

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) หมายถึง กลุ่มอาการทางระบบประสาทอันเป็นผลจาก เซลล์สมองถูกทำลายอย่างช้า ๆ และต่อเนื่อง ส่งผลให้บุคคลมีการสูญเสียความจำและความ ผิดปกติด้านเชาว์ปัญญาอย่างน้อย 1 ด้าน เช่น การใช้ภาษา การระบุสิ่งของ การคิด การตัดสินใจ การเคลื่อนไหว โดยที่ระดับความรู้สึกรักษาตัวปกติ และอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงจนเป็นอุปสรรค ต่อการใช้ชีวิตในสังคม (Alzheimer's Association, 2010) กลุ่มอาการสมองเสื่อมเกิดได้จากหลาย สาเหตุด้วยกันแต่โรคอัลไซเมอร์เป็นสาเหตุที่พบเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 60 – 70

(Ham, Sloane, Warshaw, Bernard, & Flaherty, 2007, p. 220; Landefeld, Palmer, Johnson, Johnston, & Lyons, 2004, p. 60; O'Brien, Ames, & Burns, 2000, p. 32; Porth, 1998, p. 914) และเป็นความเสื่อมของเนื้อเยื่อสมองที่ไม่อาจรักษาได้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแปรปรวน บุคลิกภาพ เปลี่ยนแปลง แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม สูญเสียความสามารถในการประกอบอาชีพ และการ ดูแลตนเองในที่สุด ทุกขภาวะจึงตกแก่ผู้ดูแลอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ภาวะสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการของความเจ็บป่วยเรื้อรังชนิดหนึ่งที่พบมากในวัยสูงอายุ เนื่องจากแนวโน้มอายุขัยเฉลี่ยของมนุษย์ยืนยาวขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะปัจจุบันสหรัฐอเมริกา พบอัตราความชุกของโรคอัลไซเมอร์และภาวะสมองเสื่อมประมาณ 5.3 ล้านคน ในจำนวนนี้ เป็นผู้ที่มียู่มากกว่า 65 ปี จำนวน 5.1 ล้านคน เป็นสาเหตุการตายของกลุ่มผู้สูงอายุอันดับที่ 7 คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2050 จำนวนจะเพิ่มเป็น 11 – 16 ล้านคน มากกว่าร้อยละ 60 เป็นผู้สูงอายุ ตอนปลาย ทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม อาจมีมูลค่ามากถึง 172,000 ล้าน ดอลลาร์ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Alzheimer's Association, 2010) สำหรับประเทศ ไทยนั้นพบว่าสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยปี พ.ศ. 2551 มีประชากร ผู้สูงอายुर้อยละ 11.16 ปี พ.ศ. 2552 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.47 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.82 ในปี พ.ศ. 2553 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551, 2552, 2553) ส่งผลให้อัตรา ความชุกของภาวะสมองเสื่อมพบสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นตามไปด้วย จากการสำรวจสุขภาพ สุขภาพ ประชาชน พ.ศ. 2539-2540 ซึ่งเป็นการศึกษาระดับชาติ พบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมตาม กลุ่มอายุในผู้สูงอายุไทยไม่แตกต่างจากที่พบในต่างประเทศโดยมีอัตราความชุกประมาณร้อยละ 1.0 – 1.2 ในกลุ่มอายุ 60 – 69 ปี ร้อยละ 3.5 ในกลุ่มอายุ 70 – 79 ปี ร้อยละ 10.1 – 13.0

ในกลุ่มอายุ 80 – 89 ปี และร้อยละ 31.3 ในกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไป จะพบว่าความชุกเพิ่มขึ้นประมาณ 3 เท่าในทุกช่วงอายุ 10 ปี (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ และ ไพบุญย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2542)

