

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease หรือ stroke) เป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามต่อชีวิตของประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยสูงอายุ และเป็นโรคที่ติดอันดับ 1 ใน 5 ที่พบบ่อยในสหรัฐอเมริกา จากรายงานของสมาคมโรคหัวใจในสหรัฐอเมริกา (American Heart Association : AHA) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคนี้ 550,000-750,000 คนในแต่ละปี โดยเป็นสาเหตุการตายอันดับสามรองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง (Grant, 1996 ; Han & Haley, 1999 ; Fact sheet : Stroke Center, 2001) ส่วนในประเทศอื่น ๆ แถบตะวันตก พบอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่เกิดขึ้นใหม่ในแต่ละปีประมาณ 150-200 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคนต่อปี (Kelly-Hayes, 1991) ซึ่งพบมากในวัยสูงอายุมากกว่าวัยหนุ่มสาว คิดเป็นอัตราส่วน 6 : 1 (Hather, Durham, & Ricky, 1987) โดยพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี สูงถึงร้อยละ 80 (Whisnant, 1984 cited in Camp, Davis, Salter, & Pierce, 1995) และโรคนี้เป็นสาเหตุของความพิการอันดับแรกของผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา (Monahan & Neighbors, 1998) นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ ในวัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ (Easton, 1999) ในประเทศไทยนั้นพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเมืองสูงถึง 690 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (นิพนธ์ พวงวรินทร์, ยุพิน สุพุทธมงคล, และศุภชัย ไชยธีรพันธ์, 2539, หน้า 305) ประเมินการว่ามีผู้ป่วยโรคนี้ในปัจจุบันจำนวน 427,800 คนต่อประชากร 62 ล้านคน (สถาบันประสาทวิทยา, 2544) การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจึงนับว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ

หน่วยงานสำรวจโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ ของสหรัฐอเมริกา (National Survey of Stroke) ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกของโรคทางระบบประสาท ซึ่งเกิดขึ้นทันทีทันใดและมีอาการหรืออาการแสดงอยู่นานกว่า 24 ชั่วโมง มีสาเหตุจากหลอดเลือดสมอง โดยมีพยาธิสภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง กล่าวคือ การอุดตัน การตีบ หรือการแตกของหลอดเลือด (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534, หน้า 2-3) ในกรณีที่ผู้ป่วยรอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลือมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและชนิดของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีความบกพร่องของร่างกาย เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง อัมพาตครึ่งซีก กลืนอาหารลำบาก หรือกลืนไม่ได้ พูดไม่ได้

หรือพูดไม่ชัด สื่อภาษาไม่ได้ สับสน สูญเสียความจำ (Ragsdale, Yarbrough, & Lasher, 1993, pp. 156-157) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นฤกุล ตะบันพวงศ์, ช่อลดา พันธุเสนา, และนิศยา ตากวิริยนันท์ (2537, หน้า 10-11) ที่ศึกษาภูมิหลังและปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง กล่าวคือพบผู้ที่ดูแลตนเองไม่ได้ ร้อยละ 90.9 และกำลังกล้ามเนื้ออ่อนแรง ร้อยละ 68.7 ด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยรู้สึกเครียด กระสับกระส่าย วุ่นวาย ก้าวร้าว ไม่เป็นมิตรหรือแสดงพฤติกรรมที่ตรงกันข้าม เช่น เก็บตัว แยกตัวเอง ไม่ทำอะไร ไม่สนใจใคร การแสดงออกทางอารมณ์ที่พบบ่อยคืออารมณ์โกรธ ขุ่นเคือง วิตกกังวล ซึมเศร้า และรู้สึกหมดหวัง ส่วนทางด้านสังคม พบว่า บทบาททางสังคมลดลง รู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต (อรพรรณ ทองแดง, 2534, หน้า 623) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พวงน้อย อรุณ (2536) เกี่ยวกับปัญหาและสุขภาพจิตในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ร้อยละ 71.41 มีปัญหาสุขภาพจิต โดยปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความกลัว จากผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ดำรงชีวิตด้วยความยากลำบาก ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ไม่สามารถใช้ความสามารถของตนเพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ทั้งหมด จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือและดูแลจากผู้ดูแล (Galarnau, 1993)

จากรายงานการศึกษาวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มักเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติ พี่น้องผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยบุคคลดังกล่าวทำหน้าที่ดูแลสุขภาพและช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันอุบัติเหตุ การปฏิบัติกรดูแลเกี่ยวกับการรักษาของแพทย์ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และการดูแลระดับประครองด้านจิตใจของผู้ป่วย (นันทพร ศรีน้อม, 2545 ; สุวีรัตน์ ช่วงสวัสดิศักดิ์, 2541 ; สุดศิริ หิรัญขุนพะ, 2541 ; Subgranon & Lund, 2000 ; Teel, Duncan, & Lai, 2001) ซึ่งจากสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบกับผู้ดูแลทั้งทางบวกและทางลบ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผลกระทบด้านบวกนั้น ผู้ดูแลจะมีความสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น รู้สึกพึงพอใจในตนเอง มีคุณค่าในตนเอง ได้มีโอกาสตอบแทนบุญคุณ และมีความภาคภูมิใจ (Horowitz, 1985, p. 211 ; Subgranon & Lund, 2000, p. 171) ผลกระทบด้านลบต่อผู้ดูแล ได้แก่ ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการเงิน ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับครอบครัว และสังคม (Horowitz, 1985, p. 211 ; Lubkin, 1990, pp. 205-206) โดยผลกระทบทางด้านลบต่อร่างกาย พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลสุขภาพของตนเองไม่แข็งแรง เหนื่อย อ่อนล้า และนอนไม่หลับ (William, 1994, pp. 155-161) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่า ผู้ดูแลลืมนใจการดูแลตนเอง ทำให้มีปัญหาสุขภาพตามมา คือ การพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลากลางคืน การรับประทานอาหารไม่เป็น

เวลา บางรายเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย จนมีอาการปวดท้อง มีการเปลี่ยนแปลงแผนในการออกกำลังกาย ปวดหลัง ปวดเอว เนื่องจากการช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหวที่ไม่ถูกต้อง บางรายจะรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย อิดโรย (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2538, หน้า 3 ; จินตนา สมนึก, 2540 ; สุธศิริ หิรัญขุนหะ, 2541) ส่วนผลกระทบด้านลบต่อจิตใจและอารมณ์ จากงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่า ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระ วิตกกังวล และเกิดความเครียด (Matson, 1994 ; Periord & Arms, 1993 cited in Teel, Duncan, & Lai, 2001, p. 53) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศไทยของ จินตนา สมนึก (2540) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ภาระในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง โดยรับรู้ภาระในกิจกรรมการดูแลโดยตรงในเรื่อง การดูแลทอหยาใจ การดูแลเสมหะ การสนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์ในเรื่อง การอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย การพูดคุยให้กำลังใจและปลอบใจ และการดูแลกิจกรรมทั่วไปในเรื่อง การพาผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัด จากการศึกษาของ สจ๊วต, ทอมกิ้นส์, และรูล (Schulz, Tompkins, & Rau, 1988) พบว่า ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความเครียดมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ดูแล โดยระดับความเครียดสูงมากในช่วง 1 ปีหลังการเจ็บป่วย สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความเครียดในระดับปานกลาง (พรชัย จุลเมตต์, และยุพิน ถนัคฉะ, 2543) จากข้อมูลที่น่าเสนอจะเห็นได้ว่าความเครียดเป็นผลกระทบหนึ่งที่เกิดจากการดูแล ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ดูแลที่พบมาก

จากงานวิจัยที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในขณะดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย ปัญหาทางด้านการเงิน กิจกรรมที่ให้การดูแลผู้ป่วย ปริมาณงานที่มากเกินไป สภาพอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย (Subgranon & Lund, 2000, pp. 170-171) มีการศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 300 ราย ทำการศึกษาในโรงพยาบาลของรัฐบาลจำนวน 8 แห่ง ที่ตั้งอยู่ทั้ง 4 ภาคของประเทศไทยและกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียค่าใช้จ่ายสูงกว่าบุคคลธรรมดาทั่วไปมาก โดยเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ยคนละ 3,117 บาทต่อเดือน ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งส่วนตัว ครอบครัวและประเทศชาติ (วิวรรธน์ มุ่งเขตกลาง, 2541) กิจกรรมที่ให้การดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่หลายประการในการดูแลผู้ป่วย โดยดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันทั่วไป การอาบน้ำ การแต่งตัว การเดิน การรับประทานอาหาร การช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพที่เกี่ยวกับเรื่องการใช้ห้องน้ำ การประกอบอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การรับประทานยา การพาไปพบแพทย์ การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย รวมถึงการดูแลเรื่องความปลอดภัย (Kane & Kane, 2000, p. 321 ; Subgranon & Lund, 2000, pp. 170-171) จากภาระงานที่ผู้ดูแลต้องกระทำทำให้ผู้ป่วยและภาระงานบ้าน มีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด (นันทพร ศรีนัม, 2545,

