

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพอนามัยของคนไทยมีการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากการก้าวหน้าทางการแพทย์และเทคโนโลยีในการรักษา มีผลทำให้ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น ประกอบกับประชากรของประเทศมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตเปลี่ยนไปทั้งในด้านสังคม เศรษฐกิจ การดำรงชีวิตประจำวัน การรับประทานอาหารและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปมีผลทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคมะเร็งและปัญหาโรคเรื้อรังได้กลายเป็นปัญหาที่สำคัญซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease หรือ COPD) เป็นโรคเรื้อรังที่สำคัญกลุ่มหนึ่งในระบบทางเดินหายใจที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนล่าง ในสหรัฐอเมริกาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับ 4 ในปัจจุบันผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและคาดว่าจะเพิ่มขึ้นใน ค.ศ. 2020 ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีความพิการจากการเจ็บป่วยเป็นอันดับ 4 ของโรคเรื้อรัง สำหรับในประเทศไทย ผู้ป่วยโรคปอดมีแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น จากรายงานสถิติกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุขพบว่าสาเหตุการตายจากโรคปอดอักเสบและโรคปอดอื่น ๆ ปี พ.ศ. 2543, พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2545 มีจำนวน 15.0, 18.0 และ 21.1 คนต่อประชากร 100,000 คนตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี, 2546) สำหรับในในภาคกลางพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังของระบบหายใจ พ.ศ. 2544, พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2546 มีจำนวนผู้ป่วย 112,155, 114,350, 18,602 คน จะพบว่าการเพิ่มขึ้นตามลำดับ จากสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในจังหวัดชัยนาทเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคกลางที่มีการเพิ่มขึ้นตามลำดับซึ่งพบว่าในปี พ.ศ. 2544, 2545 และ 2546 มีผู้ป่วย 378 คน, 348 คนและ 430 คนตามลำดับ (งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลชัยนาท, 2546) ซึ่งจำนวนการป่วยเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 23.56

โรคนี้เป็นโรคที่มีความรุนแรงและก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพอย่างมาก มีลักษณะการดำเนินโรคอย่างช้า ๆ แบบค่อยเป็นค่อยไปอย่างเรื้อรัง และเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อาการสำคัญของโรคที่พบบ่อยคือ อาการหายใจลำบากและจะมีอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามระดับความรุนแรงของโรค (Fishman, 1994 อ้างถึงใน จันทรจิรา วิรัช, 2544) หอบเหนื่อย เหนื่อย

หลังออกแรงไปไหนไม่ค่อยไหวต้องนั่ง ๆ นอน ๆ อยู่ในบ้าน ไม่มีแรง ใจเป็นพัก ๆ จากพยาธิสภาพของโรคนี้มีผลต่อผู้ป่วยทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วย สามารถช่วยเหลือตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ การเคลื่อนไหวได้ในขอบเขตจำกัด นอนไม่หลับ วิตกกังวล ไม่อยาก มีส่วนร่วม เบื่อไม่สนใจชีวิต รู้สึกหมดหวัง ความจำไม่ดีและแยกตัว (Kinsman et al., 1983) ได้มีการศึกษาจากอุบัติการณ์การเกิดโรคพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่พบมักจะมีอายุ 40 ปีขึ้นไป (Hanson, 1997) และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะปรากฏอาการรุนแรงเมื่อมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปซึ่งก็ยิ่งจะทำให้อาการของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น เพราะจากการเสื่อมของร่างกายเองและจากพยาธิสภาพของโรคที่มีความรุนแรงระดับที่ 3 ขึ้นไป (Chang, 1995) ดังการศึกษาของ Engstrom et al. (1996) พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากรุนแรง มีความบกพร่องมากที่สุดในการเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร การนอนหลับ การจัดการภายในบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2540) พบว่าผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบากมากขึ้นและบ่อยครั้งแม้แต่การรับประทานอาหาร ก็ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลีย เบื่ออาหารและมีขีดจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ Leidy (1995) ว่าจากผลกระทบของโรคทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงเรื่อย ๆ เช่น การอาบน้ำ การทำอาหาร การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดที่พัก จนในที่สุดไม่สามารถทำอะไรได้เลยนอกจากนอนพักอยู่บนเตียง ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องลดบทบาทของตนเองลงหรือบางคนไม่สามารถแสดงบทบาทเดิมของตนเองได้เลย นอกจากนั้นยังต้องการผู้ใกล้ชิดหรือผู้อื่นแสดงบทบาทเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้นด้วย (ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมศักดิ์ ศรีสันติสุข (2539) ว่าโดยทั่วไปผู้ป่วยจะต้องลด กิจกรรมต่าง ๆ ทั้งกิจกรรมส่วนตัวและแสดงบทบาทในครอบครัวและสังคม ซึ่งจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรังนี้ จำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลรอบข้าง ส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น บุตร หลาน คู่สมรส ในลักษณะการพึ่งพานั้นตามความรุนแรงของโรค การดูแลที่ผู้ป่วยต้องการจึงเป็นการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (Bower, 1987)