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมระยะแรกยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มักหลงลืมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ มีความสนใจต่อสุขอนามัยส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อมลดลง เมื่อเข้าสู่ระยะปานกลางความจำเก่า ๆ เริ่มเสียไป สับสนเกี่ยวกับเวลา สถานที่ เริ่มมีบุคลิกภาพเปลี่ยนไป มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรม เช่น แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทั้งทางร่างกาย หรือคำพูด มีอาการวุ่นวาย เดินหลงทาง เริ่มมีอาการหลงผิด หรืออาการประสาทหลอน ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง การสื่อสารบกพร่อง ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ส่วนระยะรุนแรงผู้ป่วยอาจจำไม่ได้แม้แต่ตัวเองหรือคนใกล้ชิด เริ่มกลืนปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ มีความผิดปกติในการเคลื่อนไหว ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองทั้งหมด (ศิริพันธุ์ สาตย์, 2551, หน้า 149-150; Sorrentino & Gorek, 2007, p. 625) ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้นส่งผลให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง หงุดหงิด โมโหง่าย เกิดความวิตกกังวลกับความบกพร่องของตนเอง เมื่อโรคดำเนินต่อไป มีความเสี่ยงสูงต่อการได้รับอุบัติเหตุทางร่างกาย อาจเกิดภาวะทุพพลภาพตามมา สุดท้ายมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านการแพทย์ เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ ภาวะทุพโภชนาการ และโรคปอดอักเสบ (Duthie, Katz, & Malone, 2007, p. 332; Landefeld et al., 2004, pp. 62-64) จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลขั้นพื้นฐานที่จำเป็นของมนุษย์ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539)

การดูแลในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนับเป็นหัวใจสำคัญของวงการสาธารณสุขทั่วโลก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 70 – 80 ได้รับการดูแลที่บ้าน (Alzheimer's Association, 2010; Czaja, Eisdorfer, & Schulz, 2000 cited in Burgio, Corcoran, Lichstein, Nichols, Czaja, Gallagher-Thompson, Bourgeois, Stevens, Ory, & Schulz, 2001) และปัจจุบันสถานบริการทางสุขภาพต่าง ๆ มีนโยบายลดจำนวนวันนอนพักในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในขณะที่ยังมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Duthie et al., 2007, p. 55) โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดซึ่งอาจถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน (ศิริพันธุ์ สาตย์, 2543) เมื่อการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะปานกลางจากความพร่องด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและปัญหาด้านพฤติกรรมและอาการทางจิตที่ผิดปกติมีการแสดงออกอย่างเด่นชัดมากขึ้น ผู้ดูแลจึงมีอารมณ์ตึงเครียดมากที่สุด (O'Brien et al., 2000, p. 200) นับเป็นช่วงวิกฤติของการดูแลซึ่งภาวะสุขภาพของผู้ดูแลส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่เพื่อให้ง

บทบาทการดูแลตลอดช่วงระยะการดำเนินโรคภาวะสมองเสื่อมที่อาจยาวนานถึง 15 ปี

(Landefeld et al., 2004, p. 72)

การปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจต่อผู้ดูแลในครอบครัว โดยพบว่าด้านร่างกาย ได้แก่ อาการปวดหลัง อ่อนเพลีย มีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น ระดับภูมิคุ้มกันโรคลดลง เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อ ด้านจิตใจ ได้แก่ รู้สึกอับอาย โกรธ โดดเดี่ยว มีความเครียด และบางครั้งรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเอง ท้อแท้ มีอาการซึมเศร้า ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ แยกตัวออกจากสังคม การเปลี่ยนรูปแบบการทำงานซึ่งอาจส่งผลให้มีรายได้ลดลง บางรายเกิดปัญหานี้ขึ้นตามงานในที่สุดเกิดความขัดแย้งในครอบครัวได้ (รัชฎา รักขนาม, 2543; วรรณนิภา สมนาวรรณ, 2537; ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551, หน้า 293-296; Chang, Nitta, Carter, & Markham, 2004; Mace & Rabins, 2006, pp. 205-225; Mass, Reed, Park, Specht, Schutte, Kelley, Swanson, Trip-Reimer, & Buckwalte, 2004; O'Brien et al., 2000, pp. 195-196) จากการงานอันท่วมท้น จึงเกิดความรู้สึกล้มเหลว รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ หากขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว และผู้ดูแลไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาด้านพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยจะส่งผลให้ผู้ดูแล ขาดพยายามที่จะให้การดูแลต่อไป อาจละเลยทอดทิ้ง หรือเกิดการกระทำทารุณกรรมผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ (สิรินทร จันศิริกาญจน, 2546) ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างมากสำหรับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน เนื่องจากวัฒนธรรมของสังคมไทยยึดถือบรรทัดฐานความกตัญญูกตเวทิตา และเป็นหน้าที่ของบุตรที่ต้องปฏิบัติต่อบุพการี (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549 ข, หน้า 39) สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2545 – 2546) ที่ระบุว่าบุคลากรสุขภาพควรมุ่งเน้นครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักที่ให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุ โดยการให้การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนั้นต้องใช้ทั้งเวลา ความอดทน ความเสียสละ พลังกาย พลังใจ นอกจากนั้นหากผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ขาดความรู้และทักษะในการดูแลจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนและแสดงอาการวุ่นวาย ก้าวร้าวมากขึ้น สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแลส่งผลให้คุณภาพการดูแล และคุณภาพชีวิตทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลลดลง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, ลิขวรรณ อุณนาภิรักษ์ และ สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, 2546; Landefeld et al., 2004)

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมให้สามารถเผชิญกับปัญหา และจัดการการดูแลหลายวิธีด้วยกัน ได้แก่ การจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (อรรวรรณ แผนคง, 2547) การจัดรูปแบบการให้สุขศึกษาโดยใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (อาภรณ์ สุวรรณเจษฎาเลิศ, 2547) การให้คำปรึกษา (อุษา จารุสวัสดิ์, 2548) การจัดโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ที่บ้าน (Belle, Burgio, Burns, Coon, Czaja, Thompson, Gitlin, Klinger, Koepke, Lee, Matindale-Adams, Nichols, Schulz, Stahl, Stevens, Winter & Zhang, 2006) การจัดโปรแกรมฝึกทักษะการเป็นผู้ดูแลขั้นสูงที่บ้าน (Gitlin, Winter, Dennis & Hauck, 2007) การจัดโปรแกรมการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่บ้าน (Dias, Dewey, D'Souza, Dhume, Motghare, Shaji, Menon, Prince & Patel, 2008) ซึ่งวิธีดังกล่าวเป็นการบำบัดทางการพยาบาลที่ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความทุกข์ทรมานจากการดูแลลดลง และมีความพึงพอใจในชีวิตคุณภาพชีวิต ภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมีการแสดงออกด้านพฤติกรรม และอาการทางจิตที่ผิดปกติลดลง หรือมีการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจรายกลุ่มกับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น (Early Stage) โดยมีจุดประสงค์เพื่อชะลอการดำเนินของโรคและจัดการกับอาการแสดงของโรคอัลไซเมอร์ พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง ผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ดีขึ้น มองเห็นคุณค่าในตนเอง รู้สึกไม่โดดเดี่ยว มีกำลังใจต่อสู้กับชีวิตที่มีด้น เช่นเดียวกับผู้ดูแลที่รู้สึกพึงพอใจมีความเครียดลดลง (Bryer, 2004) ผู้วิจัยจึงเห็นว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่มีความสำคัญต่อกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเช่นเดียวกัน