หน้า 64) ส่วนสภาพของอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกิดความเครียด ได้แก่ ปัญหาเรื่องการรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ การกลืนยาลำบาก การพูดลำบาก ลำบาก อาการปวด ชัก ความรู้สึกอ่อนแรง ท้องผูก ท้องร่วง ความต้องการทางเพศสูง อารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว พฤติกรรมแบบเด็ก ๆ และการร้องขอความช่วยเหลือตลอดเวลา (Subgranon & Lund, 2000, p. 171) นอกจากนี้ความเครียดยังเกิดจากการที่ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ วิธีการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Rosenthal et al., 1993, pp. 148-152) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรทิพย์ พิมพ์สมาน, จริญญา สงวนเผ่า, และ พิณทิพย์ สีนุ้ย (2544, หน้า 20) ที่ศึกษาความต้องการของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 200 คน ผู้ดูแลต้องการคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 84.5 การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องนำส่งโรงพยาบาล ร้อยละ 78 การป้องกันการเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 65.5 การทำกายภาพบำบัด ร้อยละ 75

เมื่อผู้ดูแลเกิดความเครียดและไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ จะแสดงออกให้เห็นได้จากความรู้สึกเหนื่อยล้า ความเบื่อหน่ายต่อการดูแล ความอดทนน้อยลง ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย ความสามารถในการแก้ปัญหาหรือเผชิญปัญหาจากการดูแลลดลง และการดูแลตนเองลดลง (จอม สุวรรณโณ, 2541, หน้า 152 ; นันทพร ศรีนัม, 2545) สูญเสียการควบคุมสภาพจิตใจของตนเอง (psychological loss of control) ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการสูญเสียพลังอำนาจ (powerlessness) (Robert, 1978, p. 127) มีการศึกษาเกี่ยวกับการลดความเครียดของผู้ดูแล ได้แก่ การให้คำปรึกษา (ขนิษฐา ขลาสนธิ, 2544 ; ปรียานุช เทียมดาว, 2540 ; Wright, Litaker, Laraia, & Deandrade, 2002) การใช้ตัวแบบ (สุดา เทพศิริ, 2540) การฝึกอบรม (Done & Thomas, 2001 ; Ripich, 1994) การใช้กลุ่มบำบัด (มาลินี ปานพวงแก้ว, 2542 ; Hansell, Huughes, Caliendo, Susso, Budin, Hartman, & Hernandez, 2002 ; Vanden Heuvel, Witte, Stewart, Schure, Sanderman, & Meyboom, 2002) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Stewart, Doble, Hart, Langille, & MacPherson, 2002) การออกกำลังกาย (Castro, Wilcox, Sullivan, Baumann, & King, 2002) และการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Ducharme, Levesque, Gendron, & Legault, 2001) การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นวิธีการหนึ่งซึ่งสามารถลดความเครียดของผู้ดูแลได้ โดยวิธีการดังกล่าวจะไปลดการสูญเสียพลังอำนาจให้กับผู้ดูแลได้จากการที่ผู้ดูแลมีความสามารถในการควบคุมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น (Ducharme et al., 2001)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) เป็นกระบวนการการช่วยเหลือบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพของชีวิต ซึ่งทำให้นุคคลมีพลัง มีความพอใจและตระหนักในศักยภาพของตนเองในการรักษาสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทั้งในส่วนบุคคลและสังคมมาใช้ให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพ

ของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Gibson, 1991, p. 354) การสูญเสียพลังอำนาจ จะส่งผลให้ผู้ดูแลขาดการรับรู้บทบาทของตนเอง ขาดความสามารถในการตัดสินใจ รู้สึกโดดเดี่ยว อ่อนแอ และไม่สามารถที่จะควบคุมเกี่ยวกับการดูแลต่อไปได้ (Ducharme et al., 2001, p. 187) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องหาวิธีการป้องกันไม่ให้ผู้ดูแลเกิดการสูญเสียพลังอำนาจหรือส่งเสริมพลังอำนาจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล

สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองให้สามารถแก้ปัญหา และจัดการเกี่ยวกับการดูแลมีหลายวิธี ได้แก่ การจัดรูปแบบการดูแลสุขภาพ (สุดศิริ หิรัญขุนหะ, 2541) การสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ (พรชัย จุลเมตต์, 2540) การสอนและการฝึกทักษะ (จินนระรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ, 2540) ซึ่งวิธีการดังกล่าวเป็นการส่งเสริมความรู้และทักษะให้กับผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และทำให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยและตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจก็เป็นวิธีหนึ่งที่เหมาะสม ซึ่งเป็นแนวคิดสำคัญในการพัฒนาความสามารถของญาติผู้ดูแล คือ มุ่งเน้นที่การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแล มีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วย (caregiver participation) (Jewell, 1994, pp. 433-438 ; Laitinen & Isola, 1996, p. 94) โดยใช้วิธีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสิทธิภาพการดูแล ความรู้ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแล โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือ (Ducharme et al., 2001) สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้เหตุผลในการเลือกแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) มาประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแล เนื่องจากพบว่า แนวคิดดังกล่าวส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีอำนาจในการควบคุมตนเอง ช่วยทำให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาตนเอง จากการส่งเสริมความมั่นใจในการกระทำ มีการตัดสินใจที่ดี มีความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และจัดการในการดูแลตนเองได้ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ให้มีการรับรู้ประสิทธิผลแห่งตน และจัดหาแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่จะเป็นประโยชน์ต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้น (รวมพร คงกำเนิด, 2543, หน้า 120 ; จงรักษ์ อุดรราชต์กิจ, 2540 ; Gibson, 1991, p. 357) ดังเช่นการศึกษางานวิจัยในต่างประเทศ โดยการศึกษาถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการให้ข้อมูล เพื่อการสนับสนุนครอบครัวที่เป็นเนื้องอก และได้รับการรักษาแบบประคับประคอง จำนวน 19 ราย พบว่า ข่าวสารนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ให้การสนับสนุนความต้องการของครอบครัว ให้สามารถมีประสิทธิภาพในการดูแลที่ดี (Wilkes, White, & O'Riordan, 2000) และสอดคล้องกับการศึกษาวิธีการพัฒนาพลังอำนาจในยาซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของเด็กที่ติดเชื้อเอช ไอ วี (HIV) พบว่า ผู้เป็นย่าเกิดความรู้เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และสามารถจัดการกับการตัดสินใจได้ เพิ่มการรับรู้ทางจิตวิญญาณ และยังใช้พลังอำนาจนี้ให้มีอิทธิพลในทางบวกกับผู้ติดเชื้อรายอื่น (Hughes & Caliandro, 2000)

จากผลงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดี และทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้พลังอำนาจขึ้นได้ สำหรับในประเทศไทยจากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้นำแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจมาประยุกต์ใช้ในการบริหารทางการแพทย์ (กุลวดี มุทุมม, 2542 ; พนิดา รัตนไพโรจน์, 2542 ; มณี ลีศิริวัฒนกุล, 2540 ; สายฝน เอกวางกูร, 2542) และทางการแพทย์โดยใช้กับผู้ป่วย (จารุวรรณ จินดามงคล, 2541 ; พนารัตน์ เจนจบ, 2542 ; พะนอ เตชะอธิก, 2544 ; อุรา สุวรรณรักษ์, 2542) แต่ที่ผ่านมายังไม่มีรายงานการวิจัยศึกษาถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจในญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษารังนี้ เพื่อเพิ่มความสามารถให้กับผู้ดูแลในการควบคุมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง

ในการศึกษารังนี้ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson, 1993) มาประยุกต์ใช้ เพื่อมุ่งเพิ่มการรับรู้พลังอำนาจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และลดระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยคัดเลือกจังหวัดสมุทรสงคราม เป็นสถานที่ดำเนินการเนื่องจากการสำรวจสถิติของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า พบว่า ในปี พ.ศ. 2543 มีผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสูงถึงร้อยละ 59 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่มารับบริการในโรงพยาบาล (โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า, 2543) ผลการวิจัยครั้งนี้จะได้วิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพอื่นๆ ที่ปฏิบัติงานในชุมชน จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดแนวทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการควบคุมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพในการดูแลมากที่สุด

คำถามในการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีสูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุมหรือไม่
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนสูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุมหรือไม่
3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีสูงกว่าก่อนการทดลองหรือไม่
4. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลองหรือไม่

7. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น/1 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

8. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

9. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน

10. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มทดลองระหว่างหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน

สมมติฐานในการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

1. มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีสูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุม
3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนสูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุม
4. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีสูงกว่าก่อนการทดลอง
5. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลอง
6. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที
7. มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยความเครียด
8. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีต่ำกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุม
9. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนต่ำกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุม
10. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีต่ำกว่าก่อนการทดลอง

11. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนต่ำกว่าก่อนการทดลอง

12. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

เหตุผลสนับสนุนสมมติฐานในการวิจัย

กิบสัน (Gibson, 1991, p. 354) ได้กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการ การช่วยเหลือบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพของชีวิต ซึ่งทำให้ บุคคลมีพลังความสุข และตระหนักในศักยภาพของตนเองในการรักษาสุขภาพ ศักยภาพของ ตนเองในที่นี้ หมายถึง ความมีอำนาจในการควบคุมจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ มีการพัฒนาตนเอง จากการส่งเสริมความมั่นคง มั่นใจในการกระทำ มีการตัดสินใจที่ดี มีความพึงพอใจในตนเอง ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ กระทำได้โดย การค้นหาปัญหาตามสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และการคงไว้ ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Gibson, 1993)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามแนวคิดของ กิบสัน (Gibson, 1993) โดยมุ่งให้ ผู้ดูแลมีความสามารถในการควบคุมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยผู้วิจัยนำขั้นตอนการดำเนินงานทั้ง 4 ประการมาเป็นแนวทางในการจัด กิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นรายบุคคล ซึ่งมี วิธีการ ดังนี้

1. การค้นพบสภาพการณ์จริง และการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยการทำผู้วิจัย และผู้ดูแลได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อมูลข่าวสาร และประสบการณ์ร่วมกัน ผู้วิจัย กระตุ้นให้ผู้ดูแลได้ทบทวนสิ่งที่กระทำในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง การสาธิต วิธีการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ การให้ข้อมูลข่าวสารกับผู้ดูแลโดยการแนะนำและแจกคู่มือการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องแก่ผู้ดูแลไว้ประกอบการพิจารณา การตัดสินใจวางแผนการแก้ไขปัญหาและทบทวนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง และ การคิดวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน

2. การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม การที่ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันสรุป ปัญหา เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา และวางแผนการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

3. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยการให้ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ด้วยตนเอง การติดตามประเมินผลจากการสอบถามและการบันทึกผลการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแล ตามแผนที่วางไว้ รวมทั้งการให้แรงเสริมบวกโดยการกล่าวชมเชย แนะนำ ให้กำลังใจเมื่อผู้ดูแลมี การตัดสินใจในการวางแผนหรือปฏิบัติดูแลได้อย่างถูกต้อง

เมื่อสิ้นสุดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้มีการทบทวนกิจกรรมต่าง ๆ ที่ปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและตนเอง ค้นหาปัญหาและรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง มีความสามารถในการวางแผนทางในการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง รวมทั้งการที่ผู้ดูแลได้มีโอกาสปฏิบัติกิจกรรมการดูแลด้วยตนเอง จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นที่ สูงกว่าก่อนการทดลอง และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ดังรายงานการศึกษาของ พนารัตน์ เจนจบ (2542) เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคข้อและรูมาติซึม แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งอาศัยอยู่ที่บ้านจำนวน 10 ราย เลือกโดยเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยส่งเสริมการพัฒนาพลังอำนาจในตนเองของตัวอย่าง 2-4 ครั้งต่อเดือน โดยการเยี่ยมที่บ้านนาน 3 เดือน ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson, 1993) รวบรวมข้อมูลโดยบันทึกจากการสังเกตและอภิปราย ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้พลังอำนาจเพิ่มขึ้น พบว่าเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงภายหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ 1 เดือน และการรับรู้พลังอำนาจยังมีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและภายหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2 เดือน และ 3 เดือน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ

สมมติฐานข้อที่ 2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ หลังการทดลองเสร็จสิ้นที่ สูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุม

สมมติฐานข้อที่ 3 ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน สูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุม

สมมติฐานข้อที่ 4 ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ หลังการทดลองเสร็จสิ้นที่ สูงกว่าก่อนการทดลอง

สมมติฐานข้อที่ 5 ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง

สมมติฐานข้อที่ 6 ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

ความเครียด (stress) จะเกิดขึ้นและอยู่กับมนุษย์ตลอดเวลา หากบุคคลไม่สามารถปรับตัว หรือควบคุมความเครียดได้ ทำให้เกิดภาวะรุนแรงขึ้นและเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ (ปาหนัน บุญ-หลง, 2543, หน้า 18) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง คือ การขาดความรู้และทักษะในการดูแล กิจกรรมที่ให้การดูแลปริมาณงานมากเกินไป สภาพอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Kane & Kane, 2000, p. 321 ; Matson, 1994 ; Nydevik & Eller, 1994, pp. 155-161 ; Periord & Arms, 1993 cited in Teel, Duncan, & Lai, 2001, p. 53 ; Subgranon & Lund, 2000, pp. 170-171) โดยผู้ดูแลจะแสดงพฤติกรรมที่สะท้อนถึงความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ เบื่อหน่ายชีวิต หมกมุ่นใจที่จะต่อสู้กับสิ่งต่าง ๆ หรืออีกนัยหนึ่งเกิดการสูญเสียพลังอำนาจ (พะนอ เตชะอธิก, 2544, หน้า 47)

ในการทดลองนี้ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อลดปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โปรแกรมนี้มุ่งให้ผู้ดูแลมีการฝึกทบทวนคิดวิเคราะห์ปัญหา การหาสาเหตุและอุปสรรคของปัญหานั้น โดยการสะท้อนคิดแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้วิจัยกับผู้ดูแล เมื่อทราบปัญหาและสาเหตุแล้วร่วมกันวางแผนหาแนวทางแก้ไขปัญหานั้นที่ผู้ดูแลประสบอยู่ ผู้วิจัยทำหน้าที่เสริมความรู้และทักษะให้กับผู้ดูแลในประเด็นปัญหาที่ผู้ดูแลไม่ทราบหรือเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เป็นต้น นอกจากนี้ผู้วิจัยเสริมความรู้และทักษะให้กับผู้ดูแลในประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เช่น การดูแลสุขภาพตนเอง การจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการดูแล เป็นต้น เมื่อผู้ดูแลมีการตัดสินใจในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและตนเองได้ด้วยตนเอง สามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยและตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม รวมถึงมีการประเมินผลการปฏิบัติ รวมทั้งการใช้แรงเสริมบวก ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการกระทำ เกิดกำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

วิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถลดปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดจากการดูแลได้ เนื่องจากกระบวนการดังกล่าวส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในความสามารถที่จะควบคุมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลตนเองได้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดัชอาร์ม และคณะ (Ducharme et al., 2001) เรื่อง การพัฒนากระบวนการและการประเมินคุณภาพของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแล เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างเป็นบุตรจำนวน 9 คน คู่สมรสจำนวน 8 คนของผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม ใช้วิธีการ

เสริมสร้างพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลและผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีระยะเวลาดำเนินการ 10 สัปดาห์ ขั้นตอนการดำเนินการ 10 ขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีพลังอำนาจ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น สามารถลดความเครียดและความซึมเศร้าของผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยได้

เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแลมีการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลตนเองครบทุกเรื่องที่คุณดูแลประสบปัญหา ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองดีขึ้น จึงทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และการที่คุณดูแลประสบผลสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรมให้กับผู้ป่วยและการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการกระทำ และมีกำลังใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้ดีขึ้นและยังคงมีการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ต่อไป ประกอบกับการที่ได้รับรู้มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นสื่อที่ใช้เป็นข้อมูลให้ผู้ดูแลได้ทบทวนความรู้ ผู้ดูแลจึงสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม จึงทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 7 มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองต่อคะแนนเฉลี่ยความเครียด

สมมติฐานข้อที่ 8 ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีต่ำกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุม

สมมติฐานข้อที่ 9 ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนต่ำกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มควบคุม

สมมติฐานข้อที่ 10 ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีต่ำกว่าก่อนการทดลอง

สมมติฐานข้อที่ 11 ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนต่ำกว่าก่อนการทดลอง

สมมติฐานข้อที่ 12 ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ จะก่อให้เกิดประโยชน์หลายประการ ดังต่อไปนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน ตลอดจนบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น ๆ สามารถนำวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ไปประยุกต์ใช้ เพื่อเพิ่มการรับรู้พลังอำนาจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และลดระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

1.2 พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล สามารถนำไปประกอบการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้ร่วมกับแผนการติดตามการเยี่ยมบ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์บริการสุขภาพชุมชน (Primary Care Unit : PCU) เพื่อติดตามการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลสามารถนำการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ประกอบการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาพยาบาลนำไปเป็นทางเลือกในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการรับรู้พลังอำนาจ และลดความเครียดในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

3. ด้านการวิจัย นักวิจัยหรือผู้ที่สนใจค้นคว้าสามารถนำวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยครั้งนี้ ไปประยุกต์และทดลองใช้กับผู้ดูแลโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ และขยายผลไปทดลองในสถานที่อื่น ๆ ต่อไป

ขอบเขตในการวิจัย

ประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตจังหวัดสมุทรสงคราม ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองเมื่อเข้ารับการรักษา ที่คลินิกอายุรกรรมแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม ในปี พ.ศ. 2545

ตัวแปรในการวิจัย ประกอบด้วย ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ การเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2. ตัวแปรตาม คือ การรับรู้พลังอำนาจ และระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

นิยามศัพท์

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การดำเนินการอย่างมีแบบแผน ตามแนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson, 1993) เพื่อช่วยพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองให้มีความสามารถในการควบคุมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองได้ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยผู้วิจัยดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอนตามแผนที่วางไว้ที่บ้านผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล การร่วมกันค้นหาปัญหาต่าง ๆ จากการดูแลโดยการสะท้อนคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ การให้ข้อมูลข่าวสาร การสาธิต การคิดวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน ร่วมกันสรุปปัญหา เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา และวางแผนแนวทางแก้ไขปัญหา รวมทั้งร่วมกันประเมินผลการแก้ไขปัญหา ปรับปรุงแนวทางการแก้ไขปัญหาใหม่ และการส่งเสริมและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงานและเสริมความรู้เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองในหน้าที่ผู้ดูแลไม่ทราบหรือเข้าใจไม่ถูกต้อง การแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีการทบทวนความรู้และเป็นแนวทางในการตัดสินใจวางแผนแก้ไขปัญห โดยไม่มีเป้าหมายให้ผู้ดูแลมีการรับรู้พลังอำนาจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และลดความเครียด ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการตามโปรแกรมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์

การได้รับบริการทางสุขภาพตามปกติ หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำคลินิกอายุรกรรม ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งคราว ขณะรอรับการตรวจจากแพทย์ ณ บริเวณหน้าห้องตรวจคลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ด้วยการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง อาการ การรักษา การปฏิบัติตนในการควบคุมโรคในเรื่อง การรับประทานอาหาร การรับประทานยา อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ การมาตรวจตามนัด

การรับรู้พลังอำนาจ หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลที่มั่นใจว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยประเมินจากการใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson, 1993) ซึ่งครอบคลุมถึงความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลตนเอง

ระดับความเครียด หมายถึง ความรู้สึกกดดัน ความวิตกกังวล ความไม่สบายใจ ความขัดแย้งในใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับสถานการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมอง ประเมินได้โดยใช้แบบวัดความเครียดของผู้ดูแล (caregiver stress interview) ของ ซาริท (Zarit, 1990)

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว หรือมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย เช่น สามี ภรรยา บุตร บุตรเขย บุตรสะใภ้ หลาน หรือญาติ พี่น้องที่มีหน้าที่ให้ความช่วยเหลือและจัดเตรียมให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในรูปค่าจ้าง

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อเข้ารับการตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงครามในปี พ.ศ. 2545 และต้องการการดูแลจากผู้ดูแลในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่การพึ่งพาระดับปานกลาง จนถึงการพึ่งพาระดับรุนแรงมาก โดยประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Modified Barthel Activity Daily Living Index : BAI) ของ คอลลิน และคณะ (Collin et al., 1988) ซึ่งนำมาแปลและดัดแปลงโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (Jitapunkul et al., 1994)

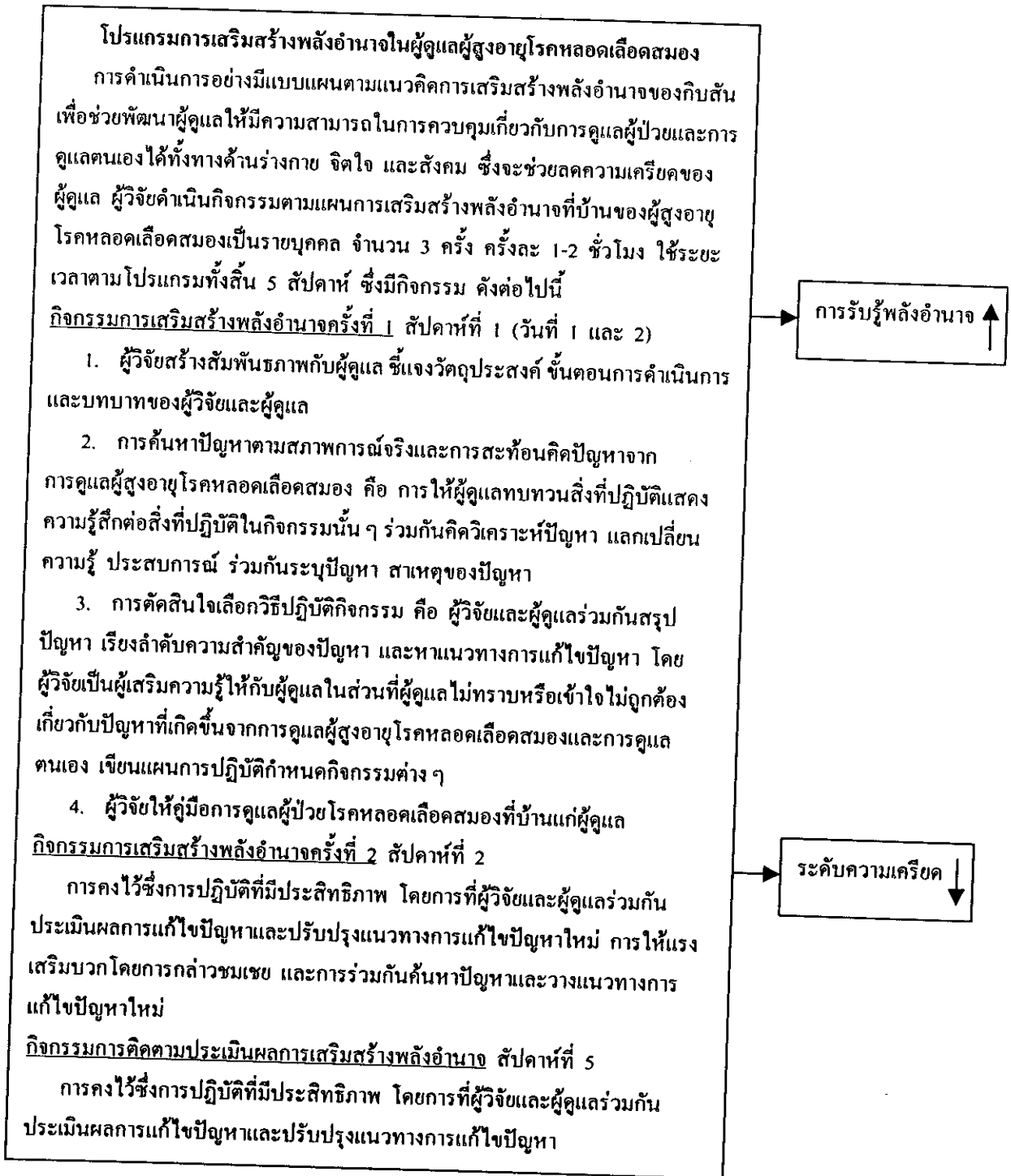
กลุ่มทดลอง หมายถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 10 คน ที่ได้รับบริการทางสุขภาพตามปกติและได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่บ้านของผู้ป่วยในเขตจังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 3 ครั้ง โดยผู้วิจัยดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีระบบเป็นขั้นตอนตามแผนที่วางไว้ ระหว่างวันที่ 28 สิงหาคม – 4 พฤศจิกายน 2545

กลุ่มควบคุม หมายถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 10 คน ที่ได้รับบริการทางสุขภาพตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำคลินิกอายุรกรรม โดยให้ความรู้เป็นรายกลุ่มแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นครั้งคราว ขณะรอรับการตรวจจากแพทย์ ณ บริเวณห้องตรวจอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ระหว่างวันที่ 25 สิงหาคม – 27 ตุลาคม 2545

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย (conceptual framework)