บทบาทในการดูแล ซึ่งผู้ดูแลต้องสามารถดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายประกอบด้วย การดูแลกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลความสะอาดร่างกายเสื้อผ้า การรับประทานอาหารและยา ดูแลการหายใจ ดูแลเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกาย การไปพบแพทย์ตามนัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และดูแลจิตใจสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและปลอดภัย การดูแลด้านจิตสังคม ประกอบด้วย การยอมรับและเข้าใจ อารมณ์ของผู้ป่วย การส่งเสริมความมั่นใจและให้กำลังใจผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับครอบครัว (สุดศิริ หิรัญขุนหะ, 2541, หน้า 84) และยังพบว่าผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีความก้าวหน้าของโรคมักมีความต้องการ การดูแลจากผู้ดูแลในเรื่อง การแต่งตัว การทำ

อาหาร งานบ้าน ดูแลจัดการเรื่องยาและการออกกำลังกาย เป็นต้น (Elaine, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sexton and Monro (1988) กล่าวว่าเมื่อพยาธิสภาพของโรคมีความก้าวหน้ามากขึ้น ผู้ดูแลจะต้องดูแลช่วยเหลืออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยตลอดชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Alayne (2004) เป็นการศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่าผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ให้ความรักและ การช่วยเหลือด้านการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นพฤติกรรมดูแลที่ผู้ดูแลพึงปฏิบัติเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า มีการศึกษาน้อย และมีการศึกษาเฉพาะพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในภาพรวมไม่เจาะจงชนิดของโรค ดังการศึกษาของยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) พบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีพฤติกรรมการดูแลที่ระดับปานกลาง 4 ด้าน คือ การแสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งทางด้านบวกและด้านลบ การจัดหรือการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย การมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริง และการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต พฤติกรรมการดูแลที่ระดับน้อยมี 4 ด้าน เช่นกัน คือ การชี้แนะและให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสมแก่ผู้ป่วย การให้กำลังใจและให้ความหวัง สอดคล้องกับการศึกษาของ ยูพาพิน ศรีโพธิ์งาม (2545 ข) ว่าคุณภาพการดูแลผู้ป่วยไม่ดีเท่าที่ควรเกิดจากภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจที่เสื่อมถอยลง ซึ่งผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ คุณค่าในตนเองลดลง ขาดข้อมูลในการดูแล หากผู้ดูแลไม่ได้รับการสนับสนุนสิ่งเหล่านี้ผู้ดูแลจะมีพฤติกรรมการดูแลที่ไม่ดีเท่าที่ควร (Kanervis, Paavilainen & Astedt-Kurki, 2003) จะเห็นว่าสาเหตุที่ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลไม่ดีเท่าที่ควรนั้นเกิดจาก ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเป็นตัวของตัวเอง ความอึดื้อ รู้สึกท้อแท้ เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นผลกระทบจากการดูแล

จะเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ทำให้มีผลกระทบกับผู้ดูแลทั้งทางด้านบวกและลบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะผลกระทบด้านลบต่อผู้ดูแล ได้แก่ ท้อแท้ไม่มีความเชื่อมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ปัญหาสุขภาพ ปัญหาการเงิน ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับครอบครัวและสังคม (Horowitz, 1985, p. 211; Lukin, 1990, pp. 205 – 206) ผลกระทบกับผู้ดูแลด้านร่างกาย คือ การรู้สึกเป็นภาระ มีความเหนื่อยล้า ผักผ่อนไม่เพียงพอ ขาดการดูแลตนเอง ส่วนด้านจิตใจ คือ หดหู่กำลังใจทำงาน ท้อแท้ ความเครียด จากการขาดความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด (นันทพร ศรีนัม, 2545, หน้า 144) สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Davidhizar, 1994) ยังมีการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในผู้ป่วยมะเร็งของ Lackey-Wingat (1989 อ้างถึงใน

นันทพร ศรีนัม, 2545) พบว่า ผู้ดูแลต้องการข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ดูแลต้องมีเพื่อช่วยเหลือในการประกอบกิจกรรมในการดูแลให้มีประสิทธิภาพ ต้องการการประทับประคองทางด้านจิตใจ และความต้องการการสร้างพลังทางจิตวิญญาณ ซึ่งถ้าผู้ดูแลไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการเหล่านี้มีผลให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเองของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ (Powerlessness) (Robert, 1987, p. 127) การเกิดภาวะไร้พลังอำนาจจะส่งผลให้ผู้ดูแลขาดการรับรู้บทบาทของตนเอง ขาดความสามารถในการตัดสินใจรู้สึกโดดเดี่ยว อ่อนเพลีย และไม่สามารถที่จะควบคุมเกี่ยวกับการดูแลต่อไปได้ (Ducharme, Levesque, Gendon & Legault, 2001, p. 187) จึงจำเป็นต้องหาวิธีการป้องกันไม่ให้ผู้ดูแลเกิดภาวะไร้พลังอำนาจหรือส่งเสริมพลังอำนาจเกี่ยวกับการดูแลให้กับผู้ดูแล

กลวิธีการปรับพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพและเพิ่มพลังอำนาจในการดูแลนั้น มีหลายวิธีการ เช่น การให้คำปรึกษา การใช้การสอน (ปานจิตต์ เอี่ยมสำอางค์, 2546) การฝึกอบรม โดยวิธีดังกล่าวเป็นการส่งเสริมเพิ่มความรู้และทักษะให้กับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย แต่พบว่าพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้ดูแลใช้และไม่ใช้กลวิธีเหล่านี้ แต่การเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน น่าจะเป็นอีกวิธีหนึ่งที่มีความสำคัญเนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการกระตุ้นให้ ผู้ดูแลค้นพบและยอมรับสภาพการณ์จริงที่เป็นอยู่ สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณในสถานการณ์นั้น ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยตนเองและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Gibson, 1993) จึงทำให้ผู้ดูแลสามารถจัดการให้เกิดความสมดุลได้ด้วยตนเอง โดยการควบคุมจิตใจ การแสดงพฤติกรรมและการแสวงหาทรัพยากรจากภายนอก ส่งผลให้ผู้ดูแลจัดการดูแลได้ทุกอย่างให้กับผู้ป่วยได้เนื่องจากทำให้ผู้ดูแลค้นหาปัญหาของตนเองได้ (กำไล สมรักษ์, 2545) ซึ่งจะนำไปสู่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งในการเปลี่ยนแปลง ระดับบุคคลและระดับกลุ่มคน เนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็น การกระบวนกรช่วยเหลือบุคคลเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต ซึ่งทำให้บุคคลมีพลัง มีความผาสุกและตระหนักในศักยภาพของตนเองในการรักษาสุขภาพในการพัฒนาความสามารถของญาติผู้ดูแล คือ มุ่งเน้นให้มีการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแล (Caregiver Participation) (Jelwell, 1994, pp. 433 – 438) ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 9 ที่เน้นประชาชนแสดงศักยภาพของตนเองสามารถพึ่งพาตนเองมีจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งในระดับบุคคล และสมาชิกในครอบครัว

จากวิจัยที่ผ่านมาได้มีการใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มผู้ดูแลน้อยส่วนใหญ่เป็น การศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการให้ข้อมูล เพื่อการสนับสนุน ครอบครัวที่เป็นเนืองอก พบว่าข่าวสารนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่ให้การสนับสนุนความต้องการของ

ครอบครัวยังสามารถมีประสิทธิภาพในการดูแลที่ดี (Wikes, White & O' Riordan, 2000) สำหรับในประเทศไทยได้มีการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจมาประยุกต์ใช้ทางการแพทย์พยาบาลด้านต่าง ๆ เช่น ด้านบริหารการพยาบาล พบว่าเมื่อพยาบาลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีการรับรู้พลังอำนาจและมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานที่ดี (กุลวรี มุทุมม, 2542; พนิดา รัตนไพโรจน์, 2542; มณี ลีศิริวัฒนกุล, 2540) และด้านปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคต่าง ๆ พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้พลังอำนาจเพิ่มขึ้นสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น (จารุวรรณ จินตามงคล, 2541; พนารัตน์ เจนจบ, 2542; พะนอ เตชะอธิก, 2541) แต่มีรายงานการวิจัยเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในญาติผู้ดูแลน้อย และเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในญาติผู้ดูแลโรคอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่ในผู้ดูแลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น การศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (ศรีรัตน์ คุ่มสิน, 2546) พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้พลังอำนาจเพิ่มขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านโดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน ในจังหวัดชัยนาทการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านก็ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ท้อแท้ไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเหนื่อยล้า เกิดภาวะไร้พลังอำนาจ ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าผลของการมีพลังอำนาจช่วยให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาตนเอง การส่งเสริมความมั่นคงในการกระทำ มีการตัดสินใจที่ดี และจัดการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ให้มีการรับรู้สิทธิประโยชน์แห่งตน และจัดหาแหล่งประโยชน์ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้น (รวมพร คงกำเนิด, 2543, หน้า 120; จงรักษ์ อุดรารัตน์กิจ, 2540; Gibson, 1991, p. 357) และผู้ดูแลจะคงไว้และสร้างพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างเหมาะสมช่วยให้ผู้ดูแลมีกระบวนการคิดแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองอย่างมีระบบผลการวิจัยครั้งนี้จะได้วิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งพยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพอื่น ๆ ในชุมชน จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดแนวทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการควบคุมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพในการดูแลมากที่สุด

คำถามการวิจัย

ผู้ดูแลมีการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจหรือไม่ และดีกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน
2. ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีการรับรู้พลังอำนาจดีกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง
3. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังดีกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ
4. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง

ขอบเขตในการวิจัย

การศึกษานี้ มุ่งศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ และพฤติกรรมการดูแลที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีภูมิลำเนาในเขตจังหวัด ชัยนาทและได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชัยนาท จังหวัดชัยนาท ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม 2547

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น: การเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตัวแปรตาม: การรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามแนวคิดของวัตสัน ซึ่งครอบคลุมพฤติกรรม 10 ด้าน ได้แก่

1. ให้ความเมตตาต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลแสดงออกซึ่งความรัก ความเอ็นดู ความเอื้อเฟื้อ เอาใจใส่ สนใจดูแลให้ความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ โดยไม่หวังสิ่งตอบแทนหรือค่าจ้างรางวัลใดๆ
2. ให้กำลังใจและให้ความหวัง หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลให้กำลังใจ ชมเชย แสดงความชื่นชมทั้งท่าทีและคำพูด ได้แก่การยกย่อง ชมเชย และให้การดูแลอย่างกระตือรือร้น กระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมองเห็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่เป็นไปในทางที่ดีขึ้นของตนเอง
3. สังเกตและตอบสนองความต้องการได้อย่างทันท่วงที หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลสังเกตปฏิบัติการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปฏิบัติตามกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมและทันต่อเหตุการณ์
4. มีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลแสดงต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างเป็นธรรมชาติ มีความสม่ำเสมอและเป็นตัวของตัวเอง มีความเอาใจเอาใจ เป็นกันเอง และใช้คำพูดที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่มีความขัดแย้งกันระหว่างความรู้สึกและพฤติกรรมการแสดงออก
5. แสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งทางบวกและทางลบ หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลแสดงออกถึงความเข้าใจว่าพฤติกรรมที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแสดงออกมานั้นมีความหมาย และมีความต้องการบางอย่าง โดยไม่ด่วนสรุปหรือตัดสินปัญหานั้นๆ
6. แก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุและผล หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลค้นหาสาเหตุของปัญหาหรือพฤติกรรมและอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พิจารณาวางแผนและปฏิบัติการให้การช่วยเหลืออย่างเป็นเหตุเป็นผล
7. ชี้แนะหรือให้ข้อมูลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลมีพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถให้การดูแลตนเองตามศักยภาพของตนเอง
8. จัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัย หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมโดยสร้างบรรยากาศภายในบ้านให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีความเป็นอยู่ที่ดี และรู้สึกปลอดภัย

9. ตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ได้แก่ ความต้องการด้านร่างกาย เช่น อาหาร น้ำ การพักผ่อน การออกกำลังกาย และความต้องการด้านจิตสังคม