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1993) เป็นกลวิธีในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพรูปแบบหนึ่ง โดยมีความเชื่อพื้นฐานที่ว่า สุขภาพเป็นของส่วนบุคคล บุคคลจึงมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบดูแลสุขภาพของตนเอง และการเสริมสร้างพลังอำนาจ ยังเป็นกระบวนการการช่วยเหลือบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ทำให้บุคคลมีพลัง มีความพึงพอใจ และตระหนักในศักยภาพของตนเองในการรักษาสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทั้งในส่วนบุคคลและสังคม เพื่อใช้ให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ความสามารถในการมีส่วนร่วม หรือความรู้สึกมีพลังอำนาจ การใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงมีความเหมาะสมที่จะนำมาประยุกต์ในการพัฒนาความสามารถผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมซึ่งต้องให้การดูแลผู้ป่วยติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน โดยเฉลี่ย 3 – 15 ปี นับตั้งแต่เกิดการเจ็บป่วย (Landefeld et al., 2004, p. 72) ดังเช่นงานวิจัยที่ผ่านมาได้นำแนวคิดดังกล่าวมาแก้ปัญหาด้านสุขภาพ และจัดการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ได้แก่ การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อเพิ่มพลังอำนาจและลดระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (ศรีรัตน์ คุ่มสิน, 2546) การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (บุษกร อ่อนโนน, 2547) การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (จุฬารัตน์ สุริยาทัช, 2547) การใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรม การดูแล และการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ศศิมา วัฒนา, 2548) ซึ่งผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้เกิดการเสริมสร้างความสามารถ และพัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและชีวิต เพื่อให้เขาเหล่านั้นมีพลัง มีความผาสุก และมีความมั่นใจในการตัดสินใจเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ และดำเนินกิจกรรมเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย และจิตใจ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นบุคลากรด้านการพยาบาลผู้สูงอายุได้ตระหนักถึงปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่มีชีวิตอยู่กับความมีดมนและผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งในอนาคตอันใกล้ ปัญหานี้จะทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น จึงมุ่งไปที่ประเด็นการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในการดำรงบทบาท การส่งเสริม ป้องกัน และดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลในทุกมิติของภาวะสุขภาพ โดยใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพื่อเพิ่มการรับรู้พลังอำนาจ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการจัดการ และควบคุมสถานการณ์ที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม และตนเอง ซึ่งพยาบาล และบุคลากรด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในชุมชน หรือคลินิกสมองเสื่อม สามารถนำไปประยุกต์ร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยมีเป้าหมายหลักคือผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลในครอบครัวสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว และชุมชนได้อย่างมีคุณภาพจนวาระสุดท้ายของชีวิต

คำถามในการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีสูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มควบคุมหรือไม่
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนสูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มควบคุมหรือไม่
3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีสูงกว่าก่อนการทดลองหรือไม่
4. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลองหรือไม่
5. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจ หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีที่ไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนหรือไม่

- [illegible]

เหตุผลสนับสนุนสมมติฐานในการวิจัย

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1993) เป็นกลวิธีในการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพรูปแบบหนึ่ง โดยมีความเชื่อพื้นฐานที่ว่า สุขภาพเป็นของส่วนบุคคลบุคคลจึงมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบดูแลสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ก็บั่นยังได้ให้ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ว่าเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพของชีวิต ทำให้บุคคลมีพลัง มีความผาสุก และตระหนักในศักยภาพของตนเอง ในการรักษาสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทั้งในส่วนบุคคล และสังคมเพื่อใช้ให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ความสามารถในการมีส่วนร่วม หรือความรู้สึกมีพลังอำนาจ ผลที่ตามมาของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ การรับรู้ถึงความสำเร็จ ในสถานการณ์ของตนเอง ความพึงพอใจในตนเอง การพัฒนาตนเอง รวมทั้งการมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นกลุ่มอาการของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการพึ่งพาจากผู้ดูแลในครอบครัวที่ใช้ระยะเวลาในการดูแลยาวนานเฉลี่ยประมาณ 3 – 15 ปี (Landefeld et al., 2004, p. 72) โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในการดำรงบทบาท การส่งเสริม ป้องกันและดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้วิจัยนำกระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1993) ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการทำงานร่วมกัน และการมีส่วนร่วมระหว่างผู้วิจัย และผู้ดูแลมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคลที่บ้าน โดยเน้นให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เพิ่มการรับรู้พลังอำนาจส่งผลให้มีการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ดีขึ้น ซึ่งมีวิธีการดำเนินการ ดังนี้

การเสริมสร้างพลังอำนาจ ครั้งที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ และการค้นหาปัญหาตามสภาพการณ์จริง โดยผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิดในการกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้ทบทวนสิ่งที่ตนเองได้กระทำการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย และดูแลตนเอง แสดงความรู้สึกต่อสิ่งที่ปฏิบัติในกิจกรรมนั้น ๆ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อรวบรวมปัญหา และผลกระทบที่เกิดจากการให้การดูแลทั้งต่อผู้ป่วย และตนเอง

2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยการที่ผู้วิจัย และผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อมูลข่าวสาร และประสบการณ์ร่วมกัน มีการสรุปปัญหา เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา มีส่วนร่วมในการวางแผนตลอดจนกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยหาความรู้เพิ่มเติมจากคู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้านซึ่งเป็นแนวทางให้ผู้ดูแลได้ศึกษาสถานการณ์ต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม และการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการพัฒนารู้สึกมีอำนาจในการควบคุมตนเอง (A Sense of Personal Control)

การเสริมสร้างพลังอำนาจ ครั้งที่ 2 ประกอบด้วยกิจกรรม การประเมินผลการแก้ไขปัญหา การปรับปรุงแนวทางในการแก้ปัญหาใหม่และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งผู้วิจัยร่วมกันกับผู้ดูแล ประเมินผลการแก้ไขปัญหา สำหรับกรณีที่ผู้ดูแลพบปัญหาระหว่างปฏิบัติการดูแล ผู้วิจัยและผู้ดูแลจะร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาใหม่ ส่วนกรณีผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลได้ดีผู้วิจัยให้แรงเสริมทางบวก โดยกล่าวชมเชย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถ โดยผู้วิจัยทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและเป็นผู้สนับสนุน

การเสริมสร้างพลังอำนาจ ครั้งที่ 3 ประกอบด้วยกิจกรรม การติดตามประเมินผล และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยการให้ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลด้วยตนเอง มีการติดตามประเมินผลด้วยการใช้แบบสัมภาษณ์ และการบันทึกผลการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแลตามแผนที่วางไว้ รวมทั้งมีการให้แรงเสริมบวกด้วยการกล่าวชมเชย ให้กำลังใจ เมื่อผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมได้ดีและถูกต้อง ในขั้นนี้เมื่อผู้ดูแลนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพ หรือประสบความสำเร็จ ผู้ดูแลจะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถ และจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในเหตุการณ์ครั้งต่อไป

เมื่อสิ้นสุดกระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถที่จะควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพได้ หมายถึง การที่ผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงศักยภาพ และความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์ปัญหา การแก้ไขปัญหา ตลอดจนสามารถดำเนินการได้สำเร็จบรรลุตามเป้าหมายท่ามกลางอุปสรรคที่เกิดขึ้น การอาศัยสถานการณ์ปัญหานั้นจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ประกอบกับการนำความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมมาผสมผสานเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีสูงกว่าก่อนการทดลอง และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรีรัตน์ คุ่มสิน (2546) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ที่บ้านเป็นรายบุคคล ในจังหวัดสมุทรสงคราม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 ราย และกลุ่มควบคุม 10 ราย มีการวัดการรับรู้พลังอำนาจในระลอกก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่เข้าร่วมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนไม่แตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ทั้งสองกลุ่มพบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการรับรู้พลังอำนาจทุกช่วงเวลา สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการทางสุขภาพปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับงานวิจัยของ อนุม อักษรศรี, รัตนา เอกจริยาวัฒน์, ยุวมาลย์ ศรีปัญญาพิศศักดิ์ และแสงเดือน เทพรัญ (2550) ที่ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเป็นรายบุคคล ในจังหวัดนครนายก โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้พลังอำนาจในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้พลังอำนาจภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนการทดลอง จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีสูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มควบคุม
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนสูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มควบคุม
3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีสูงกว่าก่อนการทดลอง
4. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลอง
5. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน

การปฏิบัติการดูแลเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลกระทำหรือปฏิบัติต่อผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมคงไว้ซึ่งหน้าที่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่ซับซ้อน การมีกิจกรรมทางสังคม รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจตลอดระยะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลางนั้น ผู้ดูแลอาจต้องให้การดูแลตลอดทั้ง 24 ชั่วโมง เนื่องจากความจำเกี่ยวกับเหตุการณ์ปัจจุบันลดลง ความสนใจและสมาธิลดลง สับสนเกี่ยวกับเวลาและสถานที่

บางรายมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป ความเครียดกราด ทำร้ายร่างกายผู้อื่น ความขัดแย้งต่าง ๆ ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย หดเหี่ยวแรง หดพลังอำนาจ (สมทรง จุไรทัศน์ย์, 2551) เมื่อผู้ดูแลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในความสามารถของตน หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกที่ดี และเป็นประโยชน์กับตนเอง ยินดีในผลงานที่เกิดขึ้น มีความมั่นใจและมีกำลังใจในการปฏิบัติงานย่อมส่งผลให้เกิดการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีระดับที่ดีขึ้น จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

6. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีสูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มควบคุม

7. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนสูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มควบคุม

8. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีสูงกว่าก่อนการทดลอง

9. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลอง

10. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

การดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันในผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เพื่อช่วยพัฒนาผู้ดูแลให้มีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองมีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม และตนเองแบบองค์รวม ส่งผลให้มีการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ดีขึ้น ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเป็นรายบุคคลที่บ้าน จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 2 ชั่วโมง ใช้ระยะเวลาตามโปรแกรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ โดยมีการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1 และวันที่ 2)

สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ พร้อมทั้งค้นหาปัญหาตามสภาพการณ์จริงและสะท้อนคิดปัญหาจากการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและผลกระทบจากการดูแลต่อผู้ดูแล ซึ่งเป็นการทบทวนเหตุการณ์ครอบคลุมทุกมิติด้านสุขภาพ แสดงความรู้สึกต่อสิ่งที่ปฏิบัติในกิจกรรมนั้น ๆ ร่วมกันแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ระบุปัญหาและสาเหตุของปัญหา ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันวิเคราะห์เพื่อกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหา และผู้ดูแลตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับตนเอง โดยผู้วิจัยทำหน้าที่ให้คำแนะนำและเป็นผู้สนับสนุน มีการมอบคู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้านแก่ผู้ดูแลเพื่อใช้ศึกษาหาความรู้ประกอบการตัดสินใจ

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2)

ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันประเมินผลการแก้ไขปัญหาและวิเคราะห์ปรับปรุงหาแนวทางการแก้ปัญหาใหม่ กรณีปฏิบัติการดูแลได้ดีผู้วิจัยให้ แรงเสริมทางบวก กล่าวชมเชย และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจรู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถโดยผู้วิจัยให้คำปรึกษาและเป็นผู้สนับสนุน

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4)

ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผลการแก้ไขปัญหาในการเสริมสร้างพลังอำนาจ และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพครอบคลุมทุกมิติด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

1. การรับรู้พลังอำนาจ
2. การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมรับรู้ถึงความสามารถของตนในการจัดการและควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง สามารถปฏิบัติ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม และตนเองได้ดียิ่งขึ้น
2. พยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะ ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน สามารถนำไปประกอบการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะ สมองเสื่อมที่บ้านไปประยุกต์ใช้เพื่อติดตามดูแลสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มอาการสมองเสื่อม และ ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในชุมชน เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวได้อย่างมีคุณภาพ
3. สถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชนในสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ฯลฯ สามารถนำไปประกอบการเสริมสร้างพลังอำนาจ ไปใช้ประกอบ การเรียนการสอน การวิจัย และการบริการวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
4. นักวิจัยสามารถนำวิธีการหรือรูปแบบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจไป ประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในสถานที่ต่าง ๆ หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง กลุ่มอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศ
5. ผู้บริหารงานด้านสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ สามารถนำผลการศึกษายี้ไปเป็นแนว ทางในการกำหนดนโยบายเพื่อให้บริการทางการแพทย์สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มี อายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีมารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกสมองเสื่อม แผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และได้รับการตรวจวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม ความ รุนแรงระดับปานกลาง ระหว่างเดือน มกราคม – ธันวาคม 2551

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ได้มาจากการเลือกตัวอย่างแบบ เจาจงคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ จำนวน 14 ราย แล้วใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 7 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 7 ราย

ตัวแปรในการวิจัย ประกอบด้วย ตัวแปรต้น และตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ การเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นวิธีการทดลอง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม (กลุ่มควบคุม)

2. ตัวแปรตาม คือ การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับบริการที่คลินิกสมองเสื่อม แผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่ามีภาวะสมองเสื่อม ความรุนแรงระดับปานกลาง

ผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิงซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เช่น สามี ภรรยา บุตร บุตรเขย บุตรสะใภ้ หลาน หรือญาติพี่น้อง ที่ปฏิบัติหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าบุคคลอื่นเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนหรือเป็นผู้ดูแลหลัก โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนการดูแลในรูปแบบของค่าจ้าง

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม หมายถึง การดำเนินการอย่างมีแบบแผนตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1993) เพื่อช่วยพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมให้มีความสามารถในการควบคุมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองได้อย่างครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยผู้วิจัยดำเนินการอย่างมีระบบ และเป็นขั้นตอนตามแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล การร่วมกันค้นหาปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลโดยการสะท้อนคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ การให้ข้อมูลข่าวสาร การสาธิตให้เห็นจริง การคิดวิเคราะห์ปัญหา สรุปปัญหา เรียงลำดับความสำคัญของปัญหา และวางแผนกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาร่วมกัน รวมทั้งร่วมกันประเมินผลการแก้ปัญหา ปรับปรุงแนวทางการแก้ปัญหาใหม่ ตลอดจนมีการส่งเสริมการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน ให้คำปรึกษา ให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม และการดูแลตนเองของผู้ดูแลในส่วนที่ผู้ดูแลเข้าใจหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง พร้อมทั้งมอบคู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้านไว้เพื่อให้ผู้ดูแลใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาและทำความเข้าใจสถานการณ์ต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น โดยมีเป้าหมายให้ผู้ดูแลมีการรับรู้พลังอำนาจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม และการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ส่งผลให้สามารถปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม และตนเองได้ดีขึ้น ใช้ระยะเวลาการดำเนินการตามโปรแกรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

การบริการทางสุขภาพตามปกติ หมายถึง การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำคลินิกสมองเสื่อม แผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ที่ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ด้วยการพูดคุยให้ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการสมองเสื่อม การรักษา การดูแลที่บ้านในเรื่อง การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การจัดการกับอาการแสดงออกทางพฤติกรรมและจิตใจที่ผิดปกติ อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ การมาตรวจตามนัด

การรับรู้พลังอำนาจ หมายถึง ความรู้สึกของผู้ดูแลที่มั่นใจว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม และการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยประเมินจากการใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ ศรีรัตน์ คุ่มสิน (2546) สร้างขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ (Gibson, 1993) และผู้วิจัยนำไปปรับเนื้อหาให้มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของผู้ดูแลที่ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมอย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมคงไว้ซึ่งหน้าที่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่ซับซ้อน การมีกิจกรรมทางสังคม รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจ โดยประเมินจากการใช้แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

กลุ่มทดลอง หมายถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม จำนวน 7 ราย ที่ได้รับการบริการทางสุขภาพตามปกติ และได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่บ้าน

กลุ่มควบคุม หมายถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม จำนวน 7 ราย ที่ได้รับการบริการทางสุขภาพตามปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำคลินิกสมองเสื่อม แผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา