

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย และผลกระทบต่อเด็กวัยเรียน
2. พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย
3. แนวคิดของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
4. การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย

### แนวคิดเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย และผลกระทบต่อเด็กวัยเรียน

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่เป็นธาลัสซีเมียนั้น ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาความหมายของธาลัสซีเมีย พยาธิสรีรวิทยาของธาลัสซีเมีย ชนิดของธาลัสซีเมีย และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับเด็กที่เป็นธาลัสซีเมีย รายละเอียดดังต่อไปนี้

#### ความหมายของธาลัสซีเมีย

มีผู้ให้ความหมายของธาลัสซีเมียไว้ดังนี้ ต่อพงศ์ (2537) กล่าวถึงธาลัสซีเมียว่าเป็นโรคโลหิตจางทางกรรมพันธุ์ชนิดเรื้อรัง เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติในการสร้างสายโกลบินในเชิงปริมาณที่มาสร้างเป็นฮีโมโกลบิน-เอ ( $\alpha_2\beta_2$ ) และธีรา (2532) ให้ความหมายของธาลัสซีเมียว่าเป็นโรคโลหิตจางโดยกรรมพันธุ์ จากการสร้างฮีโมโกลบินที่ผิดปกติ ส่วนวรรณี และจำเพ็ญ (2533) ให้ความหมายของธาลัสซีเมียว่า หมายถึงโรคชนิดหรือโลหิตจางที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ มีสาเหตุจากการสังเคราะห์ฮีโมโกลบินที่สมบูรณ์ไม่เพียงพอ ร่างกายจึงพยายามสร้างฮีโมโกลบินขึ้นมาชดเชย แต่มีโครงสร้างเป็นฮีโมโกลบินที่ไม่สมบูรณ์ ทำให้เม็ดเลือดแดงที่มีฮีโมโกลบินเหล่านี้แตกและถูกทำลายได้ง่ายจนเกิดภาวะซีดขึ้น นอกจากนี้วรรณ (2540) ให้ความหมายของธาลัสซีเมียว่าเป็นโรคโลหิตจางที่เกิดขึ้นแต่กำเนิด และมีการถ่ายทอดโรคผ่านทางพันธุกรรม โรคนี้เกิดจากการสร้างฮีโมโกลบิน ซึ่งเป็นสารประกอบในเม็ดเลือดแดงลดน้อยลง เม็ดเลือดแดงจึงมีลักษณะผิดปกติและแตกง่าย ก่อให้เกิดอาการซีดเรื้อรังและมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา

จะเห็นได้ว่า การให้ความหมายของธาลัสซีเมียนั้นให้ความหมายไว้ใน 2 ส่วนที่สำคัญ คือ ส่วนที่กล่าวถึงสาเหตุของโรคที่มาจากการถ่ายทอดลักษณะการสร้างฮีโมโกลบินที่ผิดปกติทางกรรมพันธุ์ และส่วนที่กล่าวถึงความผิดปกติที่สำคัญของโรคนี้ ซึ่งได้แก่ ภาวะซีดเรื้อรัง เนื่องจากเม็ดเลือดแดงผิดปกติ ทำให้เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นและถูกทำลายได้ง่าย ดังนั้น ผู้วิจัย จึงได้สรุปความหมายของโรคธาลัสซีเมียว่าเป็นโรคที่เกิดจากการถ่ายทอดลักษณะการสร้างฮีโมโกลบินที่ผิดปกติทางกรรมพันธุ์ ทำให้เม็ดเลือดแดงมีอายุสั้นและถูกทำลายได้ง่าย ก่อให้เกิดภาวะซีดเรื้อรัง

#### พยาธิสรีรวิทยาของธาลัสซีเมีย

ในโรคธาลัสซีเมียการสร้างโกลบินซึ่งเป็นส่วนประกอบของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงลดลง หรือสร้างไม่ได้เลย (ineffective erythropoiesis) และเม็ดเลือดแดงมีรูปร่างผิดปกติขาดความยืดหยุ่นจึงถูกทำลายในม้าม ทำให้เม็ดเลือดแดงอายุสั้น ความผิดปกติที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียมีระดับฮีโมโกลบินลดลง เนื้อเยื่อต่าง ๆ ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ มีอาการซีดเรื้อรัง มีภาวะแทรกซ้อนจากการซีด และมีเม็ดเลือดแดงแตก รวมทั้งมีการสลายของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง เกิดเป็นบิลิรูบินตกตะกอนเป็นนิ่วในถุงน้ำดี เมื่อซีดมากหัวใจจะขยายโตขึ้นเพราะทำงานมากมีการสร้างเม็ดเลือดแดงชดเชยมากขึ้นทำให้ต้องการสารอาหาร วิตามิน และโฟเลตเพิ่มขึ้น เมื่อมีเม็ดเลือดแดงสร้างในไขกระดูกมาก ไขกระดูกจะขยายทำให้กระดูกใบหน้าเปลี่ยนเป็นแบบเฉพาะของธาลัสซีเมีย คือมีโหนกแก้มสูง คางและขากรรไกรกว้าง สันจมูกแบน ฟันยื่นเหิน หน้าผากนูน กระดูกแขนขาเปราะหักง่าย มีการสร้างเม็ดเลือดแดงนอกไขกระดูกที่ตับและม้าม ทำให้ตับม้ามโต ถ้าม้ามโตมากจะเกิดภาวะที่ม้ามจับทำลายเม็ดเลือดแดงมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยเด็กซีดมากขึ้นต้องให้เลือดบ่อยขึ้น ผู้ป่วยเด็กจะได้รับเหล็กมากจากเลือดที่ให้ และเมื่อไขกระดูกทำลายมากจะมีการดูดซึมธาตุเหล็กจากลำไส้มากขึ้น ธาตุเหล็กที่เกินจะสะสมในอวัยวะต่าง ๆ เช่น ไขกระดูก ตับ ม้าม หัวใจ ตับอ่อน รวมทั้งต่อมไร้ท่ออื่น ๆ มีผลทำให้อวัยวะเหล่านี้เสื่อม ผู้ป่วยเด็กจะตัวเล็กแกร็น การเจริญเติบโตไม่สมอายุ ผิวหนังดำคล้ำ อ่อนเพลีย มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น เบาหวาน หัวใจวาย มักเสียชีวิตจากอวัยวะล้มเหลว เช่นหัวใจล้มเหลว เป็นต้น (ต่อพงศ์, 2537; วิชัย, 2541)

#### ชนิดของธาลัสซีเมีย

วิธีที่นิยมใช้แบ่งชนิดของธาลัสซีเมีย คือแบ่งตามระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้คือ (วรวรรณ, 2540)

1. ชนิดรุนแรงมาก (thalassemia major) ที่รุนแรงที่สุดคือ ฮีโมโกลบิน บาร์ท ไฮดรอปฟีทัลลิส (Hb Bart's hydrops fetalis) และเบต้าธาลัสซีเมีย เมเจอร์ ( $\beta$ -thalassemia major) รวมทั้งเบต้าธาลัสซีเมีย/ฮีโมโกลบิน อี ( $\beta$ -thalassemia major/Hb E) ที่มีอาการรุนแรงผู้ป่วยเด็ก จะมารับการตรวจรักษาเมื่ออายุประมาณ 6-8 เดือน เพราะเป็นช่วงที่ Hb F หยุดสร้างไปแล้ว ผู้ป่วยเด็กต้องอาศัย Hb A เป็นตัวหลักในการนำออกซิเจนไปเลี้ยงเซลล์ต่าง ๆ ทั่วร่างกาย จึงมีอาการซีดชัดเจน ผู้ป่วยเด็กจะมีระดับฮีโมโกลบินประมาณ 4.5-7.7 กรัม/ดล. มีภาวะโลหิตจาง เบื่ออาหาร ต้องเริ่มรักษาด้วยการให้เลือด รูปร่างหน้าตาของผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย จะเริ่มเปลี่ยนแปลงเมื่ออายุประมาณ 5-10 ปี ตับและม้ามจะใหญ่จนเห็นได้ชัดเจน มีการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้จากภายนอกได้แก่ การเจริญเติบโตช้า น้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยเด็กผอมลงมากมีการเปลี่ยนแปลงของกระดูกตามที่ต่าง ๆ ทำให้กระดูกบาง เปราะและหักง่าย ในช่วงอายุดังกล่าวผู้ป่วยเด็กต้องการเลือดบ่อยมากขึ้นประมาณทุก 3-4 สัปดาห์ มีอาการซีดหลังให้เลือดเร็วขึ้น มีเลือดกำเดาไหลในปริมาณมากเนื่องจากการมีเกร็ดเลือดต่ำ มีอาการหัวใจวายที่รักษาด้วยยาไม่หาย และจะรู้สึกอึดอัดหายใจลำบากซึ่งเกิดจากม้ามที่มีขนาดใหญ่เกินไปจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดม้ามออกไป เมื่ออายุระหว่าง 7-10 ปี จะมีภาวะเหล็กเกินเริ่มปรากฏให้เห็นเด่นชัดมากขึ้น ผู้ป่วยเด็กหลายรายถึงแก่กรรมในช่วงใกล้อายุ 10 ปี และอัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อเข้าสู่อายุ 15-20 ปี ส่วนใหญ่จะเสียชีวิตจากภาวะหัวใจวาย

2. ชนิดรุนแรงปานกลาง (thalassemia intermedia) ผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้มีอาการรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงน้อย เริ่มมีอาการเมื่ออายุผ่าน 2 ขวบไปแล้ว มีระดับฮีโมโกลบิน 6-8 กรัม/ดล. ได้แก่ผู้ป่วยเด็กในกลุ่มธาลัสซีเมีย/ฮีโมโกลบิน อี (thalassemia /Hb E) ที่มีอาการรุนแรงน้อย และปานกลาง ผู้ป่วยเด็กโรคฮีโมโกลบิน เอส (Hb S) เป็นต้น ผู้ป่วยเด็กเหล่านี้จะมีรูปร่างหน้าตาแบบธาลัสซีเมีย แต่การพยากรณ์ของโรคดีกว่ากลุ่มที่มีอาการรุนแรงมาก

3. ชนิดรุนแรงน้อย (thalassemia mild) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับน้อยถึงไม่มีอาการเลย ผู้ป่วยจะเหมือนเด็กปกติทั่วไป การพยากรณ์โรคดีกว่ากลุ่มที่รุนแรงมาก และรุนแรงปานกลาง

4. ชนิดที่ไม่มีอาการ (thalassemia minor) ได้แก่ผู้ที่มียีนธาลัสซีเมียแต่ไม่มีอาการ หรือเป็นพาหะของโรคที่เป็นกลุ่มที่มีภาวะโลหิตจางน้อยมาก ผู้ป่วยเด็กมีรูปร่างหน้าตาเป็นปกติ ส่วนใหญ่เป็นพาหะของอัลฟา หรือเบต้าธาลัสซีเมีย

### ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับเด็กวัยเรียนที่เป็นธาลัสซีเมีย

เด็กวัยเรียน (school-age children) เริ่มต้นตั้งแต่เด็กเข้าเรียนในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และสิ้นสุดเมื่อเข้าวัยรุ่น (puberty) โดยทั่วไปถือว่าวัยนี้อยู่ในช่วงอายุ 6 หรือ 7 ปี ถึง 12 ปี วัยเรียนเป็นวัยที่ต่อระหว่างวัยเด็กเล็กกับวัยรุ่นเป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงมากมายและรวดเร็ว ทั้งทางด้านสติปัญญา จิตใจ และสังคม อิริคสัน (Erikson, 1963) ได้กำหนดให้เด็กวัยเรียนมีอายุ 6-12 ปี และเรียกพัฒนาการในขั้นนี้ว่า เป็นวัยแห่งการประสบความสำเร็จ หรือความรู้สึกดี้อยู่ เนื่องจากเด็กวัยนี้มีประสบการณ์ใหม่ ๆ มากขึ้น เช่น ประสบการณ์ในโรงเรียน ซึ่งได้จากการฝึกทักษะต่าง ๆ หรือการปรับตัวทางสังคม เด็กวัยนี้ต้องการที่จะประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตนกระทำเพื่อจะได้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ถ้าตนเองประสบความสำเร็จล้มเหลวบ่อย ๆ ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกดี้อย่างคนอื่น ส่วนเพียเจท์ (Piaget, 1969) กำหนดให้เด็กวัยเรียนมีอายุ 7-11 ปี และเรียกเด็กวัยนี้ว่าเป็นวัยของการใช้ความคิดเชิงรูปธรรม (concrete operational period) ทั้งนี้เพราะเด็กจะมีความก้าวหน้าทางด้านสติปัญญาอย่างเห็นได้ชัด รู้จักมองสิ่งต่าง ๆ รอบ ๆ ตัวได้กว้างมากขึ้น มีความคิด ความเข้าใจดีขึ้น แบ่งเป็น 2 ช่วงอายุ คือ ช่วงอายุ 7-9 ปี เป็นขั้นปฏิบัติการอย่างง่าย เช่น รู้จักการแบ่งกลุ่ม การจัดลำดับ รู้ความสัมพันธ์ของสิ่งหนึ่งกับอีกสิ่งหนึ่ง ช่วงอายุ 9-11 ปี เป็นขั้นปฏิบัติการได้ทั้งระบบ รู้ความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนได้ แสดงมโนทัศน์ได้ (Maier, 1969)

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังนับว่าเป็นภาวะคุกคามต่อพัฒนาการของเด็กวัยเรียน ดังที่ไวท์ ริชเตอร์ และฟราย (White, Richter & fly, 1992) กล่าวว่า บุคคลซึ่งป่วยด้วยโรคเรื้อรังต้องเผชิญกับอุปสรรคมากมาย ครอบคลุมต่อศักยภาพของชีวิต และมีผลกระทบต่อจิตใจอย่างมีอาจหลีกเลี่ยงได้ ทำให้มีการสูญเสียทางสังคม การเรียน ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต คุกคามต่อภาพลักษณ์ และความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้น การเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียซึ่งเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง ย่อมมีผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กวัยเรียนได้หลายประการ ดังนี้

#### 1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย

เด็กที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียนั้น กล่าวได้ว่าพยาธิสภาพของโรคสามารถส่งผลกระทบต่ออวัยวะของอวัยวะส่วน ได้แก่ ไชกระดูกและกระดูก หัวใจ ปอด ตับ ม้าม ตับอ่อน ไต ระบบทางเดินอาหาร ระบบต่อมไร้ท่อ ดังที่ได้กล่าวไปแล้ว ซึ่งสามารถสรุปผลกระทบที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกายได้ดังนี้ (วิชัย, 2541; Bell & Bindler, 1995)

1.1 ภาวะซีดเรื้อรังจากการแตกทำลายของเม็ดเลือด ทำให้มีอาการซีดเหลือง เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ตับม้ามโต และปัสสาวะมีสีเข้ม

1.2 ไบหน้าธาลัสซีเมีย ถ้าเกิดขึ้นแล้วจะถาวรตลอดไป พบว่าหัวใจจะห่างกัน

มีสันจมูกแบน โหนกแก้มสูง กระดูกแก้ม คาง และขากรรไกรกว้างใหญ่ ฟันยื่นออกมาคล้ายฟันหนู และเรียงตัวไม่เรียบ

1.3 มีการเจริญเติบโตช้า ตัวเตี้ยเล็ก น้ำหนักน้อยกว่าเด็กปกติ ซึ่งเกิดจากภาวะซีดเรื้อรัง ทำให้เกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเรื้อรัง ร่วมกับการทำหน้าที่ของต่อมไร้ท่อผิดปกติ มีความบกพร่องในการหลั่งฮอร์โมนกระตุ้นการเจริญเติบโต (growth hormone) และมีกระบวนการใช้พลังงาน (catabolism) มากกว่าการสร้างพลังงาน (anabolism) ซึ่งเป็นปัจจัยในการส่งเสริมให้เกิดการเจริญเติบโตล่าช้าได้มากขึ้น

1.4 พัฒนาการทางเพศล่าช้ากว่าปกติ เนื่องจากมีเหล็กไปสะสมที่ต่อมไร้ท่อ

1.5 มีการสะสมของธาตุเหล็กที่ผิวหนัง ทำให้ผิวหนังมีสีเทาอมเขียว

1.6 มีการเปลี่ยนแปลงที่หัวใจ หัวใจโต เหนื่อยง่าย เกิดจากการซีดและมีเหล็กจับที่เนื้อหัวใจ ในคนไทยพบมีการสะสมธาตุเหล็กที่หัวใจน้อยกว่าชาวตะวันตก

1.7 การเปลี่ยนแปลงทางกระดูก เป็นผลจากไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดเพิ่มมากขึ้น ทำให้โพรงไขกระดูกขยายกว้างออกไปทำให้รูปร่างผิดปกติ ส่วนเนื้อคอร์เทกซ์ของกระดูกจะบาง ทำให้กระดูกเปราะหักง่าย กระโหลกศีรษะจะปูดนูนเป็นลอน ๆ (tower skull) เด็กเรย์จะเห็นลักษณะกระดูกเป็นเส้น ๆ วางตัวในแนวตั้งคล้ายเส้นผมที่งอกใหม่ (hair on end appearance)

1.8 ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ คือ

1.8.1 การสะสมธาตุเหล็กที่อวัยวะอื่น ๆ เช่น ตับ ตับอ่อน ทำให้เกิดภาวะตับแข็ง เป็นเบาหวาน หรือมีเหล็กจับที่ต่อมไร้ท่อต่าง ๆ ทำให้ทำงานน้อยกว่าปกติ ได้แก่ ต่อมใต้สมอง ต่อมธัยรอยด์ ต่อมหมวกไต และต่อมเพศ

1.8.2 เกิดโรคติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่าย ที่พบบ่อยคือ ภาวะติดเชื้อบริเวณทางเดินหายใจส่วนบน

1.8.3 นิ่วในถุงน้ำดี เกิดจากการที่มีการขับบิลิรูบิน (bilirubin) ออกจากร่างกายไม่ทันกับการแตกทำลายของเม็ดเลือดแดง เกิดการสะสมบริเวณถุงน้ำดี ทำให้เกิดนิ่ว

1.8.4 ก้อนเนื้อออกจากโพรงกระดูกที่สร้างเม็ดเลือดแดงโตมาก ไปกดเบียดอวัยวะใกล้เคียง ทำให้เกิดอาการ แล้วแต่ว่าอวัยวะใดถูกเบียด

1.8.5 การแตกทำลายของเม็ดเลือดแดงอย่างรวดเร็ว พบได้บ่อย ผู้ป่วยจะมีอาการซีดรวดเร็วและรุนแรงเป็นครั้งคราว มักพบว่ามีการติดเชื้อนำมาก่อน

สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดข้อเสียเปรียบทางร่างกาย (physical handicaps) ลดโอกาสทางสังคม ไม่ทัดเทียมคนปกติ เช่น โอกาสในเรื่องการเรียน อาจมีปัญหาในเรื่องการเรียน เนื่องจากความเจ็บป่วย เป็นต้น

## 2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ

เนื่องจากในภาวะที่เด็กมีอาการช็อคและอ่อนเพลีย ผู้ป่วยไม่สามารถมีกิจกรรมได้เหมือนเด็กทั่วไป อีกทั้งการต้องมาตรวจตามนัดเป็นระยะ ๆ เป็นเสมือนสิ่งที่ย้ำเตือนผู้ป่วยอยู่เสมอว่าตนเองไม่แข็งแรง ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ จะมีความสัมพันธ์กับผลกระทบทางด้านร่างกาย และสังคม ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคที่มีพยาธิสภาพเกิดกับหลายอวัยวะ ในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน จึงทำให้มีผลด้านลบต่อความรู้สึก มีความสามารถ (personal efficacy) และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Ireys, Gross, Werthamer-Lasson & Kolodner, 1994) สำหรับผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ด้วยลักษณะของโรคที่เริ่มตั้งแต่แรกเกิด และเรื้อรังสืบเนื่องจนถึงวัยเรียน ผลจากพยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ และมีข้อเสียเปรียบทางร่างกาย เด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังจะมีความรู้สึกวิตกกังวล กลัวความตาย โกรธ ต้องการพึ่งพา (Jackson & Vessey, 1992) ทั้งนี้มีผู้กล่าวถึงภาวะทางด้านจิตใจของเด็กอายุ 6-12 ปี ที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังว่า เด็กจะมีการสูญเสียการควบคุมตนเอง (loss of control) กลัวความตายเนื่องจากมีความรู้สึกอยู่ตลอดเวลาว่าร่างกายของตนเองกำลังได้รับอันตรายจากความเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ทำให้มีความรู้สึกในทางลบต่อตนเองเกิดขึ้น (Whaley & Wong, 1993) ผู้ป่วยอาจตอบสนองต่อการหนีปัญหา ไม่เอาใจใส่ดูแลตนเอง (Potter & Perry, 1995) ทำให้เป็นภาวะแก่ครอครวและบุคคลที่เกี่ยวข้องหรือใกล้ชิดสัมผัสสภาพในครอบครัวอาจเลวลง เกิดผลกระทบทางด้านจิตสังคมรุนแรงมากขึ้น ดังเช่นการศึกษาของแคปปี้ (Kappy, 1987) พบว่า การเจริญเติบโตที่บกพร่องของเด็กป่วยเรื้อรังนั้น มีผลทำให้เด็กมีภาพลักษณ์ต่อร่างกายของตนไม่ดีไปด้วย ซึ่งในเด็กที่เป็นโรคที่ต้องปฏิบัติตัวผิดไปจากเพื่อน ๆ หรือการมีภาพลักษณ์ที่ต่างจากเพื่อนวัยเดียวกัน เนื่องจากมีหน้าตาแบบ ธาลัสซีเมียที่มีลักษณะดังนี้คือ มีโหนกแก้มสูง คางและขากรรไกรกว้าง สันจมูกแบน ฟันยื่นเหยิน หน้าผากนูน นอกจากนี้เด็กวัยเรียนธาลัสซีเมียยังมีผิวซีดเหลืองหรือเหลืองคล้ำ รูปร่างเตี้ยแคระ มีภาวะช็อคเรื้อรัง ทำให้มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ทำกิจกรรมได้ ไม่ทัดเทียมเด็กวัยเดียวกัน ความแตกต่างที่เกิดขึ้นอาจทำให้เด็กวัยเรียนธาลัสซีเมียรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ มีอารมณ์ซึมเศร้า โกรธ หงุดหงิดง่าย และทุกข์ทรมานจากภาพลักษณ์ของตนเอง (Whaley & Wong, 1993) จากการศึกษาของกันทิมา (2534) พบว่า คะแนนอัตมโนทัศน์ในเรื่องความรู้สึกนึกคิดว่าตนเองไม่แข็งแรงมีคะแนนต่ำสุด เนื่องจากในภาวะที่เด็กมีอาการช็อคและอ่อนเพลีย เด็กไม่สามารถมีกิจกรรมได้เหมือนเด็กทั่ว ๆ ไป อีกทั้งการที่ต้องมาตรวจตามนัดเป็นระยะ ๆ เป็นเสมือนสิ่งที่ย้ำเตือนอยู่เสมอว่าตนเองไม่แข็งแรง ลาทิบและโมเดล (Ratip & Model, 1996) กล่าวว่าปัญหาด้านจิตใจ และอารมณ์มีผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตของผู้ป่วยธาลัสซีเมียมากขึ้น เนื่องจากการมีความรู้สึกแตกต่างจากเพื่อนวัยเดียวกัน

อาจทำให้เด็กวัยเรียนธาลัสซีเมียรู้สึกกลัว วิตกกังวล มีพฤติกรรมแยกตัว หรือต่อต้านการรักษา เป็นต้น

### 3. ผลกระทบทางด้านสังคม

ผลกระทบทางด้านสังคมที่เกิดขึ้นมักจะเป็นพฤติกรรมที่สืบเนื่องมาจากภาวะทางด้านจิตใจ ความแตกต่างทางด้านรูปร่างหน้าตา และความสามารถในการทำกิจกรรมอาจทำให้เด็กวัยเรียนธาลัสซีเมียไม่เป็นที่ยอมรับของกลุ่มเพื่อน ถูกเพื่อนล้อเลียน พาสเคอร์ และ แอชเชอร์ (Pasker & Asher, 1987 cited by Ratip & Modell, 1996) กล่าวว่า การถูกเพื่อนรังเกียจเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กวัยเรียนมองตนเอง และมองโลกในทางลบ เมื่อมีเพื่อนในโรงเรียนไม่ชอบ ทำให้เด็กวัยเรียนเกิดความรู้สึกไม่ชอบโรงเรียน และหลบเลี่ยงการมาโรงเรียน เมื่อมีโอกาส สิ่งเหล่านี้จึงอาจเป็นอุปสรรคในการพัฒนาความเป็นอิสระของเด็กวัยเรียนธาลัสซีเมีย ทำให้ผู้ป่วยเด็กเหล่านี้ต้องอาศัยความช่วยเหลือ และพึ่งพาบุคคลอื่นเป็นระยะเวลายาวนาน นอกจากนี้การที่เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียได้รับการเลี้ยงดูอย่างปกป้องมากเกินไปจากบิดามารดา ทำให้เด็กเหล่านี้มีการพึ่งพิงบิดามารดา หรือผู้ดูแล อาจมีผลต่อพัฒนาการทางสังคมของเด็กธาลัสซีเมียเมื่อเข้าสู่วัยเรียนได้ จากการศึกษาของแคดแมน (Cadman, 1987) ในเด็กอายุ 4-16 ปี จำนวน 3,294 คน พบว่า ทั้งเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างเดียว และป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่วมกับความพิการอย่างอื่น จะมีการปรับตัวด้านสังคมที่ต่ำกว่าเด็กปกติในวัยเดียวกัน ซึ่งหากพิจารณาถึงผลกระทบทางด้านสังคมที่เกิดขึ้นกับเด็กที่เป็นธาลัสซีเมียนั้น สังคมที่สำคัญของเด็กคือโรงเรียน ครู และกลุ่มเพื่อน เป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการพัฒนาด้านสังคมของเด็ก ถ้าหากเด็กต้องถูกจำกัดกิจกรรมที่โรงเรียนหรือการรวมกลุ่มกับเพื่อน ไม่ว่าจะมีความเจ็บป่วยของตัวเอง หรือเป็นเพราะลักษณะการเลี้ยงดูก็ตาม ย่อมจะไปยับยั้งพัฒนาการด้านสังคมของเด็ก ทำให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพตามมาได้

### 4. ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับบุคคลอื่นในครอบครัว

พ่อแม่มีความรู้สึกวิตกกังวล เนื่องจากไม่รู้ว่า จะดูแลบุตรอย่างไรเมื่อเด็กอยู่ในภาวะวิกฤติ การดูแลที่กระทำอยู่จะทำให้เกิดผลไม่ดีต่อบุตรหรือไม่ บางรายหวาดกลัวว่าบุตรอาจต้องตายก่อนวัยอันควรทำให้ต้องสูญเสียบุตรไป นอกจากความกลัว พ่อแม่มักรู้สึกโกรธ อาจจะทั้งตนเองหรือคู่สมรส ที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยของบุตร หรือโกรธและโทษโชคชะตา (กันทิมา, 2534; Abramovitz & Semmer, 1995) บราว (Brown, 1974 cited by Arnold, 1978) ได้กล่าวถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรที่มีต่อความรู้สึกของพ่อแม่ว่า นอกจากความเครียดที่ต้องดูแลบุตรที่เจ็บป่วยแล้ว ยังมีความรู้สึกว่าบุตรคนอื่น ๆ หรือบุตรคนต่อไปจะเจ็บป่วยแบบเดียวกันนี้ และกลัวถูกรังเกียจจากบุคคลอื่น เช่น เพื่อนบ้าน หรือเพื่อน

ร่วมงาน นอกจากนี้ พี่น้องของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังอาจรู้สึกถูกทอดทิ้งจากพ่อแม่ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่พอใจต่อพี่น้องที่เจ็บป่วย โกรธ ไม่ยอมมารับ (Walker, 1993)

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่า ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ได้รับผลกระทบมากมาย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับบุคคลในครอบครัว เนื่องจากเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียมีพัฒนาการเพิ่มขึ้นในหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่เด็กวัยเรียนธาลัสซีเมียต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกต่อตนเองไปในทางลบ อาจตอบสนองด้วยการหนีปัญหา ไม่เอาใจใส่ดูแลตนเอง หรือแยกตัวออกจากสังคม ผู้ป่วยอาจขาดการดูแล ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เช่น ไม่ขอคำปรึกษา หรือไม่ทำตามคำแนะนำของแพทย์ เป็นต้น ซึ่งจะทำให้อาการของเด็กรุนแรงขึ้นได้ ดังนั้น ผู้ดูแลเด็กที่ให้การดูแลเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ควรให้การดูแลเด็กอย่างเหมาะสม เพื่อลดผลกระทบทางด้านต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับเด็ก และเพื่อให้เด็กสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตามสภาวะของโรคที่เป็นอยู่

#### *พฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย*

จากแนวคิดการดูแลตนเองที่ว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำขึ้นเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง และกิจกรรมนั้นจะริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างจริงจัง ซึ่งโดยปกติแล้วถ้าเป็นผู้ใหญ่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเองได้ด้วยตนเอง แต่ในเด็กยังไม่สามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองได้ครอบคลุมทุกด้าน เนื่องจากเด็กยังอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (Orem, 1991 อ้างตามธิดารัตน์, 2539) ดังนั้นเด็กจึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแล หรือสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย

ผู้ดูแลที่ให้การดูแลเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย จึงควรปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของเด็กเรื่องต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (พิริยะลักษณ์, 2541; วรณี และจำเพ็ญ, 2533; วรวรรณ, 2538; Ball & Bindler, 1995)

#### *การดูแลเพื่อให้มีการทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับภาวะของโรค*

จากการที่ร่างกายมีภาวะโลหิตจางเรื้อรัง ทำให้ปริมาณออกซิเจนที่เลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายน้อยกว่าปกติ จึงควรปรับการออกกำลังกาย การเล่นที่ไม่โลดโผน หรือใช้กำลังมาก เพื่อให้หัวใจและหลอดเลือดในร่างกายมีการใช้ออกซิเจนเหมาะสมกับภาวะโลหิตจาง การทำกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม



(Tackett & Hunsberger, 1981) ขณะเจ็บป่วยการออกกำลังกายจะต้องอยู่ในขอบเขตความสามารถตามลักษณะของโรคในแต่ละบุคคล และอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล เด็กป่วยเรื้อรังในระยะที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงจะไม่จำกัดการออกกำลังกาย เพราะจะไปยับยั้งพัฒนาการของเด็ก แต่เด็กที่มีการออกกำลังกายมากควรมีการวางแผนให้มีเวลาสงบบ้างเพราะอาจมีการสูญเสียพลังงานอย่างรวดเร็ว

#### *การดูแลเพื่อให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม*

เนื่องจากเด็กกลุ่มนี้ต้องใช้เวลาส่วนหนึ่งในการรักษาพยาบาล เช่น การเข้ารับการรักษาตามนัด การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่ตามพัฒนาการของเด็กวัยนี้เป็นวัยที่ต้องการการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน และต้องการการยอมรับจากสังคม จึงต้องมีการจัดแบ่งเวลาเพื่อให้ใช้เวลาได้อย่างเหมาะสมทั้งกิจกรรมส่วนตัวและกิจกรรมที่ทำร่วมกับบุคคลอื่น

#### *การดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค*

การป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค ที่พบบ่อย ๆ คือการป้องกันการติดเชื้อ และการป้องกันอุบัติเหตุ

การป้องกันการติดเชื้อ เด็กที่เป็นธาลัสซีเมียเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง มีความผิดปกติของการสร้างเม็ดเลือด ทำให้มีโอกาสติดเชื้อจากโรคอื่น ๆ ได้ง่าย ซึ่งการติดเชื้อที่พบบ่อยคือ การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ จึงจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงจากบุคคลที่เป็นโรคติดต่อ

การป้องกันอุบัติเหตุ หมายถึง การป้องกันเพื่อให้พ้นจากโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งจะก่อให้เกิดเสียเลือดมาก เนื่องจากม้ามมีการทำลายเม็ดเลือดต่าง ๆ มากจนทำให้เกิดการผิดปกติในการทำหน้าที่ของเกร็ดเลือด ดังนั้นเมื่อเกิดอุบัติเหตุ จะเป็นเหตุให้เลือดหยุดยาก และจากการที่มีการเปลี่ยนแปลงทางกระดูกทำให้กระดูกเปราะและแตกง่ายเมื่อเกิดอุบัติเหตุ และถ้ามีกระดูกหัก กระดูกจะมีการติดช้ากว่าคนปกติ (วรวรรณ, 2538) เด็กวัยเรียนแม้ว่าจะมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการประสานงานที่ดีระหว่างกล้ามเนื้อกับประสาทก็ตาม แต่ก็ยังพบว่าอุบัติเหตุเป็นสาเหตุการตายในเด็กวัยนี้มาก ทั้งอุบัติเหตุในบ้านและบนท้องถนน (Tackett & Hunsberger, 1981) เด็กธาลัสซีเมียถ้าไม่ระมัดระวังในการเล่น เมื่อเกิดอุบัติเหตุขึ้นจนมีการสูญเสียเลือดทำให้เด็กซีดเพิ่มขึ้นได้ แต่การห้ามไม่ให้เด็กเล่นก็จะขัดขวางการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างมาก (Whaley & Wong, 1993) จึงต้องให้เด็กได้เล่นอย่างระมัดระวัง ป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้เสมอ

*การดูแลเพื่อให้มีการเอาใจใส่ แสวงหา และคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม*

เพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ โดยการมาพบแพทย์ตามนัด อย่างสม่ำเสมอ ซักถามปัญหา สังเกตภาวะของโรค รวมทั้งขอความรู้และความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่เมื่อพบความผิดปกติ

สังเกตอาการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากอาการของโรคอาจจะกลับเป็นซ้ำได้อีก โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เด็กป่วยและผู้ดูแลจะต้องรู้จักสังเกตอาการแสดงของโรคที่กลับเป็นซ้ำ เพื่อโรคจะได้ไม่รุนแรงมากขึ้น

มาพบแพทย์ตามนัด โรคเรื้อรังเกือบทุกชนิดมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ จึงมักจะพบว่าเมื่ออาการดีขึ้น เด็กป่วยจะหยุดยาเอง หรือบิดามารดาไม่มารับยาต่อ เพราะคิดว่าหายจากโรคแล้ว จึงทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นอีก บางครั้งถึงขั้นที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การมาพบแพทย์ตามเวลาที่นัดจะเป็นผลดีต่อเด็กป่วยอย่างมาก เพราะแพทย์จะได้ทำการติดตามการดำเนินของโรค ช่วยให้มีการรักษาที่ต่อเนื่อง ช่วยให้เด็กป่วยและผู้ดูแลเข้าใจการรักษาพยาบาล และสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลได้ถูกต้อง

*การดูแลเพื่อให้มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสม*

การปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เด็กจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล เช่น การงดออกกำลังกายชนิดหักโหม รับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ รับประทานยาหรือรับประทานอื่น ๆ อย่างสม่ำเสมอ เด็กจะต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมไม่ให้อาการของโรคกำเริบขึ้น และเพื่อช่วยให้เด็กมีการเจริญเติบโต พัฒนาการปกติ เด็กป่วยและผู้ดูแลไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง ไม่ควรลดหรือเพิ่มจำนวนยา โดยไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ เพราะอาจทำให้เกิดฤทธิ์ข้างเคียงของยา และเป็นอันตรายต่อผู้ช้ยา การใช้ยาต้องดูตามชนิดและจำนวนให้ถูกต้องตามแบบแผนการรักษาทุกครั้ง เพราะการใช้ยาแต่ละครั้งอาจได้รับจำนวนไม่เท่ากัน สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา หรือการรักษาอื่น ๆ เพื่อให้การแก้ไขได้ทัน่วงที

*การดูแลเพื่อให้มีการจัดการกับภาวะเครียดทางอารมณ์จากการที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังและการรักษาได้อย่างเหมาะสม*

จากการที่เด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องใช้เวลาในการรักษาที่ยาวนาน จึงต้องช่วยให้เด็กปรับตัวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ ยอมรับความเจ็บป่วยของตนเอง ผู้ดูแลจึงควรให้การดูแลเด็กในด้านสุขภาพจิต และความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ดังนี้

การส่งเสริมสุขภาพจิต ควรส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาเป็นไปตามวัย ตามเกณฑ์ของกลุ่มอายุ และเต็มศักยภาพที่เด็กมี หรืออาจกล่าวได้ว่าให้เด็กสามารถปรับตัวตามภาระหน้าที่ของวัย (task of the period) ได้อย่างดี มีการแสดงออกเหมาะสมกับวัยและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง อยู่เสมอได้เป็นอย่างดี มีความคับข้องใจน้อยที่สุด ไม่มีพฤติกรรมแปรปรวน และไม่มีโรคจิต ประสาท หรือพฤติกรรมที่ทำให้ตนเองหรือผู้อื่นเดือดร้อน

เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย มีความวิตกกังวล หวาดกลัวต่อสภาวะที่คุกคาม กลัวความตาย ขาดความมั่นคงทางจิตใจ มีความเครียด จากการถูกจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ การเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวัน และสิ่งแวดล้อม ผู้ดูแลควรให้กำลังใจ และจัดการเล่นให้เด็กซึ่งเป็นกิจกรรมสำคัญที่จะช่วยให้เด็กคลายเครียดและความกังวลเหล่านั้นได้ เพราะการที่เด็กได้เล่นระบายอารมณ์ต่าง ๆ ที่มีในจิตใจออกมา ช่วยให้เกิดความรู้สึกสบายใจและเป็นอิสระ ช่วยปรับตัวในการดำรงชีวิตให้อยู่ในภาวะสมดุลต่อไป

#### แนวคิดของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง อาศัยแนวคิดที่ว่า บุคคลที่ประสบความสำเร็จในการจัดการกับปัญหาความเครียดหรือภาวะวิกฤตมาแล้ว จะเป็นแบบอย่างแก่บุคคลอื่นที่มีลักษณะปัญหาประเภทเดียวกัน อยู่ในสภาพแวดล้อมหรือสังคมที่ไม่แตกต่างกัน (Corey & Corey, 1992) ดังนั้นลักษณะของกลุ่มจึงอยู่ในลักษณะที่ว่า สมาชิกมีปัญหาล้าย ๆ กัน มารวมกันด้วยความสมัครใจ เพื่อที่จะช่วยแก้ปัญหา ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การรวมกันเพื่อให้ข้อมูลข่าวสารและช่วยเหลือสมาชิกในการปรับตัว เผชิญปัญหา เพื่อการดูแลหรือทำทุกอย่างให้ดีขึ้น (สมจิต, 2536) สำหรับความหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง หมายถึง การที่บุคคลที่มีปัญหาล้ายคลึงกัน เหมือนกัน ประเภทเดียวกันมารวมกลุ่มกัน ปรึกษาหารือกัน ให้ความช่วยเหลือกัน ในรูปแบบต่าง ๆ กันตามวัตถุประสงค์เฉพาะที่สมาชิกของกลุ่มร่วมกันกำหนดขึ้น เช่น กลุ่มผู้ติดสุรา มารวมกลุ่มกันเพื่อหาวิธีการเลิกดื่มสุรา หรือกลุ่มช่วยเหลือตนเองคือ กลุ่มที่ก่อตั้งขึ้นโดยสมาชิก กำหนดวัตถุประสงค์โดยสมาชิก ดำเนินการโดยสมาชิก แสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยสมาชิก (Adams, 1979) นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายไว้ว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเอง หมายถึง การรวมตัวโดยสมัครใจของผู้ที่มีประสบการณ์คล้าย ๆ กัน ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนโดยวิธีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ อันจะช่วยส่งผลให้สมาชิกในกลุ่มได้รับประโยชน์สูงสุด (Steiger & Lipson, 1985) กลุ่มช่วยเหลือตนเองจะใช้กลุ่มที่เกิดจากการรวมตัวของบุคคลที่มีลักษณะอย่างเดียวกันด้วยความสมัครใจ ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Paskert & Madara, 1985)

กลุ่มช่วยเหลือตนเองจะใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาช่วยแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน โดยเฉพาะบุคคลที่สามารถแก้ปัญหาผ่านพ้นมาได้แล้วจะช่วยแก้ปัญหาให้กับสมาชิกคนอื่น ๆ (Resnick, 1986) กลุ่มช่วยเหลือตนเอง คือ กลุ่มคนที่มีปัญหาเดียวกัน เข้ามาพบปะกันเป็นประจำเพื่อแสดงความเห็นอกเห็นใจกันและให้ความช่วยเหลือต่อกัน (Barath, 1991; Katz, 1981 cited by Hiding, Fridlund & Segesten, 2000; Riessman & Gartner, 1984) กลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้นเป็นรูปแบบหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมที่เอื้อให้บุคคลต่าง ๆ ได้ต่อสู้กับวิกฤตการณ์ต่าง ๆ ของชีวิต ความสัมพันธ์กันในเชิงพึ่งพานั้น เป็นสิ่งที่เป็นเครื่องปกป้องต่อความเครียดได้ สิ่งเหล่านี้ทำให้คนเราได้แปลสถานการณ์ในแนวทางที่แตกต่างและมีความกดดันน้อยลงไป (Riessman, 1998)

ลอง ฟิปปี และ คัสเมเยอร์ (Long, Phipps & Cassmeyer, 1995) กล่าวถึงกลุ่มช่วยเหลือตนเองว่า เป็นกลุ่มที่รวมตัวกันเพื่อดูแลตนเอง กลุ่มเหล่านี้อาจรวม หรือไม่รวมถึงการจัดตั้งที่อาศัยการแนะแนวทางจากทีมสุขภาพ ชุมชนจะดูแลตนเองและเพิ่มทักษะในการเผชิญกับปัญหา โดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ และแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับสปรัดเลย์และอัลเลนเดอร์ (Spradley & Allender, 1996) กล่าวว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเอง คือ กลุ่มที่มักจะมีการจัดตั้งโดยกลุ่มเพื่อนที่มีปัญหายุ่งเหยิงในชีวิต เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการเดียวกัน เป้าหมายของกลุ่มมุ่งที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างที่ต้องการ ขณะทีหลาย ๆ กลุ่มรวมตัวกันโดยคนที่เหมือนกัน พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถช่วยให้เกิดการรวมตัว อำนวยความสะดวก และสวอนสันและเนียส์ (Swanson & Nies, 1997) ที่กล่าวว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเอง คือ กลุ่มที่ช่วยเหลือกันและกัน เป็นการรวมตัวที่เป็นแบบอาสาสมัคร ไม่ได้ถูกครอบงำโดยวิชาชีพ และทำงานด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ตัวต่อตัว เน้นเป้าหมายร่วมกัน ส่วนสจิวต์และลาเรีย (Stuart & Laraia, 1998) ได้ให้ความหมายว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองคือ กลุ่มที่มีสมาชิกจัดระบบที่จะช่วยเหลือตนเอง สมาชิกมีประสบการณ์แบบเดียวกัน ทำงานเพื่อเข้าสู่เป้าหมายเดียวกัน และใช้ความเข้มแข็งของเขาเพื่อจะควบคุมชีวิตของเขาทั้งหมด

จากที่มีผู้ให้ความหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเองข้างต้น สรุปได้ว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มของบุคคลที่มีลักษณะปัญหา และประสบการณ์คล้ายคลึงกัน มารวมกลุ่มกันด้วยความสมัครใจ เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สนับสนุนและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดการเรียนรู้วิธีแก้ปัญหาจากตัวเองและคนอื่น

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในหัวข้อต่าง ๆ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### ความเป็นมาของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) เกิดจากแนวคิดที่ว่า เรายุติที่สุด (we know best) หรือไม่มีใครรู้ดีเท่าผู้มีประสบการณ์ (Marram, 1978) กลุ่มช่วยเหลือตนเองเกิดขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1700 ในประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อมีการอพยพครั้งใหญ่ ประชาชนจำนวนมากต้องประสบกับปัญหาเกี่ยวกับการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อม และปัญหาในด้านการใช้ภาษา ทำให้เกิดการรวมตัวกันเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่

ค.ศ. 1935 กลุ่มติดสุราเรื้อรังนิรนาม (alcoholics anonymous) เป็นกลุ่มแรกที่แสดงให้เห็นถึงพลังของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มผู้ติดสุราเรื้อรังนิรนามก่อตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่สิ้นหวังให้เลิกดื่มสุรา สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ โดยใช้กฎ 12 ข้อ กฎเกณฑ์เหล่านี้ไม่ได้มีการบังคับใช้เหมือนกฎหมาย หรือกฎอื่น ๆ แต่ก็ได้รับการยอมรับโดยกว้างขวาง และถือเป็นสมบัติที่มีค่าของกลุ่มผู้ติดสุราเรื้อรังนิรนาม ในปี ค.ศ. 1993 กฎ 12 ข้อของกลุ่มผู้ติดสุราเรื้อรังนิรนามได้รับการแปลถึง 26 ภาษาใน 133 ประเทศ กลุ่มผู้ติดสุราเรื้อรังนิรนามทั่วโลก แบ่งเป็น 96,000 กลุ่ม จำนวนสมาชิกของกลุ่มมีประมาณมากกว่า 2 ล้านคน (Oka & Borkman, 2000)

ค.ศ. 1960 กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ได้เริ่มเข้ามามีบทบาทในกลุ่มคนต่าง ๆ จำนวนมาก เช่น กลุ่มผู้ติดการพนัน (gamblers anonymous) กลุ่มติดยาเสพติด (narcotic anonymous) กลุ่มผู้บริโภคอาหารเกินจำนวนมาก (overeaters anonymous) กลุ่มบิดามารดาที่มีปัญหาในการเลี้ยงดูบุตร (parents anonymous) กลุ่มที่มีปัญหาตราบาปในชีวิต (stigma) ประชาชนส่วนใหญ่เริ่มตระหนักเห็นความสำคัญของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Marram, 1978)

ค.ศ. 1970 กลุ่มช่วยเหลือตนเองเริ่มเข้ามามีบทบาทในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง (chronic illnesses) และกลุ่มผู้ไร้ความสามารถ (disability) (Marram, 1978)

ค.ศ. 1977 อเมริกาเหนือ (North America) เริ่มมีการทำวิจัยเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และได้นำผลวิจัยออกตีพิมพ์เผยแพร่ ซึ่งจากการทำวิจัยนี้ได้มีอิทธิพลต่อการศึกษาในอเมริกาเหนือเป็นอย่างมาก (Oka & Borkman, 2000)

ค.ศ. 1978 มาแรม (Marram, 1978) ได้นำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้ในการพยาบาลในรูปแบบของกลุ่มระดับประคอง (support group) โดยใช้กับกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มพ่อหรือแม่ที่ต้องเลี้ยงลูกตามลำพังคนเดียว กลุ่มภรรยาและเด็กที่ถูกทารุณ กลุ่มเด็กหนีออกจากบ้าน ซึ่งพบว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเองได้รับความสำเร็จเป็นที่รู้จักในวงการศึกษา

ค.ศ. 1980 กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้เข้ามามีบทบาทในวงการสาธารณสุขและได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือให้ก่อตั้งขึ้นในประเทศอเมริกาเหนือและประเทศเยอรมัน ต่อมากลุ่มช่วยเหลือ

ตนเองได้มีการพัฒนาไปในประเทศต่าง ๆ อีก เช่น แคนาดา นิวซีแลนด์ ออสเตรเลีย ยุโรปตะวันออก ญี่ปุ่น ฮอลแลนด์ (Oka & Borkman, 2000)

ค.ศ. 1990 กลุ่มช่วยเหลือตนเองได้เข้ามามีบทบาทในระบบ On-line และใช้กันจนเป็นที่แพร่หลายในปัจจุบัน (Oka & Borkman, 2000)

สำหรับวิวัฒนาการของกลุ่มช่วยเหลือตนเองในประเทศไทย กลุ่มช่วยเหลือตนเองกลุ่มแรก ที่ดำเนินโดยบุคคลที่ไม่ได้อยู่ในวิชาชีพ คือ ชมรมผู้ไร้กล่องเสียงของโรงพยาบาลศิริราช ตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2526 มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการฝึกพูดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ไม่กล้าให้แพทย์ผ่าตัดรักษา และผู้ไร้กล่องเสียงหลังผ่าตัดให้สามารถฝึกพูดได้ ซึ่งปัจจุบันได้พัฒนาเป็นชมรมผู้ไร้กล่องเสียงแห่งประเทศไทย

#### กลไกการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

การทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสมาชิกหลาย ๆ ประการ ซึ่งนักวิชาการหลายท่านได้อธิบายถึงกลไกการทำงานของกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยสรุปได้ดังนี้ (ดรุณี, 2540; Adams, 1979; Steiger & Lipson, 1985)

1. สมาชิกของกลุ่มต่างก็มาจากบุคคลที่มีปัญหาอย่างเดียวกัน ทำให้เกิดความรู้สึกเหมือนลงเรือลำเดียวกัน (being in the same boat) จึงแน่ใจว่าผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือ เข้าใจปัญหาอย่างแท้จริง มิใช่เป็นความรู้เฉพาะในทฤษฎีเท่านั้น จึงเกิดความต้องการที่จะกระทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหานั้น ๆ
2. ความช่วยเหลือที่สมาชิกแต่ละคนให้คนอื่น จะมีผลมาถึงตนเองเสมอ เกิดเป็นลักษณะของผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
3. คำแนะนำที่ได้จากสมาชิกจะเป็นคำแนะนำในระดับที่ปฏิบัติได้โดยง่าย ซึ่งจะหาไม่ได้จากคำแนะนำของนักวิชาการ ครอบครัว หรือเพื่อน ยกเว้นเสียแต่ว่าบุคคลดังกล่าวได้ประสบปัญหาอย่างเดียวกันมาก่อน
4. มิตรภาพที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน ทำให้สมาชิกยอมรับซึ่งกันและกัน บนพื้นฐานของความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจ ซึ่งนำไปสู่การยอมรับคำแนะนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น
5. การที่สมาชิกได้พบเห็นบุคคลที่มีปัญหา และได้แก้ไขปัญหานั้น ๆ จนเป็นผลดี จะทำให้มองเห็นเป็นแบบอย่าง (role model) ซึ่งสมควรจะปฏิบัติตาม และแน่ใจว่าตนเองจะสามารถผ่านพ้นปัญหา และภาวะวิกฤติเหล่านั้นได้เช่นกัน
6. การได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างเป็นกันเองกับบุคคลที่เป็นพวกเดียวกัน

ทำให้ได้ระบายความทุกข์ ความคับข้องใจ ความกลัว ความวิตกกังวล ความสิ้นหวัง และปัญหาอื่น ๆ ได้ โดยไม่ต้องกังวลว่าเขาเหล่านั้นจะไม่เข้าใจ แต่กลับได้รับการยอมรับในเรื่องดังกล่าวอย่างจริงใจ และให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และให้กำลังใจอย่างเต็มที่

7. การที่สมาชิกได้มีโอกาสช่วยเหลือบุคคลอื่น ทั้งในการให้ข้อมูล ความรู้ กำลังใจ หรือสิ่งของอื่น ๆ ทำให้สมาชิกรู้สึกมีคุณค่าต่อสังคม อึดทนในทัศนคติขึ้น ยอมรับสภาพร่างกายและความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น

8. การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สมาชิกรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มกล้าที่จะเปิดเผยตนเองมากขึ้น มีความรู้สึกผูกพันกันกับเพื่อนสมาชิก (cohesiveness) เกิดเป็นความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง (Yalom, 1995)

9. สมาชิกเคยมีความรู้สึกเลวร้ายหรือมีตราบาป (stigma) ที่เกิดปัญหาในชีวิต การได้พบปะคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่แตกต่างจากคนอื่น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือสิ้นหวัง ทำให้ลดการแยกตัวออกจากสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าจุดสำคัญของความสำเร็จของกลุ่มช่วยเหลือตนเองคือ หลักของการให้ความช่วยเหลือ (principle of helper) โดยบทบาทของการให้และการรับความช่วยเหลือ (Riessman, 1998) จากสมาชิกเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหา มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกในกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ไม่เพียงแต่จะได้รับความช่วยเหลือเท่านั้น แม้ว่าจากการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองในครั้งนี้ผู้ป่วยจะได้รับความช่วยเหลือแล้ว ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการเข้ากลุ่มในครั้งต่อไป ผู้ป่วยอาจจะให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น เป็นการเปลี่ยนบทบาทจากคนที่เคยเป็นผู้รับความช่วยเหลือเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ พลังจากการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันโดยไม่มีเงื่อนไข ไม่มีเรื่องของผลประโยชน์ มีการให้โดยคำนึงถึงผู้อื่น (altruism) มีการเอื้อเฟื้อต่อกัน (reciprocity) มีกระบวนการให้และการรับความช่วยเหลือเป็นไปตามหลักประชาธิปไตย และมีการแบ่งปัน (Hayes, 1999) ผลจากการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองทำให้สมาชิกกลุ่มมีความเชื่อมั่น ไร้กังวลใจ (confidence) รู้สึกมีคุณค่า (ดรุณี, 2540; Riessman, 1998) จากหลักของการให้ความช่วยเหลือนั้น ทำให้กลุ่มช่วยเหลือตนเองเกิดการเปลี่ยนแปลงของพลังเป็นอย่างมาก ทำให้แต่ละคนที่มีปัญหาหรือเจ็บป่วยอยู่นั้น กลายเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือที่มีศักยภาพ กลายเป็นผู้ให้แก่คนอื่น ๆ ในเงื่อนไขเดียวกัน แทนที่สังคมจะมองว่าผู้ที่เจ็บป่วยจำนวน 10 ล้านคนที่ต้องการความช่วยเหลือ แต่ถ้าเราคิดในทางกลับกัน เราอาจพบว่าผู้ให้ความช่วยเหลือที่มีศักยภาพถึง 10 ล้านคน (Riessman, 1998)

### รูปแบบการดำเนินกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่มีปัญหาด้านสุขภาพ อาจเกิดจากความต้องการของผู้ป่วยและเกิดจากความต้องการของบุคลากรที่มีสุขภาพ เพื่อเป็นการรวมกลุ่มบุคคลที่มีประสบการณ์อย่างเดียวกันมาแลกเปลี่ยนปัญหาของตนกับผู้อื่น (sharing) มีการให้การช่วยเหลือกัน ยอมรับซึ่งกันและกัน (accept) สมาชิกจะเข้าใจหรือยอมรับกันเองได้ง่ายกว่าคำแนะนำของบุคลากรที่มีสุขภาพ การตั้งกลุ่มแบ่งออกเป็น 2 ประเภท (Resnick, 1986)

1. กลุ่มที่จัดตั้งเป็นทางการ โครงสร้างกลุ่มจะชัดเจน มีเจ้าหน้าที่ประจำ มีการบริหารกลุ่มนโยบาย และการดำเนินการแน่ชัด มีการตีพิมพ์ข่าวสารของสมาชิก มีการฝึกอบรมผู้นำกลุ่ม มีรูปแบบในการประชุม
2. กลุ่มที่ไม่เป็นทางการ ลักษณะโครงสร้างไม่ชัดเจนเท่ากลุ่มที่เป็นทางการ เป็นการรวมตัวกันทางสังคม หรือกลุ่มเล็ก ๆ มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่วนบุคคล การติดต่อกันอาจเป็นการโทรศัพท์ จดหมาย เทปบันทึกเสียง วิดีโอ บางกลุ่มจะจัดเป็นโปรแกรมต่าง ๆ ร่วมกัน เช่น การไปเยี่ยมผู้ป่วยที่ยังไม่ได้เป็นสมาชิกของกลุ่ม เป็นต้น

### องค์ประกอบของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

องค์ประกอบของกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่เป็นทางการ (Newton, 1984; Ross & Mico, 1980) มีดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐาน เช่น ชื่อกลุ่ม ที่ตั้งของกลุ่ม เกณฑ์การเข้าเป็นสมาชิกหรือการหมดสมาชิกภาพ ข้อตกลงในการประชุม
2. เป้าหมายการดำเนินงานของกลุ่ม
3. รายละเอียดเกี่ยวกับสมาชิก เช่น ชื่อ ที่อยู่ ฯลฯ
4. เกณฑ์การเป็นผู้นำกลุ่ม
5. การจัดกิจกรรม เช่น กิจกรรมสนทนากลุ่ม หรือกิจกรรมเชิงวิชาการเกี่ยวกับสุขภาพ ค่าใช้จ่าย ฯลฯ
6. ประโยชน์ที่จะได้รับจากกลุ่ม เช่น การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การให้ความรู้ การส่งเสริมการยอมรับจากสังคม
7. แนวทางในการป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม
8. แนวทางในการประเมินผลการดำเนินงาน



### การดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

การดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ใช้กระบวนการกลุ่ม (group process) เมื่อมีการรวมกลุ่ม และกำหนดจุดมุ่งหมายของการตั้งกลุ่มชัดเจนแล้ว จำเป็นต้องมีสถานที่ กำหนดเวลาในการประชุมกลุ่ม และการเลือกผู้นำกลุ่ม สำหรับหัวข้อในการประชุมกลุ่ม จะไม่มีการกำหนดไว้เป็นที่แน่นอน นอกจากประชุมครั้งแรกเท่านั้นที่บุคลากรที่มีสุขภาพ เช่น พยาบาล อาจเป็นผู้นำในการดำเนินการกลุ่ม เป็นต้น แต่ในการประชุมครั้งต่อไปจะเป็นหน้าที่ของสมาชิกกลุ่มที่จะเสนอปัญหาหรือหัวข้อที่กลุ่มสนใจร่วมกัน

การดำเนินการกลุ่มที่สำคัญได้แก่ การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ (phase of group experience) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะ (Marram, 1978; Stuart & Laraia, 1998)

1. ระยะสร้างสัมพันธภาพ (introductory or initial phase) ระยะแรกเป็นการสร้างสัมพันธภาพของสมาชิกกลุ่ม เพื่อทำความรู้จักช่วยให้สมาชิกรู้สึกปลอดภัยหรือมีความมั่นคงทางจิตใจ และการลดความกลัวหรือความวิตกกังวลของผู้เข้าร่วมกลุ่ม เพื่อนำไปสู่ความไว้วางใจและเกิดความเชื่อมั่นตลอดจนการรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกกลุ่ม การสร้างสัมพันธภาพจำเป็นต้องใช้เวลาเพื่อนำไปสู่การปรับตัวและเกิดความไว้วางใจ

ผู้นำกลุ่มจะมีบทบาทในการช่วยสร้างความเป็นมิตร และความรู้สึกผ่อนคลายตลอดจนส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็นและประสบการณ์ด้วยความรู้สึกที่เป็นอิสระ

2. ระยะดำเนินการ (working phase) ระยะนี้เป็นระยะที่กลุ่มมีความไว้วางใจและเชื่อมั่นกันมากขึ้น จะทำให้สมาชิกกล้าที่จะเปิดเผยและระบายความรู้สึก ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา รับฟังแนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดจากประสบการณ์ของสมาชิกอื่น และเลือกวิธีการแก้ปัญหาเพื่อปรับใช้กับตนเอง ดังนั้นในระยะนี้สมาชิกกลุ่มจะเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับซึ่งจะทำให้สมาชิกที่เป็นเจ้าของปัญหาจะรู้สึกว่าตนเองมีเพื่อนที่มีปัญหาค้ำยันกัน (sense of community) และสมาชิกที่ให้คำแนะนำหรือแนวทางแก้ปัญหาจะรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับ ทำให้ตนเองมีคุณค่าเพิ่มขึ้น

3. ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (final phase) ระยะสุดท้ายนี้เป็นระยะที่การดำเนินการกลุ่มจะยุติลง ภายหลังจากที่มีการดำเนินการกลุ่มมาระยะหนึ่งแล้ว ทั้งนี้ผู้นำกลุ่มจะต้องแจ้งให้สมาชิกทราบล่วงหน้าว่าการดำเนินการกลุ่มจะสิ้นสุดลง ในระยะนี้จะเป็นการสรุปและประเมินผลการดำเนินการกลุ่มทั้งจากสมาชิกกลุ่มและจากบุคคลภายนอก รวมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม พยายามทำให้สมาชิกเห็นถึงประโยชน์ที่เกิดจากการเข้าร่วมกลุ่ม และนำประโยชน์ดังกล่าวไปปรับใช้เมื่อออกจากกลุ่ม

### บทบาทของผู้นำกลุ่ม

การดำเนินของกลุ่มจะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว พบว่าผู้นำกลุ่มและการมีส่วนร่วมของสมาชิกจะเป็นสิ่งซึ่งบ่งชี้ที่สำคัญ ในระยะแรกการเตรียมผู้นำกลุ่มโดยบุคลากรในวิชาชีพเป็นสิ่งจำเป็น ลักษณะของผู้นำกลุ่มควรเป็นดังนี้ (Marram, 1978)

1. เป็นผู้เข้าใจวัตถุประสงค์และการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มอย่างชัดเจน
  2. มีความเป็นกลาง เป็นนักฟัง เปิดโอกาสให้สมาชิกได้อภิปรายทุกคน และให้ความสำคัญกับปัญหาของสมาชิกทุกคน และทุกปัญหา
  3. เป็นผู้ที่สามารถปรับตัวต่อปัญหาของตนได้ดีแล้ว พร้อมทั้งจะช่วยเหลือสมาชิกกลุ่ม
- ทั้งนี้ผู้นำกลุ่มต้องตระหนักว่าประสบการณ์จะเป็นสิ่งที่ดีที่สุดมากกว่าการได้รับการสอนจากผู้หนึ่งผู้ใด แต่การได้รับคำแนะนำหรือการสะท้อน (feed back) การกระทำของผู้นำกลุ่มจากผู้นำร่วม (co-leaders) หรือบุคคลที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษากลุ่ม (consultant) จะช่วยให้ผู้นำกลุ่มทราบถึงข้อบกพร่องของตนเอง และถ้ามีการปรับปรุงหรือแก้ไขจะช่วยทำให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายของกลุ่ม และสมาชิกจะได้รับประโยชน์สูงสุด

ผู้นำกลุ่มอาจได้มาจากการเลือกของสมาชิก พบว่าผู้นำกลุ่มที่มีการเปลี่ยนแปลงตามวาระ จะได้รับการยอมรับจากสมาชิกกลุ่มมากกว่า การมีผู้นำคนเดียวตลอดไป (สมจิต, 2536)

### บทบาทของสมาชิกกลุ่ม

สมาชิกกลุ่มมีบทบาทที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าผู้นำกลุ่ม ดังนั้น สมาชิกกลุ่มที่ดี มีหน้าที่ดังต่อไปนี้ (Marram, 1987)

1. คอยกระตุ้น สนับสนุน ให้กำลังใจแก่เพื่อนสมาชิก
2. ช่วยลดความขัดแย้ง ลดความตึงเครียดภายในกลุ่ม
3. เป็นนักฟังที่ดี รับฟังความคิดเห็นต่าง ๆ ของเพื่อนสมาชิก
4. กระตุ้นให้เพื่อนสมาชิกในกลุ่มมีการเสนอความคิดเห็น
5. รักษาความลับของเพื่อนสมาชิก

### บทบาทของพยาบาลในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

บุคลากรที่มีสุขภาพได้ดำเนินการเกี่ยวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเองในหลายลักษณะ ได้แก่ เป็นคณะกรรมการ เป็นที่ปรึกษา เป็นวิทยากร หรือแม้แต่สมาชิกกลุ่มในกรณีที่บุคลากรดังกล่าวมีปัญหาสุขภาพเช่นเดียวกับสมาชิกอื่น ๆ

พยาบาลในฐานะบุคลากรที่มีสุขภาพ สามารถมีส่วนร่วมช่วยดำเนินการเกี่ยวกับกลุ่ม

ช่วยเหลือตนเองได้ (ดรุณี, 2546; สมจิต, 2536; Marram, 1987; Stuart & Laraia, 1998) ดังนี้

1. เป็นผู้ประสานงานกลุ่ม โดยการจัดหาสมาชิกใหม่ และเป็นตัวกลางในการติดต่อของสมาชิกในการเริ่มดำเนินกิจกรรมระยะแรก
2. เป็นแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เช่น จัดสถานที่ประชุม จัดหาวิทยากร อุปกรณ์ที่จำเป็น หรือเป็นที่ปรึกษา หรือให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ
3. เป็นผู้นำกลุ่มในระยะแรกของการตั้งกลุ่ม
4. เป็นผู้ส่งต่อผู้ป่วยเข้าเป็นสมาชิกของกลุ่ม หรือส่งต่อสมาชิกไปรับการรักษาตามความเหมาะสม
5. เป็นผู้สนับสนุนการเข้าร่วมประชุมของสมาชิก
6. ติดตามประเมินการปรับตัวของสมาชิก

เมื่อมีผู้ป่วยเข้าเป็นสมาชิกของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง พยาบาลควรเตรียมผู้ป่วยก่อน ดังนี้

- สร้างสัมพันธภาพและสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่ม
- แจ้งวัตถุประสงค์ บทบาทของสมาชิก ประโยชน์ที่จะได้รับ และวิธีการทำกลุ่ม
- ส่งต่อผู้ป่วยเข้ากลุ่ม

#### ประโยชน์ของการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

อาจกล่าวได้ว่า จากกลไกการดำเนินกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ก่อให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิก (อุทุมพร, 2536, Marram, 1987) ดังนี้

1. สมาชิกได้รับการยอมรับในความเป็นบุคคล
2. กลุ่มให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
3. กลุ่มช่วยทำให้สมาชิกมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นดีขึ้น
4. กลุ่มช่วยให้ความเครียดลดลง และมีการปรับตัวดีขึ้น
5. กลุ่มช่วยทำให้เพิ่มความสามารถในการใช้บริการทางสุขภาพ
6. กลุ่มช่วยเหลือตนเองมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

#### ลักษณะเฉพาะของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ลักษณะเฉพาะของกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีลักษณะที่เด่นชัดเฉพาะตัวและมีความแตกต่างจากกลุ่มอื่น ๆ ดังต่อไปนี้ (ดรุณี, 2546; Marram, 1978)

1. มีการให้การสนับสนุนและให้ความรู้โดยกลุ่มสมาชิก (distinguished by their

upportive and education aims)

2. เน้นไปที่เหตุการณ์ที่ทำให้ชีวิตยุ่งยากเพียงอย่างเดียว (focus on a single life-disrupting event)
3. จุดประสงค์เริ่มต้น คือ สนับสนุนให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลง (primary purpose of supporting personal change)
4. เป็นกลุ่มนิรนามและมีความเป็นส่วนตัว (anonymous and confidential nature)
5. สมาชิกเข้ามารวมกลุ่มด้วยความสมัครใจ (voluntary membership)
6. ผู้นำกลุ่มมาจากผู้ป่วยด้วยกันเอง (member leadership)
7. ไม่มีการแสวงหากำไร หรือผลประโยชน์ใด ๆ จากการเข้ากลุ่ม (absence of profit orientation)

ความแตกต่างระหว่างกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับกลุ่มจิตบำบัด มีดังนี้ (Riordan & Beggs, 1987)

1. กลุ่มช่วยเหลือตนเองส่วนใหญ่จะมีจุดประสงค์ในการจัดตั้งกลุ่มเพียงจุดประสงค์เดียว เช่น กลุ่มผู้ติดยาเสพติด กลุ่มผู้ติดสุราเรื้อรัง กลุ่มลดน้ำหนัก กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น แต่กลุ่มจิตบำบัดจะมีจุดประสงค์หลายประการ โดยทั่วไปจะเป็นปัญหาทางด้านจิตใจ วิธีการขั้นพื้นฐานในกลุ่มจิตบำบัด คือ การให้คำปรึกษาและการบำบัด เช่น การวิเคราะห์ตนเอง การสะท้อนกลับ แต่กลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมุ่งเน้นไปที่การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้แนวทางในการแก้ไขปัญหา
2. ผู้นำกลุ่มของกลุ่มจิตบำบัด ส่วนใหญ่จะเป็นบุคลากรในวิชาชีพที่ได้รับการฝึกอบรมได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช แต่กลุ่มช่วยเหลือตนเองผู้นำกลุ่มเป็นผู้ป่วยที่มีประสบการณ์
3. กลุ่มช่วยเหลือตนเองไม่มีการเสียค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมกลุ่ม ไม่มีการเก็บค่าธรรมเนียมหรือค่าบำรุงใด ๆ ซึ่งต่างจากกลุ่มจิตบำบัดในต่างประเทศ แต่สำหรับประเทศไทย การดำเนินกลุ่มจิตบำบัดไม่มีการเสียค่าใช้จ่าย ค่าธรรมเนียมหรือค่าบำรุงใด ๆ เช่นเดียวกับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
4. สถานที่นัดพบของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ขึ้นอยู่กับความต้องการของสมาชิก กลุ่มจิตบำบัดจะเป็นห้องที่มีการจัดเตรียมสำหรับการบำบัดกลุ่ม
5. เวลาในกลุ่มจิตบำบัด ควรใช้เวลา 40-75 นาที ความถี่ที่เหมาะสมในการทำกลุ่มคือ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง (Yalom, 1995) แต่กลุ่มช่วยเหลือตนเองขึ้นอยู่กับความต้องการของสมาชิกใน

กลุ่ม (Riordan & Beggs, 1987)

6. จำนวนครั้งของการเข้ากลุ่ม ในกลุ่มจิตบำบัด จำนวนครั้งของการเข้ากลุ่มควรมีประมาณ 10-20 ครั้ง แต่กลุ่มช่วยเหลือตนเองจำนวนครั้งของการเข้ากลุ่มขึ้นอยู่กับความต้องการของสมาชิก

จะเห็นได้ว่า การดำเนินงานของกลุ่ม สามารถสนองตอบต่อความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้น จึงมีการนำเอากระบวนการกลุ่มมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การนำเอากระบวนการกลุ่มมาใช้มีหลายวิธี ซึ่งขึ้นอยู่กับปัญหาของแต่ละคน ในปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขมีมากขึ้น ปัญหาการเจ็บป่วยเปลี่ยนจากโรคติดเชื้อเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่แล้วเกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นวงการแพทย์และสาธารณสุขจึงสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ โดยนำกระบวนการกลุ่มซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่น่ามาใช้ในการสนับสนุนการบริการทางสุขภาพ เช่น การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น จากการที่ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลไกของกลุ่มจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพดีขึ้น และสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น

*การใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย*

โรคธาลัสซีเมียถือว่าเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัวเป็นอย่างมาก ต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต การเจ็บป่วยอาจจะกระทบต่อการประกอบอาชีพหรือการดำรงชีวิตตามปกติ ก่อให้เกิดภาวะเครียดที่บุคคลและครอบครัวต้องเผชิญ ซึ่งอาจส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาที่ไม่เหมาะสมได้ กระบวนการหรือรูปแบบการเผชิญความเครียดของแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น อายุ บุคลิกภาพ วัฒนธรรม ความเชื่อ สภาวะอารมณ์ และความสามารถทางความคิด รวมทั้งระบบสนับสนุน ปัจจุบันได้มีการนำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self help group) มาใช้ในผู้ป่วยเรื้อรังหลายกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ หอบหืด และผู้ป่วยเอดส์ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ยังไม่พบข้อมูลเกี่ยวกับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ดูแลที่ให้การดูแลเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย แต่จะมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้กับผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ปัญญาอ่อน โรคเรื้อรัง และเด็กพิการดังนี้

จากการศึกษาของธิดารัตน์ (2539) ได้ศึกษาถึงผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรวัย 1-5 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืด พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลบุตรวัย 1-5 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืด สูงกว่ามารดากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) จากการศึกษาของวนิดา (2537) ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยบางประการกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคหอบหืด และพบว่าเป็นตัวทำนายการปรับตัวของมารดาได้ดีที่สุด ส่วนการศึกษาของอุทุมพร (2536) ได้ศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อการปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรวัยแรกเกิดถึง 3 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่า มารดากลุ่มที่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลบุตรวัยแรกเกิดถึง 3 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังเข้าทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง สูงกว่าก่อนเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง และพบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลบุตรวัยแรกเกิดถึง 3 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หลังการทดลองสูงกว่ามารดากลุ่มที่ไม่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) และประดิษฐา (2538) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนภายในกลุ่มของมารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา ผลการศึกษาพบว่า มารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวกลุ่มที่ได้เข้าร่วมกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลบุตรหลังการเข้ากลุ่มสูงกว่าก่อนการเข้ากลุ่ม และพบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลบุตรหลังการเข้ากลุ่มสูงกว่ามารดากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ส่วนเคลลี (Kelly, 1981) ได้มีการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในพ่อแม่ที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่มีอายุ 3-10 ปี หลังการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง พบว่า พ่อแม่มีพฤติกรรมในการดูแลบุตรดีกว่าก่อนการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และจากการศึกษาของแซนดร้า (Sandra, 2001) ได้ศึกษาผลของการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า มารดาเด็กกลุ่มที่ได้เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลบุตร หลังการเข้าร่วมกลุ่มสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และพบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลบุตรสูงกว่ามารดากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) นอกจากนี้โทนี่ (Tony, 2001) ได้ศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่มีความพิการ ผลการศึกษาพบว่า มารดากลุ่มที่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลบุตรหลังการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่ามารดากลุ่ม

ที่ไม่ได้เข้าร่วมการทำกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

กลุ่มช่วยเหลือตนเองจะช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ดูแล เมื่อได้รับฟังปัญหาจากสมาชิกคนอื่น ๆ ก็จะช่วยวิเคราะห้ถึงปัญหา ผู้ดูแลก็จะสามารถพัฒนาการวิเคราะห์และสามารถจำแนกได้ดีขึ้น และยังสนับสนุนถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติด้วย จากการศึกษาที่ฟิลลิปส์ (Phillips, 1990) ได้ศึกษาถึงการให้การสนับสนุนทางสังคมสำหรับพ่อแม่ที่มีลูกป่วยเป็นโรคเรื้อรังพบว่าพ่อแม่จะมีการสื่อสาร และเรียนรู้จากกลุ่มเพื่อนพ่อแม่ด้วยกันเอง มากกว่าจากเจ้าหน้าที่ และพ่อแม่บอกว่า ผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพน้อยคนที่จะเข้าใจข้อมูลหรือการดำรงชีวิตของเขาอย่างแท้จริง และการเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองนี้ยังทำให้ผู้ดูแลเด็กได้เรียนรู้ถึงปัญหาของผู้ดูแลเด็กคนอื่น ๆ และนำมาเปรียบเทียบกับปัญหาของตนเอง มีการประยุกต์การแก้ไขปัญหามาใช้กับปัญหาของตนเอง ทำให้ผู้ดูแลเด็กได้เห็นแบบอย่างที่ดีจากผู้ดูแลคนอื่น เป็นการจูงใจให้เกิดการปฏิบัติตาม และช่วยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน (Robinson, 1985) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของริสส์แมน (Riessman, 1998) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองโดยการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ตลอดจนปัญหาทางสุขภาพ และข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาหรือข้อคิดเห็นต่าง ๆ ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาค้ำค้ำกันจะช่วยส่งเสริม และพัฒนาการดูแลตนเองอีกรูปแบบหนึ่ง และจากแนวคิดของนิวตัน (Newton, 1984) ที่กล่าวว่าความร่วมมือของสมาชิกจะช่วยให้เกิดความเข้าใจ แสดงถึงความเอาใจใส่เป็นการให้กำลังใจ ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพโดยก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติ และพฤติกรรมของสมาชิกได้ นอกจากนี้จากการศึกษาของยอร์กและเชสเลอร์ (York & Chesler, 1984 cited by Stewart, 1990) มีการเสนอแนะว่าผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพ และ Self-help group ควรจะมีการรวมตัวกัน เพื่อสร้างการตอบสนองต่อพลังและการดูแลสุขภาพที่ทันสมัย โดยใช้ทฤษฎีเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติในปัจจุบัน พบว่า การช่วยเหลือตนเองโดยการใช้กลุ่มนั้นมีการแพร่หลายมากขึ้น เพราะสามารถช่วยผู้ป่วยในการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งวัตถุประสงค์ของกลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้นก็เพื่อส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมที่ดี

จะเห็นได้ว่าการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อบุคคลทุกกลุ่มทั้งในภาวะสุขภาพที่ปกติ หรือมีภาวะเจ็บป่วย ซึ่งในการช่วยเหลือนั้นมีผลต่อการเผชิญถึงความรู้สึก การปรับตัว การเผชิญปัญหาในรูปแบบต่าง ๆ ในแง่ที่พัฒนาขึ้น และรวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการดูแลตนเอง หรือดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาที่ดี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงคาดว่า การนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาเป็นบริการทางสุขภาพอย่างหนึ่ง จะมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียให้มีพฤติกรรมที่ดีขึ้นเช่นเดียวกัน