10. ช่วยให้เกิดความเข้าใจในผู้ป่วย หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลส่งเสริมสนับสนุน ปรึกษาปรึกษา ให้อาสาสมัครโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดความเข้าใจความเป็นจริงของสิ่งที่เกิดขึ้น การอยู่อย่างมีความหมาย และเห็นความสำคัญของการมีชีวิตอยู่โดยพฤติกรรมดูแลประเมินจากแบบวัดพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการดูแลของวัตสัน (Watson, 1985) ซึ่งครอบคลุมถึงพฤติกรรมที่ผู้ดูแลกระทำในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การรับรู้พลังอำนาจ หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลที่มั่นใจว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมโดยประเมินจากการใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง โปรแกรมกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson, 1993) เป็นกระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและประยุกต์เนื้อหาในการดูแลตามแนวคิดของวัตสัน (Watson, 1985)

ผู้ดูแล หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือเป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา บุตร บุตรเขย บุตรสะใภ้ หลาน หรือญาติพี่น้องที่เป็นผู้ดูแลหลักไม่รับค่าตอบแทนให้ความช่วยเหลือและจัดเตรียมให้การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น

ผู้ที่ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เมื่อเข้ารับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชยันต จังหวัดชยันต ในปีพ.ศ. 2545 และ 2546 และต้องการการดูแลในการประกอบกิจวัตรประจำวันตั้งแต่การพึ่งพาระดับปานกลาง จนถึงการพึ่งพาระดับรุนแรงมาก

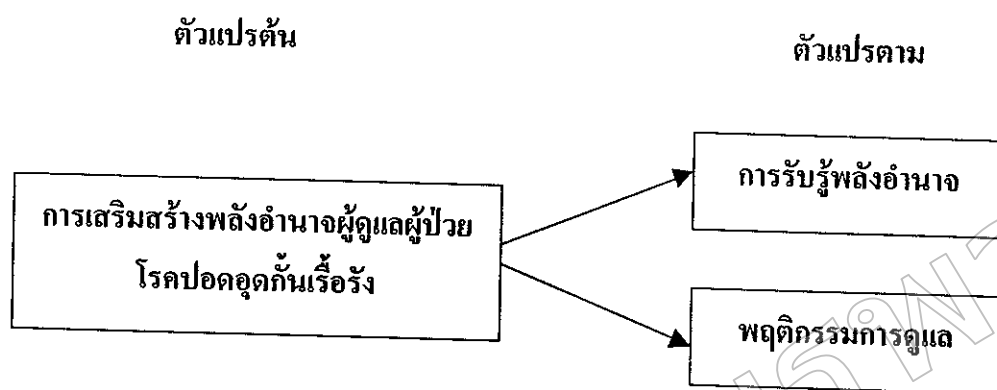
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน ตลอดจนบุคลากรสุขภาพอื่นสามารถนำวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไปประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. ได้ข้อมูลเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าวิจัยทางการแพทย์พยาบาลในประเด็นอื่น ๆ
เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน
3. ได้ข้อมูลเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ประกอบการศึกษาทางการแพทย์พยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลและการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยบูรณาการแนวคิดของกิบสันในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและประยุกต์เนื้อหาในการดูแลตามแนวคิดของ Watson (1985) โดยประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล การร่วมกันค้นหาปัญหาต่าง ๆ จากการดูแลผู้ป่วยและของผู้ดูแลเองโดยการสะท้อนคิดแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อมูลข่าวสาร ประสพการณ์ ร่วมกันสรุปปัญหาและร่วมวางแผนทางการแก้ไขปัญหาลงใน (Mind Map) ผังความคิด พร้อมทั้งร่วมตัดสินใจแก้ปัญหาที่เหมาะสม ปรับปรุงพฤติกรรมให้การดูแลตามแบบแผนที่กำหนดร่วมกัน และการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประสานงานและเสริมความรู้เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองในส่วนที่ผู้ดูแลไม่ทราบหรือเข้าใจไม่ถูกต้อง เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจวางแผนการแก้ปัญหา โดยมีเป้าหมายให้ผู้ดูแลมีการรับรู้พลังอำนาจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น โดยให้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังใช้เวลา 5 สัปดาห์ 3 ครั้ง ห่างกัน 1 และ 3 สัปดาห์ตามลำดับ ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือ ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลและการรับรู้พลังอำนาจที่ดีขึ้น โดยผู้วิจัยได้สร้างกรอบแนวคิดไว้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย