลบุตรป่วยเรื้อรังของจงรักษ์ อุตราชัตติก (2540) พบว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ปัจจัยภายในบุคคล และระหว่างบุคคล ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ คุณค่า ความเชื่อ ความตั้งใจ และประสบการณ์ของมารดา ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ แหล่งสนับสนุนทางสังคม

ปัจจัยที่มีผลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจ มี 2 ประการ คือ ปัจจัยภายในบุคคล และระหว่างบุคคล ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ คุณค่า ความเชื่อ ค่านิยม ความตั้งใจ ความหวัง เป้าหมาย ประสบการณ์ ความรักในตนเอง ความตระหนักในความรับผิดชอบที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ความเชื่อในความสามารถของตนเอง การเห็นคุณค่าในการกระทำที่เป็นประโยชน์ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ส่วนปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้อง สิ่งแวดล้อม และเวลา ปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมดนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจให้เป็นไปด้วยดี และประสบความสำเร็จ

แนวคิดผู้ดูแลหลักในครอบครัว

การช่วยเหลือดูแล เอาใจใส่ซึ่งกันและกันยามเจ็บป่วยจากสมาชิกในครอบครัว เป็น ประเพณีอันดีงามของสังคมไทยที่สืบทอดกันมาแต่โบราณ ครอบครัวไทยมีความผูกพัน เชื้ออาหาร ช่วยเหลือเกื้อกูล ไม่ทอดทิ้งเมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย มีผู้ดูแลหลักในครอบครัวคอยดูแล อาจ เป็นมารดา บิดา สามี ภรรยา หรือบุตรหลาน ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลอย่างใกล้ชิด เข้าใจ เป็นที่ไว้ วางใจ ตอบสนองความต้องการผู้ป่วยได้ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ช่วยให้ผู้ป่วย ปรับตัวกับสภาพความเจ็บป่วยได้ดี ในขณะที่เดียวกันผู้ดูแลหลักต้องปฏิบัติกรดูแลต่อเนื่องเวลานาน มีผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลได้ ดังนั้นจึงต้องมีวิธีการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ดูแลหลักมีความสามารถ เกิด พลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ อาจเป็นวิธีการที่เกิดจากตัวผู้ดูแลหลักเอง หรือได้รับการช่วย เหลือจากบุคคลอื่นในครอบครัว ทีมสุขภาพ หรือแหล่งอื่น ๆ ในชุมชน เป็นผลให้ผู้ดูแลหลักและ ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

ความหมายผู้ดูแลหลักในครอบครัว

การศึกษาวิจัยถึงความหมาย หรือคำจำกัดความของผู้ดูแลหลักในครอบครัว ในปัจจุบันยัง เป็นประเด็นปัญหาและข้อจำกัดอยู่มาก เนื่องจากการให้ความหมายมีความแตกต่างกันตามบริบทที่ ศึกษา และความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นการให้ความหมายของผู้ดูแลหลักในครอบครัว จึงต้องให้ความหมายอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดผู้ดูแลในครอบครัว ดังนี้

ผู้ดูแลในครอบครัว (family caregiver) หมายถึงญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ ผู้ป่วยที่บ้าน อาจเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง คนรัก เพื่อน หรือคนสำคัญในชีวิต มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือ ดูแล โดยไม่รับการตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล สถาน การณ์การดูแลเกิดขึ้นที่บ้าน หรือชุมชนแหล่งอาศัย (ยุพาพิน, 2539)

ผู้ดูแลในครอบครัว (family caregiver) หมายถึงผู้ปฏิบัติการดูแลเพื่อตอบสนองความ ต้องการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยซึ่งมีข้อจำกัดการดูแลตนเอง โดยไม่รับค่าจ้างตอบแทน และการดูแล นั้นไม่เกี่ยวกับการผูกพันทางวิชาชีพ (จอม, 2541)

ผู้ดูแลหลักในครอบครัว (primary family caregiver) หมายถึง สมาชิกในครอบครัวซึ่งมี ความผูกพันใกล้ชิด ให้การดูแลด้านสุขภาพ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย หรือให้การดูแล ตลอดเวลาเมื่อผู้ป่วยต้องพึ่งพาการดูแล (Songwathana, 1988)

การให้ความหมายของผู้ดูแลหลักในครอบครัวพิจารณาจากคุณลักษณะของความผูกพันในครอบครัว การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย การรับค่าจ้างหรือสิ่งตอบแทน ข้อผูกพันทางวิชาชีพ การให้เวลาในการดูแล และการรับรู้ถึงความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย นอกจากนี้ควรพิจารณาเพิ่มเติมในคุณลักษณะการมีอำนาจการตัดสินใจ มีอำนาจในการจัดการเรื่องราว หรือสถานการณ์ เพื่อควบคุม จัดการ การดูแลให้บรรลุเป้าหมายได้ เช่น การตัดสินใจวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ การสั่งการให้ผู้ดูแลในครอบครัวคนอื่น ๆ ช่วยเหลือเมื่อจำเป็น การตรวจสอบให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย

กล่าวโดยสรุปผู้ดูแลหลักในครอบครัว หมายถึง บุคคลที่มีความผูกพันทางสายเลือด กฎหมาย สังคม หรือเศรษฐกิจ รับรู้ความต้องการของผู้รับการดูแล ให้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการมากกว่าบุคคลอื่น มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลได้ โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือสิ่งตอบแทน และไม่มีข้อผูกพันทางวิชาชีพ

บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยเอดส์

บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยเอดส์ที่มีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง (ทัตดาว และคณะ, 2542; ปารีชาติ, 2537) การเข้ามารับบทบาทหน้าที่นี้อาจจะด้วยความรัก สงสาร เข้าใจ เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันก่อนการเจ็บป่วย เป็นประเพณีที่สืบทอดกันมา เพื่อป้องกันคำครหาในตาของเพื่อนบ้าน หรือไม่มีทางเลือกเลยเพราะไม่สามารถผลักดันให้คนอื่นได้ เมื่อเข้ามารับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักแล้ว ปฏิบัติการดูแลอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่อง อยู่เป็นเพื่อน ให้ความรัก ห่วงใย เอาใจใส่ เกื้อกูลอย่างเต็มใจ จริงใจ ดูแลด้วยความอดทน เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่อย่างมีความสุขในระยะสุดท้ายและจากไปอย่างสงบ บทบาทหน้าที่ดังกล่าวมีลักษณะดังนี้ (วิลาวัลย์ และคณะ, 2542)

1. ให้การดูแลช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
2. ให้กำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาต่าง ๆ ทำใจให้หนักแน่นต่อการแสดงออกและคำพูดของคนในชุมชน พยายามหาวิธีเปลี่ยนความเข้าใจและความเชื่อที่ผิด ๆ ของเพื่อนบ้านให้ถูกต้อง
3. สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว ยกเว้นกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดบาดแผลได้ง่าย
4. ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย
5. สนับสนุนให้ผู้ติดเชื่อยึดมั่นในการทำควมดี ทำตัวให้มีคุณประโยชน์ต่อสังคม และปฏิบัติกิจกรรมตามศาสนา

6. ร่วมกันวางแผนการใช้จ่ายเงิน เพื่อเตรียมไว้ใช้จ่ายขณะเจ็บป่วย หรืออนาคตของบุตร และผู้สูงอายุในครอบครัว

ศิริมา มณีโรจน์ (2544) ได้ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่า บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลมี 3 ลักษณะ คือ

1. ช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยดีขึ้น หรือให้หายจากโรค จากการช่วยให้เกิดความสุขกาย สะดวกสบาย และปลอดภัย ด้วยการให้ได้รับยาตามแผนการรักษา การรับประทานอาหาร ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การบรรเทาอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และดูแลด้านร่างกายไม่ให้บวมพอง

2. ดูแล "ใจ" ร่วมดูแล "ไข้" ผู้ดูแลไม่ใช่รักษาโรคเพียงอย่างเดียว ต้องให้การดูแลจิตใจของผู้ป่วยด้วยการเอาใจใส่ สังเกตอารมณ์และความรู้สึก มีความเอื้ออาทร ห่วงใย ไม่ทอดทิ้ง

3. เสริมสร้างกำลังใจให้ต่อสู้กับความเจ็บป่วย มีกำลังใจที่เปี่ยมล้นไปด้วยพลังของการต่อสู้ เพื่อให้มีชีวิตอยู่ต่อไป เปลี่ยนความท้อแท้เป็นความหวังและกำลังใจ การให้กำลังใจ

บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีหลายบทบาท แต่มีเป้าหมายเดียวคือ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ บทบาทที่สำคัญได้แก่ การดูแลให้ได้รับความสุขสบาย ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ฝึกระวังอย่างใกล้ชิด ด้วยความเอื้ออาทร เอาใจใส่ เข้าใจ เห็นใจ ห่วงใย ไม่ทอดทิ้ง พุดคุยให้กำลังใจ ไม่ขัดใจ ช่วยปกปิดความลับ ไม่รังเกียจ สร้างความเข้าใจกับบุคคลรอบข้าง ป้องกันการติดเชื้อไปสู่ผู้อื่น แสวงหาข้อมูลข่าวสาร ช่วยเหลือด้านการเงิน ค่าใช้จ่าย ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการวางแผนชีวิตในอนาคต เสริมสร้างกำลังใจให้ต่อสู้กับชีวิต ดังนั้นเพื่อให้ผู้ดูแลหลักแสดงบทบาทหน้าที่ได้ดี ทีมสุขภาพควรมีบทบาทในการช่วยเหลือ สนับสนุน ให้ผู้ดูแลได้พัฒนาศักยภาพ ความสามารถในการดูแล โดยการมีส่วนร่วม (caregiver participation) ในการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ ให้ผู้ดูแลมีอำนาจในการจัดการ ควบคุมสถานการณ์ ใช้กระบวนการตัดสินใจ ปฏิบัติและแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก และทีมสุขภาพ

ผลที่เกิดขึ้นจากการดูแล

ผู้ดูแลหลักในครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์เพื่อตอบสนองความต้องการอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่อง ผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลมีตั้งแต่ผู้ดูแลหลักทราบผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี มีปฏิกิริยาตอบสนอง คือ ตกใจ และปฏิเสธความจริง (shock and denial) พยายามบอกตนเองว่าผู้ป่วยไม่ได้ติดเชื้อ อาจโทษว่าตรวจผิด พยายามพาไปตรวจที่ใหม่ จนในที่สุดเชื่อว่าติดเชื้อจริง เกิดความโกรธ (anger) หรือโทษคนอื่นที่ทำให้ติดเชื้อ บางครั้งจะโกรธแพทย์หรือพยาบาลโดยไม่มีเหตุผล ต่อมาจะ

มีการต่อรองและสร้างความหวัง (bargaining and hoping) โดยคิดว่าถึงแม้ติดเชื้อมีทั้งแข็งแรงอยู่ น่าจะมีชีวิตอยู่ได้อีกนาน ถึงตอนนั้นอาจมียามารักษาได้ เมื่อสร้างความหวังได้ก็มีความสุขมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็จะมีอาการเศร้าโศก (depression) ถึงแม้จะพยายามสร้างความหวังอยู่ แต่ถ้าสร้างไม่ได้จะเกิดความรู้สึกท้อแท้ หงุดหงิด อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่อ ต่อมาจะยอมรับความจริง (acceptance) เพื่อปรับตัวให้ดูแลผู้ป่วยได้ (พรชัย, 2537 ; อุมพร, 2540) ปฏิบัติการตอบสนองที่เกิดขึ้นอาจสลับไปสลับมา ขึ้นอยู่กับสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว ความแข็งแกร่งของครอบครัว และแหล่งช่วยเหลือครอบครัว นอกจากปฏิบัติการตอบสนองแล้ว นางลักษณ์ สุวิสิษฐ์ (2542) ได้กล่าวถึงผลที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยเอดส์มีทั้งทางบวกและทางลบ เป็นพลวัต (dynamic) ของการดูแล และจากการศึกษาของศิริมา มณีโรจน์ (2544) ผลที่เกิดขึ้นมีทั้งทางบวกและทางลบ ดังนี้

1. ผลทางบวก ได้แก่ ความรู้สึกที่ดีต่อการดูแลใน 5 ลักษณะ คือ

1.1 ภาคภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่อันยิ่งใหญ่ รู้สึกสุขใจที่ได้ดูแลช่วยเหลือมาตลอดอย่างเต็มที่ รู้สึกเหมือนการได้ทำความดีอย่างหนึ่ง ให้ผู้ป่วยได้บรรเทาความทรมาน ได้ทำเต็มที่และอย่างดีที่สุดแล้ว ผลที่ได้คือความผาสุกด้านจิตใจ มีความนับถือตนเอง ภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่อย่างสมบูรณ์

1.2 ได้บทเรียนสอนตนเอง ได้เห็นความเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ความทุกข์ทรมาน ถือเป็นประสบการณ์ที่ใช่เป็นแนวทางในการดูแลตนเองให้หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง

1.3 ได้บทเรียนสอนคนอื่น จากการได้ทราบเกี่ยวกับโรค ได้นำไปแนะนำบุตรคนต่อไป ให้ตรวจเลือดก่อนแต่งงาน

1.4 ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ในชีวิต ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นช่วยเหลือกัน ตลอดจนได้ทำหลาย ๆ สิ่งที่ไม่ได้ทำมาก่อน

1.5 มีโอกาสได้แทนคุณ ถือเป็น การตอบแทนคุณงามความดี ที่ผู้ป่วยเคยช่วยเหลือเมื่อในอดีต

2. ผลที่เกิดขึ้นในทางลบมี 4 ลักษณะ คือ

2.1 เดือดร้อนทางอารมณ์ เมื่อตนเองต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตทางอารมณ์จากการเจ็บป่วย เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เกิดความกดดันทุกด้าน เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เข้ามารบกวนความรู้สึกต่อเนื่องไม่สิ้นสุด

2.2 ครอบครัวขาดรายได้ ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายสูงเกินกว่าฐานะของครอบครัวจะรับภาระได้ หรือต้องหยุดงาน ออกจากงาน ครอบครัวสูญเสียรายได้ ต้องประหยัด อดออม ตัดรายจ่ายที่จำเป็นมาใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ต้องขายไร่ ขายนา ภูหนี่ยมสิน หรือยืมจากคนอื่น ต้องขายทรัพย์สินที่มีอยู่

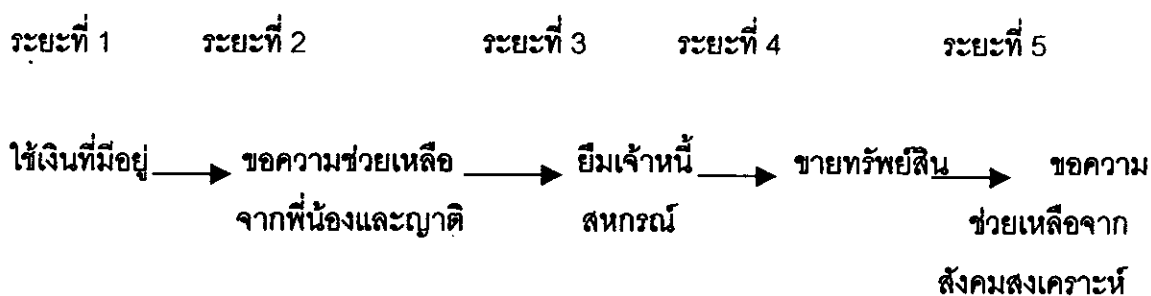
2.3 สุขภาพทรุดโทรม จากการทุ่มเทร่างกาย แรงใจ ให้การดูแลที่ยาวนาน เหนื่อย
พักผ่อนไม่เพียงพอ อ่อนเพลีย กินได้น้อย ปวดศีรษะ

2.4 วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงจากอิสระสู่ความจำเจ การดูแลเป็นภาระอันหนักหน่วงจน
แทบไม่มีเวลาทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ กิจกรรมที่เคยทำปกติ เวลาว่างน้อยลง ไม่มีเวลาพักผ่อน ต้องยก
เลิกสิ่งที่เคยปฏิบัติ การกระทำใดที่จำเป็นต้องวางแผนไว้ล่วงหน้า ไม่สามารถไปไหนได้นาน หวังพึ่ง
ลูกหลานไม่ได้ ยิ่งกลับกลายเป็นผู้ถูกพึ่งพา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ ความหวังพึ่งพา
บุตรยามเจ็บป่วย กลับต้องมารับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแล คอยป้อนข้าวป้อนน้ำให้แก่บุตรหลานที่
ป่วยด้วยโรคเอดส์ เปลี่ยนจากจัดงานบุญเป็นงานศพ ผู้ดูแลมีความคิด มีความหวัง ให้บุตรหลานได้
บวช เพื่อพ่อแม่ได้บุญกุศลอันยิ่งใหญ่ แต่ต้องกลับกลายเป็นผู้จัดงานศพให้

นอกจากนี้ยังพบผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลทำให้เป็นปัญหาสำหรับผู้ดูแลหลักในครอบครัว
มีดังนี้ (พวงเพ็ญ และคณะ, 2541)

1. เสี่ยงต่อการติดโรค เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรค เพราะกลัวคนรังเกียจ มีอุปสรรคใน
การแสวงหาความรู้ ไม่กล้าแสวงหาความรู้

2. ประสบกับปัญหาเศรษฐกิจ ต้องนำเงินที่เก็บมาใช้ เมื่อเงินหมดก็ขอยืมเพื่อนฝูง เจ้าหนี้
ขายทรัพย์สินมีค่า ตกอยู่ในสภาพมีหนี้สิน ดังแผนภูมิ



3. กลัวถูกรังเกียจจากเพื่อน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน ได้รับการมองด้วยสายตาแปลก ๆ
เกิดความน้อยเนื้อต่ำใจ เสียกำลังใจ ต้องคอยปกปิดความลับเอาไว้

4. โรงพยาบาลของรัฐและเอกชนจะไม่รับผู้ป่วยไว้นอนในโรงพยาบาล หรือส่งไปยัง
โรงพยาบาลอื่น ผู้ดูแลต้องตระเวนไปตามโรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษา

5. มีปัญหาด้านสุขภาพ จากการดูแลใกล้ชิดเป็นเวลานาน สุขภาพถดถอย เพราะไม่มี
เวลาเป็นของตนเอง ทุ่มเททรัพยากรในการดูแลมาก จิตใจเครียด กลัวถูกรังเกียจ วิตกกังวลเกี่ยวกับ
อนาคต มีอาการหมดแรง เหนื่อยอ่อน รับประทานอาหารน้อยลง นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ
อ่อนเพลีย มึนงง ใจสั่น อาเจียน น้ำหนักลด

6. มีปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ขาดจากความเป็นพ่อลูกกัน ไม่มีเวลาดูแลคู่สมรส คู่สมรสแยกไปมีภรรยาใหม่

7. กระทบกระเทือนบทบาททางเพศสัมพันธ์ในรายที่เป็นคู่สมรส

8. ไม่ทราบว่าจะขอการสนับสนุนได้จากที่ใด ไม่ว่าจะ เป็นข้อมูลข่าวสาร ความรู้ คำปรึกษา และทรัพยากร

กล่าวโดยสรุปผลที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยเอดส์มีทั้งด้านบวกและลบที่เกิดกับร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ตลอดจนการปรับตัวของผู้ดูแลหลักในครอบครัว มีดังนี้

1. ร่างกาย พบว่าอ่อนนอน นอนไม่หลับ ตาโรย ปวดหลัง เหนื่อยง่าย หมดแรง กำลังถดถอย กล้ามเนื้อเกร็ง รับประทานอาหารได้น้อย ผอมลง มึนงง ปวดศีรษะ ใจสั่น คลื่นไส้อาเจียน แน่นอก ท้องอืด อึดอัดท้อง ปวดเอว ปวดหลัง ทำให้สุขภาพเสื่อมโทรม เกิดอาการอ่อนเพลียเรื้อรัง ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง

2. จิตใจ ในระยะแรกจะตกใจ และปฏิเสธความจริง พยายามบอกตนเองว่าสมาชิกในครอบครัวไม่ได้เจ็บป่วยรุนแรงถึงขนาดนั้น โกรธ โทษคนอื่น ต่อรอง เสรีโรค หมดกำลังใจ รู้สึกมีภาระ สูญเสีย โดดเดี่ยว อับอาย รู้สึกผิด ต่อมาจะกลัวการติดเชื้อ วิตกกังวลทั้งการเจ็บป่วยและภาระที่เพิ่มขึ้น เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยในระยะเวลานานมากขึ้นก็จะเกิดการเบื่อหน่าย หมดหวัง ห้อแท้ หมดกำลังใจ เครียด อารมณ์เปลี่ยนแปลง

ส่วนผลด้านบวก ได้แก่ สุขใจในการดูแลบุคคลที่ตนรัก หึงพอใจ ภาคภูมิใจที่ได้หน้าที่อันยิ่งใหญ่ ได้บทเรียนสอนตนเองและผู้อื่น มีโอกาสตอบแทนบุญคุณ ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ในชีวิต ยอมรับตนเองเพิ่มมากขึ้น มีเจตคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยในอนาคต รู้สึกว่าสัมพันธ์ภาพของตนเองกับผู้ป่วยมีมากขึ้น รู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ได้ทำประโยชน์ มีความสามารถเป็นที่ต้องการ ได้รับการชื่นชม ยอมรับจากบุคคลรอบข้าง ผลที่เกิดขึ้นดังกล่าวนี้ อาจเกิดเพียงด้านเดียวหรือทั้งสองด้าน สลับไปมาได้ตามระยะเวลา เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่แตกต่างกันออกไป

3. สังคม ต้องถูกแยกออกจากสังคม สังคมรังเกียจ พบกับเพื่อนในสังคมและร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง

4. เศรษฐกิจ ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าอาหาร ค่าของใช้ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น มีเวลาในการทำงานลดลง หยุดงาน ลาออกจากงาน ทำให้ขาดรายได้ ต้องประหยัดอดออม ขายทรัพย์สิน และมีหนี้สิน

จากผลที่เกิดขึ้นดังกล่าวถ้าผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการดูแล ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวคนอื่น ๆ ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน เครือข่ายในการจัดการดูแล คนในสังคมเข้าใจ เห็นใจ ไม่

Central Library Prince of Songkla University

รังเกียจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการประสานงานกับทีมสุขภาพ สังคมสงเคราะห์ เพื่อช่วยเหลือ การดูแลแล้ว จะช่วยเพิ่มศักยภาพให้ผู้ดูแลหลักสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมีความสุข

แนวคิดการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน

ปัจจุบันยังพบว่าครอบครัวหรือชุมชนยังปฏิเสธ ไม่ยอมรับ รังเกียจ แยกแยก หรือเลือก ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเอดส์อยู่ จากประสบการณ์หรือความเชื่อที่ว่าเอดส์เป็นโรคที่มีตราบาป รักษาไม่หาย เป็นแล้วตาย เกิดความกลัวการติดโรคอย่างไม่มีเหตุผล ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวต้องคอยปกปิด ความลับ เกิดความเครียด อึดอัด คับข้องใจ ไม่มีทางออก อีกทั้งยังถูกปฏิเสธจากโรงพยาบาลเพราะ จำนวนเตียงมีไม่เพียงพอต่อการรับผู้ป่วย ไม่ได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายการดูแล ดังนั้นการ ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านจึงเป็นทางออกที่สำคัญในการแก้ปัญหาโดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวและชุมชน ได้พัฒนาศักยภาพ สร้างความเข้มแข็งให้ครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้ใช้ชีวิตในสังคมเดิมของเขาอย่างมีความสุข

ความหมาย

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หมายถึง กระบวนการจัดการเพื่อส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมี โรงพยาบาลหรือบุคลากรสาธารณสุขทำหน้าที่ประสานงาน จัดบริการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดจำนวนครั้งและจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพิ่มความสามารถให้ผู้ป่วย และครอบครัวดูแลตนเองได้ (ประยงค์, 2543)

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หมายถึง การบริการร่วมกับครอบครัว ณ บ้านของเขา เป็นบริการที่ ต่อเนื่องระหว่างสถาบันบริการสุขภาพและการดูแลที่บ้านโดยทีมสุขภาพ ตามแผนการดูแลแบบ สหวิชาการ พยาบาลเป็นผู้ให้บริการและประสานงาน เป้าหมายคือ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ลดและจำกัดความพิการจากปัญหาสุขภาพ พัฒนาบุคคลและครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแล ตนเอง ภายใต้สถานการณ์สิ่งแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ และค่านิยมของผู้รับบริการ (สุภาณี และฤทัยพร, 2544)

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หมายถึง การดูแลที่ที่บ้านเป็นสถานที่ดูแล โดยมีสมาชิกในครอบครัว เป็นผู้ดูแลหลัก ทีมสุขภาพให้การสนับสนุน แนะนำ ช่วยเหลือ รวมทั้งมีเครือข่ายการติดต่อกับ เจ้าหน้าที่ได้ตลอดเวลาเมื่อมีภาวะฉุกเฉิน (ประณีต, สิริลักษณ์, และขวัญตา, 2544)

สรุปความหมายการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หมายถึง กระบวนการจัดการดูแลแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับทีมสุขภาพ มีเป้าหมายเพื่อให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านได้ จากการให้คำแนะนำ การปรึกษา สนับสนุนทรัพยากร และประสานงานกับเครือข่ายความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองที่บ้าน

วัตถุประสงค์การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

บ้านเป็นสถานที่ที่ดีที่สุดของการดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวมีความคุ้นเคย ในบรรยากาศที่อบอุ่น ช่วยให้ครอบครัวพัฒนาความสามารถการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม การดูแลผู้ป่วยที่บ้านจึงมีความสำคัญต่อการปรับตัวของครอบครัว การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านจึงมีวัตถุประสงค์ ดังนี้ (พวงเพ็ญ และคณะ, 2541; เนาวรัตน์ และคณะ, 2541; ประยงค์, 2543; สุภาณี และฤทัยพร, 2544; นงลักษณ์, 2542)

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากคนที่ใกล้ชิด อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยมีบรรยากาศที่อบอุ่น เป็นกันเอง ได้ทำกิจกรรมที่ชอบ ไม่เหงา ญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้าน ลูกหลาน เยี่ยมเยียนได้ตลอดเวลา สามารถวางแผนในอนาคตสำหรับตนเองได้ ไม่เกิดความเครียดจากการปรับตัวกับบุคคลและสิ่งแวดล้อมใหม่ มีขวัญและกำลังใจ ส่งเสริมให้ปรับตัวต่อสู้กับโรค อีกทั้งประหยัดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น ลดปริมาณผู้ป่วยในโรงพยาบาล
2. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแล และส่งเสริมให้กลับคืนสู่ภาวะสุขภาพดีสามารถพึ่งพาตนเองได้ภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนไป
3. เพื่อให้ครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแล และปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์
4. เพื่อให้ได้รับการที่ผสมผสาน ทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ เพื่อแก้ปัญหาทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เสริมสร้างระดับการพึ่งพาตนเอง ลดความพิการ ความเจ็บป่วย รวมถึงความเจ็บป่วยระยะสุดท้าย โดยให้บริการที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว วางแผนร่วมกัน อาศัยความร่วมมือของทุกฝ่าย
5. เพื่อให้บริการสุขภาพในสิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการ ช่วยทุเลาความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีและตายอย่างสงบ

กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านของผู้ดูแลหลักในครอบครัว

ผู้ดูแลหลักในครอบครัวเป็นบุคคลที่รับบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตามระยะของโรค นำมาจัดกลุ่มกิจกรรมการดูแลได้ 3 ระยะ คือ การดูแลระยะไม่แสดงอาการและหายป่วย ระยะแสดงอาการและเจ็บป่วย และการดูแลระยะสุดท้าย ดังนี้

1. ระยะไม่แสดงอาการและหายป่วย ระยะนี้ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยจะช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ดูแลดูแลอยู่ห่าง ๆ คอยเตือนให้ปฏิบัติตัวถูกต้อง ให้คำแนะนำในการรักษาสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน กิจกรรมมีดังนี้

1.1 แนะนำให้ผู้ป่วยรักษาความสะอาดของร่างกาย ตัดเล็บให้สั้น ล้างมือก่อนและหลังปรุงอาหาร หลังเข้าห้องน้ำและสัมผัสสิ่งสกปรก ตีมน้ำสะอาด ชักเครื่องนอนให้สะอาด กำจัดขยะให้ถูกหลักอนามัย ล้างผัก ผลไม้ให้สะอาด รับประทานอาหารที่สุก ไม้บูดเน่า มีประโยชน์ ได้พลังงาน และภูมิคุ้มกัน

1.2 นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ผ่อนคลายจิตใจด้วยการฟังเพลง อ่านหนังสือ ปล่อยให้เวลาให้เพลิดเพลินไปกับบุคคลที่รัก ออกกำลังกาย

1.3 ให้ผู้ป่วยทำงานได้ตามปกติ ได้พบเพื่อนร่วมงาน ช่วยลดความวิตกกังวล ถ้าเหนื่อยมากให้ลดการทำงานลง

1.4 แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการรับเชื้อเพิ่ม โดยหลีกเลี่ยงการเข้าไปในที่ชุมชนที่มีคนแออัด การไปเยี่ยมผู้ป่วย ระวังไม่ให้ยุงหรือแมลงกัด งดสูบบุหรี่ เมื่อมีเพศสัมพันธ์ใส่ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี

1.5 แนะนำให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ

1.6 ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านจิตใจ ได้แก่ การสร้างความหวัง ทำสมาธิ ไปวัด อ่านหนังสือธรรมะหรือคัมภีร์ ฟังดนตรี พักผ่อนนอกสถานที่ ช่วยเพิ่มการทำงานของ T-Lymphocyte กระตุ้นภูมิคุ้มกันให้ร่างกายสามารถต่อต้านเชื้อโรคได้ดียิ่งขึ้น

2. ระยะแสดงอาการและเจ็บป่วย ระยะนี้ต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อย ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย และการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องกับทีมสุขภาพ ช่วยเพิ่มความมั่นใจ ลดความวิตกกังวล และค่าใช้จ่ายในการอยู่โรงพยาบาล กิจกรรมการปฏิบัติของผู้ดูแลหลักในครอบครัว มีดังนี้

1. การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย ป้องกันโรคแทรกซ้อน บรรเทาความเดือดร้อน และช่วยเหลือจนวาระสุดท้ายของชีวิต

2. การให้ความอบอุ่นใจ ไม่ให้โดดเดี่ยว ด้วยความเอื้ออาทร สนใจ เอาใจใส่ และถนอมจิตใจห่วงใยความรู้สึก

3. สร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย เยียวยารักษาใจ และปลุกสร้างพลังใจให้มีกำลังใจต่อสู้ต่อไป

4. เคารพเกียรติและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ ยอมรับความเป็นบุคคล ส่งเสริมสิทธิและเสรีภาพ

5. มีเทคนิคการปฏิบัติและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เพื่อนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง มีความมั่นใจ และมีความสุขในการปฏิบัติ

5.1 การล้างมือ เป็นวิธีการป้องกันการติดต่อที่ดีที่สุด ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ทุกครั้งที่สัมผัสสารคัดหลั่งต่าง ๆ ของผู้ป่วย เมื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเข้าห้องน้ำ หรือหลังทำความสะอาดบริเวณที่เป็นสิ่งสกปรก หลังล้างมือควรเช็ดด้วยผ้าแห้ง ใช้ครีมหรือโลชั่นป้องกันผิวแตกด้วยก็จะดี ควรตัดเล็บให้สั้นแต่ไม่ควรจะตัดตามซอกเล็บจนลึกเกินไป

5.2 การใช้ถุงมือ ควรใช้ถุงมือเสมอเมื่อจะสัมผัสกับสารคัดหลั่งหรือบาดแผลของผู้ป่วยโดยตรง หรือเมื่อจะทำความสะอาดบริเวณที่เป็นสารคัดหลั่ง หลังจากถอดถุงมือควรล้างมือด้วยน้ำและสบู่ตามปกติอีกครั้ง

5.3 ภาชนะรองรับสิ่งปฏิกูล เช่น น้ำลาย น้ำมูก ของผู้ป่วย หรือกระดาษชำระที่ใช้แล้วของผู้ป่วยควรมีถุงพลาสติกทรงภาชนะ เพื่อความสะดวกในการเอาขยะออกและง่ายต่อการทำลายขยะเหล่านี้ควรจะนำไปเผา ส่วนภาชนะล้างด้วยน้ำและผงซักฟอก

5.4 การทำความสะอาดเครื่องนุ่งห่มของผู้ป่วย เสื้อผ้า เครื่องใช้ต่างๆ หากไม่เป็นเลือด น้ำเหลือง หรืออาเจียน นำไปซักทำความสะอาดได้ตามปกติ หากเปราะจะเป็นสารคัดหลั่ง ให้แช่ด้วยน้ำยาซักผ้าขาวนาน 30 นาที โดยใช้น้ำยา 1 ส่วน ต่อน้ำ 9 ส่วน หรือ การต้ม 20 นาที ก่อนนำไปซักตามปกติ

5.5 การใช้ห้องน้ำห้องส้วม สมาชิกในครอบครัวสามารถใช้ห้องน้ำห้องส้วมร่วมกับผู้ป่วยได้ แต่ควรทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ เครื่องใช้ควรแยกเฉพาะผู้ป่วย ได้แก่ ผ้าเช็ดตัว แปรงสีฟัน และที่โถนหวด เป็นต้น

5.6 การใช้งานชาม อุปกรณ์ในการรับประทานอาหาร สามารถใช้ร่วมกันได้ แต่ล้างทำความสะอาดเช่นปกติ การรับประทานอาหารควรใช้ช้อนกลาง

3. ระยะเวลาสุดท้าย ส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความต้องการที่จะมาตายที่บ้าน การดูแลจึงเป็นการดูแลทั้งก่อนและหลังการเสียชีวิต ตลอด 24 ชั่วโมง ครอบครัวทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ให้ได้รับความรัก ความอบอุ่น ความสุขสบาย (สถาพร, 2539) จุดมุ่งหมายเพื่อเตรียมร่างกาย และจิตวิญญาณให้เข้าสู่วาระสุดท้ายอย่างสงบ ไม่ทนทุกข์ทรมาน ได้รับสิ่งที่

ต้องการ เป็นการให้คุณค่าของความเป็นมนุษย์ คำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย ให้ได้รับการดูแลจากบุคคลที่รัก จริงใจ เข้าใจ รับฟังความรู้สึก มีความรู้สึกที่อบอุ่น ได้รับกำลังใจจากบุคคลอันเป็นที่รัก จิตใจสงบ ได้รับการให้อภัยและการอโหสิกรรมก่อนตาย ยอมรับวาระสุดท้ายอย่างกล้าหาญ เป็นสุขได้ในวาระสุดท้ายของชีวิต ดังนี้

3.1 การดูแลก่อนการเสียชีวิต เป็นการช่วยเหลือให้ได้รับความสุขสบาย ป้องกันโรคแทรกซ้อน บรรเทาความเดือดร้อน หาวิธีการเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ มีกิจกรรม ดังนี้

3.1.1 ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย ช่วยให้เกิดความสุขสบายและป้องกันโรคแทรกซ้อน ได้แก่ จัดหาปัจจัยสี่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค ตลอดจนดูแลความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนนอริยาบท บิบนวดเพื่อบรรเทาการปวดเมื่อย สอนให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลาย เบี่ยงเบนความสนใจไปเรื่องอื่น ฟังเพลง ฟังธรรมะ และให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์

3.1.2 ตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ สมาชิกในครอบครัวเป็นกำลังใจที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก ความกลัว ความวิตกกังวล ด้วยความเต็มใจ และสนใจของผู้ดูแล แสดงให้ผู้ป่วยเห็นหรือรู้สึกว่าเขาไม่ได้โดดเดี่ยว ไม่ได้ถูกทิ้ง ยังเป็นบุคคลสำคัญสำหรับสมาชิกเสมอ พุดจาประคับประคองจิตใจ ระมัดระวังคำพูดที่กระทบกระเทือนความรู้สึก ให้ผู้ป่วยตระหนักว่าคนใกล้ชิดยังให้ความรัก ความเห็นใจ ให้ผู้ป่วยได้เปิดเผยความในใจ ขจัดสิ่งที่ค้างอยู่ในใจ ยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้ทำในสิ่งที่ต้องการ หากผู้ป่วยต้องการทราบข้อเท็จจริง ควรเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น ตอบสนองผู้ป่วยโดยไม่ปฏิเสธในเรื่องของความตาย ยอมรับปฏิริยาของผู้ป่วย ให้ได้วางแผนสำหรับตนเอง จะช่วยลดความวิตกกังวล ส่งเสริมให้ตระหนักว่าการมีชีวิตอยู่เป็นสิ่งที่มีความหมาย ให้เกิดความพึงพอใจในประสบการณ์ โดยจัดสรรประสบการณ์ที่ผู้ป่วยชอบหรือประทับใจ เช่น ฟังเพลง ชมทีวีทัศน์ รับประทานอาหารที่ชอบ ให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีสมรรถภาพอยู่ด้วยการกระตุ้นให้ช่วยเหลือตัวเอง

3.1.3 ตอบสนองความต้องการด้านสังคม โดยการเปิดโอกาสให้บุคคลที่ผู้ป่วยรัก ได้มาเยี่ยมเยียนตามความเหมาะสม สร้างความเข้าใจและให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่เพื่อนบ้าน เพื่อให้เข้าใจและเห็นใจไม่รังเกียจ

3.1.4 ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ด้วยการจัดกิจกรรมของครอบครัว ด้านความเชื่อ ศาสนา เป็นเครื่องหล่อหลอมจิตใจให้เบาสบาย คลายทุกข์ อาจเป็นการกระซิบคำสวดมนต์ ฟังเทศน์ อ่านหนังสือธรรมะ ทำละหมาด สวดคัมภีร์ เป็นต้น

3.2 การดูแลหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต การช่วยเหลือครอบครัวเมื่อต้องเผชิญกับการตาย สมาชิกในครอบครัวสามารถปรับตัวกับการสูญเสียอย่างเหมาะสม และผ่านพ้นระยะเศร้าโศกให้เป็นไปตามปกติดังนี้ (นิตยา, 2542)

3.2.1 เข้าใจพฤติกรรมกรรมการแสดงออกของครอบครัว เช่น อาจแสดงความโกรธเมื่อไม่ได้สิ่งที่ต้องการ หรือโทษสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

3.2.2 ติดต่อสื่อสารอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ข้อมูลและประทับประคองจิตใจของสมาชิกในครอบครัว และให้เข้าใจตรงกันเพื่อป้องกันความขัดแย้ง

3.2.3 ส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีการระบายความทุกข์ใจได้เต็มที่ ปลดปล่อยระบายความรู้สึก ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ฟังที่ดี ให้การสัมผัสช่วยให้เกิดความอบอุ่นใจ

3.2.4 จัดพิธีศพตามศาสนา เนื่องจากศพผู้ป่วยเอดส์เก็บไว้ไม่นาน จึงไม่จำเป็นต้องฉีดยาศพ หากต้องการให้มีการฉีดยาศพไม่ควรทำเอง ควรให้ผู้ชำนาญดำเนินการให้ ขณะทำความสะอาดร่างกายศพ ควรใส่ถุงมือ ไม่จำเป็นต้องห่อศพด้วยพลาสติก เพราะเมื่อผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิต ไวรัสเชไอวี จะตายในเวลาไม่นาน จากสภาพแวดล้อมและเวลาไม่เหมาะสมต่อเชื้อ ดังนั้นจึงไม่มีข้อควรระวังเป็นพิเศษในการจัดการศพตามพิธีทางศาสนา หลังจากพิธีศพแล้วสมาชิกในครอบครัวควรร่วมกันจัดสภาพแวดล้อมใหม่ การทำพิธีทางศาสนาเพื่อความเป็นสิริมงคลของบ้าน ให้เกิดกำลังใจผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ มีการปรึกษาหารือ วางแผนร่วมกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวเรื่องการค้าเนินชีวิตต่อไป

3.2.5 การปฏิบัติหลังงานศพ ด้วยการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวสามารถปรับตัวต่อการสูญเสียได้ เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวอาจเกิดการเหนื่อยล้าทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศร้าโศก ผู้ดูแลหลักควรแสดงท่าทีเป็นมิตร เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวได้ระบายความทุกข์ทรมานใจ ควรแสดงความเห็นอกเห็นใจ รับฟังอย่างสงบ ให้กำลังใจ ให้การปรึกษา เพื่อเป็นข้อมูลให้พิจารณาหาทางเลือกในการดำเนินชีวิต

สรุปกิจกรรมการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเอดส์ของผู้ดูแลหลักในครอบครัว คือการดูแลอย่างใกล้ชิด เอาใจใส่ ให้ความรัก ความเอื้ออาทร ความเห็นใจซึ่งกันและกัน เป็นการดูแลเพื่อเตรียมร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยให้เข้าสู่วาระสุดท้าย ตายอย่างสงบ ไม่ทรมานทุกข์ทรมาน รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับสิ่งที่ต้องการ ตายอย่างสมศักดิ์ศรี

แนวคิดการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ที่มุ่งแสวงหาความรู้ โดยพิจารณาปรากฏการณ์ทางสังคม สภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงในทุกมิติ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น วิเคราะห์ปรากฏการณ์โดยอาศัยมิติทางสังคม และวัฒนธรรมเป็นหลัก ทุกสิ่งทุกอย่างเป็นความจริงของ

ประสบการณ์ในมุมมองที่หลากหลาย รวมทั้งการอธิบายวิธีการ ปรัชญา แนวคิด ที่มีลักษณะทางมนุษยศาสตร์ ให้ความสำคัญต่อข้อมูลความรู้ที่นึกคิด และคุณค่าของมนุษย์

ความหมาย

นักวิชาการให้ความหมายการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ไว้ ดังนี้

การศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การศึกษาปรากฏการณ์สังคมจากสภาพแวดล้อมตามความเป็นจริงทุกมิติ เพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสภาพแวดล้อมนั้น เป็นการแสวงหาความรู้โดยเน้นความสำคัญของข้อมูลด้านความรู้ที่นึกคิด การให้ความหมายหรือคุณค่าแก่สิ่งต่าง ๆ ตลอดจนค่านิยมและอุดมการณ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์นั้น ๆ มักเป็นการศึกษาระยะยาว และใช้วิเคราะห์ข้อมูลแบบตีความสร้างข้อสรุปแบบอุปนัยเป็นหลัก (สุภางค์, 2542)

การศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทางสังคม วัฒนธรรม ไม่สามารถทำเป็นข้อมูลเชิงปริมาณได้โดยตรง เช่น ความรู้ที่นึกคิด ชีวิตประวัติ โลกทัศน์ โดยศึกษาปรากฏการณ์จากสภาพแวดล้อม ตามความเป็นจริงทุกมิติ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์กับสิ่งแวดล้อม โดยวิธีการสังเกต ประกอบกับการสนทนาพูดคุย และสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการ ตีความข้อสรุปไม่อาศัยตัวเลขสถิติ (สุนันทา, 2541)

การศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การให้ความหมายจากประสบการณ์ ตามสถานการณ์ที่เป็นจริง และตามการรับรู้ของผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในสถานการณ์นั้น เป็นธรรมชาติ และความเป็นจริงของปรากฏการณ์ สะท้อนให้เห็นถึงบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาหรือธรรมชาติของมนุษย์ โดยเชื่อมโยงความเป็นจริง การรับรู้ ทฤษฎี และการปฏิบัติ (ประณีต, วิภาวี, และเพลินพิศ, 2543)

สรุปความหมายของการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การศึกษาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น จากสภาพแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม ค่านิยม ความรู้ที่นึกคิด การอธิบายความหมาย จากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ตามการรับรู้ของผู้ที่อยู่ในปรากฏการณ์นั้น สะท้อนให้เห็นบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง

ความเป็นมาและลักษณะสำคัญ

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยามีรากฐานมาจากปรัชญา (philosophy) ศึกษาปรากฏการณ์ และให้ความหมายตามสถานการณ์ที่เป็นจริง สะท้อนให้เห็นบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง บุคคลที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นบิดาของปรัชญาแนวปรากฏการณ์วิทยา คือ ฮัสเซล (Hussell) มีแนวคิดหลักที่สำคัญ คือ การค้นหาความเป็นจริงที่ปรากฏอยู่ โดยไม่มีการคิดล่วงหน้า ต่อมาไฮเดกเงอร์ (Heidegger) ศิษย์เอกและเพื่อนร่วมงานของฮัสเซล ได้พัฒนามาเป็นแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา เรียกว่า เฮร์เมเนิวติกส์ หรือไฮเดกเงอร์เรียน (Hermeneutic or Heideggerian) เน้นการค้นหาเพื่อแปลความหมาย การมีชีวิตรอยู่ของมนุษย์ เพื่อวิเคราะห์โครงสร้างของประสบการณ์นั้น เน้นสังคม วัฒนธรรม ภูมิหลัง เนื้อหาสาระต่าง ๆ ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ภายใต้ธรรมชาติของสังคม ความเชื่อ วัฒนธรรม การปฏิบัติ เชื่อว่าบุคคลมีเอกภาพของตนเองในการให้ความหมาย และกระทำการใด ๆ กาดาเมอร์ (Gadamer) ศิษย์เอกและเพื่อนร่วมงานของไฮเดกเงอร์ เพิ่มแนวคิดสำคัญ 2 ประการ คือ ภาษา และความเชื่อมโยงความหมาย เพื่อให้การศึกษาเกิดความหมายและความเข้าใจตรงกัน ระหว่างผู้ศึกษาและผู้ให้ข้อมูล

อย่างไรก็ตามในการนำการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยามาใช้ ผู้วิจัยควรคำนึงถึงลักษณะสำคัญของการวิจัยด้วย ได้แก่ การเน้นถึงการมองปรากฏการณ์ให้เห็นภาพรวม โดยการมองจากหลายแง่มุม ศึกษาติดตามระยะยาวและเจาะลึก ศึกษาในสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ คำนึงถึงความ เป็นมนุษย์ของผู้ถูกวิจัย เน้นปัจจัยหรือตัวแปรด้านความรู้สึนึกคิด จิตใจ ความหมาย ใช้การพรรณนาและวิเคราะห์แบบอุปนัย และผู้วิจัยต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับวัฏจักรของเฮร์เมเนิวติกส์ (Hermeneutic circle) ว่าบุคคลได้เชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตที่บุคคลเคยได้รับ หรือเข้าใจ ในประสบการณ์นั้นเข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ แล้วแปลความหมายด้วยการแสดงออกทางการกระทำในปัจจุบัน ส่งผลต่อไปในอนาคต มีความสำคัญเกี่ยวกับบุคคล คือ บุคคลเป็นผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม (the person as having a world) บุคคลเป็นผู้ให้คุณค่า (the person as a being for whom things have significance and value) บุคคลเป็นผู้แปลความหมาย (the person as self-interpreting) บุคคลเป็นหน่วยรวม (the person as embodied) บุคคลมีมิติของเวลา (the person in time) (ประณีต, วิภาวี และเพลินพิศ, 2543)

วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษาใช้กระบวนการดำเนินงานหลายขั้นตอน มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายและเข้าใจความหมายของความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่มุมมองของนามธรรมมากกว่าแสวงหาความถูกต้องของสิ่งที่ปรากฏอยู่ วิธีการศึกษามีดังนี้

1. เริ่มต้นที่ปัญหาหรือประเด็นที่ต้องการศึกษา โดยมีแนวคิดทฤษฎีอย่างกว้าง ๆ เมื่อเริ่มเก็บข้อมูลบ้างแล้ว จึงค่อยสร้างสมมติฐานการวิจัยขึ้นมา เพื่อกำหนดแนวทางและเป้าหมายในการศึกษาให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. กลุ่มตัวอย่างเน้นการศึกษาเฉพาะกรณี (case study) หรือการศึกษาในชุมชนขนาดเล็ก มีความซับซ้อนไม่มากนัก ผู้วิจัยสามารถเห็นโครงสร้างได้อย่างชัดเจน เพราะมีการออกปฏิบัติภาคสนามโดยผู้วิจัยเอง

3. เครื่องมือที่สำคัญที่สุดคือตัวผู้วิจัยเอง ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลและจัดทำบันทึกภาคสนามด้วยตนเอง ในบันทึกบรรยายละเอียดต่าง ๆ ที่ได้รับรู้มาจากการสังเกต สัมภาษณ์ รายละเอียดเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เช่น ปฏิกริยา เวลา บุคคล สภาพแวดล้อม เพื่อให้ผู้อ่านมองเห็นภาพได้อย่างชัดเจนเหมือนผู้วิจัยมอง

4. ผู้วิจัยมีขั้นตอนและเทคนิคที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ดังนี้

4.1 การเตรียมตัวทำงานภาคสนาม การเลือกสนามและที่พัก การใช้เวลาในสนาม การเตรียมตัวเข้าสนาม การเลือกผู้ให้ข้อมูล การสร้างความสัมพันธ์ การแนะนำตัว และการทำงานที่เข้าใจบริบทการศึกษาอย่างแท้จริง

4.2 เทคนิคที่ใช้อาจเป็นการสังเกตแบบมีส่วนร่วมหรือไม่มีส่วนร่วมก็ได้ การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างเป็นทางการหรือไม่ทางการ แบบสอบถาม แบบสำรวจ หรือวิธีการอื่น ๆ เช่น เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูป เป็นต้น

5. การตรวจสอบข้อมูล เพื่อทราบว่าเป็นเพียงพหรือยัง ตอบปัญหาการวิจัยได้หรือไม่ ลินคอนและกูปา (Lincoln & Guba, 1985) ได้กล่าวถึงการตรวจสอบข้อมูลไว้ ดังนี้

5.1 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ (credibility) จากตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ด้านข้อมูล ผู้วิจัย วิธีการ ทฤษฎี การตรวจสอบจากคนภายนอก โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีประสบการณ์ ตรวจสอบจากข้อมูล กระบวนการที่สรุป การหาความสัมพันธ์ การตีความหมาย และการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (member check) เพื่อยืนยันความหนักแน่น

5.2 การตรวจสอบว่างานวิจัยสามารถนำไปใช้กับกลุ่มอื่น ๆ ได้หรือไม่ (transferability)

5.3 การตรวจสอบจากเปรียบเทียบเรื่องเล่าของหลายคนหลายฝ่าย (dependability) ต้องกระทำโดยไม่นำเรื่องเล่าของบุคคลหนึ่งไปเล่าให้อีกบุคคลหนึ่งรับรู้ ด้วยเหตุผลของจรรยาบรรณ

5.4 การตรวจสอบจากการยืนยันข้อมูลจากผู้อื่น (confirmability) โดยการตรวจสอบรายละเอียดการศึกษาทั้งหมด (audit trail) กระบวนการและข้อสรุป (audit process)

6. การวิเคราะห์ข้อมูล การตีความและสังเคราะห์โดยผู้วิจัย เกิดขึ้นพร้อมกับการเก็บข้อมูล นำข้อมูลมาสร้างข้อสรุป ผู้วิจัยต้องเข้าใจข้อมูลอย่างลึกซึ้ง เริ่มจากฟังคำพูดจากผู้ให้ข้อมูลแล้วนำมาถอดความ เขียนคำพูดแล้วแยกแยะดึงออกมาจัดไว้เป็นหมวด ทำความเข้าใจ จับประเด็นสำคัญ อธิบายปรากฏการณ์นั้นให้ครบถ้วน

7. การเขียนรายงาน เพื่อถ่ายทอดเนื้อหาจากการศึกษา ด้วยการเขียนที่เชื่อมโยง กลมกลืน ถูกต้อง รัดกุม และชัดเจน เพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ เป็นที่ยอมรับ

ประโยชน์ของการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยานั้นมีทั้งตัวผู้วิจัยเอง บุคคลอื่น ๆ สังคม และประเทศชาติ สรุปได้ดังนี้

1. ช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้งและแท้จริง
2. ช่วยให้ผู้วิจัยเกิดกระบวนการคิดที่เป็นระเบียบ โดยเริ่มจากพื้นฐานเบื้องต้นจนถึงข้อสรุป
3. หากสามารถรวมปรากฏการณ์ได้เพียงพอถึงจุดอิ่มตัว และครอบคลุมปรากฏการณ์ที่ศึกษาแล้ว ผลที่ได้จะสามารถนำไปอธิบายปรากฏการณ์อื่นในเรื่องเดียวกันได้ และสามารถเข้าใจ ทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมองเห็นจุดอ่อนของทฤษฎีเหล่านั้นได้ชัดเจน แม้จะไม่เคยศึกษารายละเอียดของทฤษฎีนั้นมาก่อน
4. มีประโยชน์ทั้งในด้านการสร้างสมมติฐานใหม่ การพัฒนาทฤษฎี ความรู้ และการประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสังคม
5. พบข้อเท็จจริงใหม่ ๆ ที่ไม่เคยคาดคิดมาก่อน นำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน แก้ปัญหา ในการทำวิจัย และการพัฒนา
6. สามารถศึกษากระบวนการของปรากฏการณ์ทางสังคมว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร จากระยะหนึ่งไปสู่ระยะหนึ่ง มีเงื่อนไขในกระบวนการนั้นอย่างไร
7. สามารถศึกษาในผู้ที่ไม่รู้หนังสือหรือการศึกษาต่ำมาก เนื่องจากผู้วิจัยเป็นเครื่องมือวิจัย สัมผัสโดยตรง ไม่ต้องใช้สื่อกลาง โอกาสที่จะตีความหมายผิดพลาดมีน้อย
8. สามารถทำการวิจัยในเรื่องที่ลักษณะเป็นนามธรรมได้

9. สามารถตอบสนองของความต้องการข้อมูลระดับลึกมาประกอบการตัดสินใจในการวางแผนปฏิบัติงาน

ข้อจำกัดของการศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

1. ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล หากผู้วิจัยมีอคติ หรือความลำเอียง จะทำให้ผลที่ได้จากการศึกษามีคุณค่าลดลง
2. เป็นการศึกษาเรื่องของความรู้สึกมากเกินไป
3. ผลการศึกษาสามารถอธิบายได้เฉพาะกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกันเท่านั้น
4. ข้อค้นพบจะนำไปอ้างใช้กับกรณีอื่น ๆ (generalization) ได้น้อย
5. ผู้วิจัยต้องใช้การฝึกฝนอบรมเป็นพิเศษให้เข้าใจการวิจัยอย่างลึกซึ้ง
6. ใ้เวลานาน และทำได้เฉพาะกรณี ทำไม่ได้กับประชาชนทั้งหมด
7. วิธีการรวบรวมข้อมูลยังถูกโจมตีเรื่องความเที่ยง และความเชื่อถือได้ เพราะเป็นวิธีการที่เป็นอัตนัย เน้นถึงจริยธรรม ความรับผิดชอบ และความซื่อสัตย์ ขึ้นอยู่กับตัวผู้วิจัยโดยตรง
8. วิธีการวิเคราะห์ ที่ความหมายข้อมูล ต้องใช้ความสามารถเฉพาะของนักวิจัย
9. ผู้วิจัยต้องเป็นผู้มีสหวิทยาการในตนเอง เพราะต้องวิเคราะห์ข้อมูลหลายมิติ

จะเห็นว่าปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮอร์เมนิวติกส์หรือไฮเดทเจอร์เรียน เป็นการศึกษาการแปลความหมายตามสิ่งที่แฝงอยู่ในปรากฏการณ์ที่ไม่ได้ปรากฏออกมาอย่างเห็นได้ชัด แต่รวมอยู่ในวัฒนธรรม ภาษา การปฏิบัติ ที่เน้นเฉพาะกรณี หรือชุมชนเล็ก โดยผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการศึกษาด้วยเก็บรวบรวม ตรวจสอบ และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาข้อสรุปมาเขียนรายงานการวิจัย การศึกษาแบบนี้ผู้วิจัยเชื่อว่าจะมีความเฉพาะเจาะจงสำหรับการวิจัยทางการแพทย์ เนื่องจากสามารถอธิบายเหตุผลตามธรรมชาติของประสบการณ์ แปลความหมายได้หลายระดับในการปฏิบัติทางการแพทย์ ทั้งยังเน้นถึงความสำคัญของภาษาระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ จึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการศึกษาประสบการณ์การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านของผู้ดูแลหลักในครอบครัว เนื่องจากเชื่อว่าการให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านของผู้ดูแลหลักในครอบครัว ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ประเพณี วัฒนธรรม ภาษา การปฏิบัติ และความรู้ในการปฏิบัติ ผลการศึกษาจะช่วยเอื้ออำนวยให้พยาบาลและทีมสุขภาพ เกิดความเข้าใจการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านอย่างลึกซึ้ง สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านต่อไป