

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Articles

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ
และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
Empowerment Program on Empowerment Perception and Caring
Activities in End- Stage Cancer Patients

ปภาวรินทร์ มีชนะ, พย.ม.*
กนกรัตน์ สุดลาภา, พย.ม.*
พรทิพย์ ปุกหุด, พย.ม.**
จันทร์จิรา อินจัน, วท.ม.***
สุภารัตน์ ลัทธิธรรม, พย.บ.****
ฐพัชร คินศร, ประ.ด.*****
Paphawarin Meechana, M.N.S.*
Kanokrat Sudlapa, M.N.S.*
Pornthip Pukahuta, M.N.S.**
Janjira Injeen, M.Sc..***
Suparat Latthum, M.D.****
Thapach Kansorn, Ph.D.*****

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ จังหวัดกรุงเทพฯ ประเทศไทย 10220
**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย 40000
***วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์ราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จังหวัดพิษณุโลก ประเทศไทย 65000
****โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราช จังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 12110
*****คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย 31000
*Faculty of nursing, North Bangkok university, Bangkok Province, Thailand, 10220
**Faculty of Nursing, Northeastern University, Khon kaen Province, Thailand, 40000
***Boromarajonani College of Nursing Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Phitsanulok Province, Thailand, 65000
****Mahavajiralongkorn Thunyaburi Hospital, Pathum Thani Province, Thailand, 12110
*****Faculty of nursing, Western university, Buri Ram campus, Buri Ram Province, Thailand, 31000
Corresponding author, E-mail address: pornthip.puk@neu.ac.th
Received: 19 Aug 2024 Revised: 30 Aug 2024 Accepted: 28 Oct 2024

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจสังคมและจิตวิญญาณ เนื่องจากมีปัญหาซับซ้อนต่างจากผู้ป่วยทั่วไป ปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วยคือการวางแผนการดูแลล่วงหน้าซึ่งต้องเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลต่อเพื่อให้ได้คุณภาพตามมาตรฐาน รวมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลที่มีความหลากหลายส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการ
- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
- วิธีการศึกษา** : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบศึกษาสองกลุ่มวัดซ้ำ 3 ระยะคือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน จำนวน 44 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

- ผลการศึกษา** : ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (ร้อยละ 95.2) และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน (ร้อยละ 96.0) สูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 70.2) และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกรดูแลหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน
- สรุป** : การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
- คำสำคัญ** : ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ การรับรู้พลังอำนาจ

ABSTRACT

- Background** : Cancer is a major public health problem. End stage cancer patients commonly suffer from their terrible illnesses which lead to the worst control of mind, body and social relationship due to the complicated problems of the diseases. A key issue in patient care is proactive care planning, which requires caregivers to be adequately prepared according to defined criteria, along with diverse nursing practices that affect service quality.
- Objective** : The subjects effects of empowerment program on empowerment perception and caring activities in end- stage cancer patients.
- Methods** : This research was designed as a two - groups repeated measure experimental research and aimed to examine the effects of empowerment program on power perception and caregiving practice among family caregivers in end- stage cancer patients. Simple of 44 cases were diagnosed by doctors as having late-stage cancer, received palliative treat me.
- Results** : Caregivers of end-stage cancer patients in the experimental group had an average score of their perception of empowerment. The experiment was completed immediately for 95.2 percent, and 1 month after the experiment was completed for 96.0 percent. it was higher than that of caregivers of late-stage cancer patients in the control group, And higher than before the experiment with statistical significance at the 0.05 level and patient caregivers Late-stage cancer in the canal group had an

average score of perception of empowerment immediately after the experiment was completed. Not different from 1 month after the experiment was completed 0.05. And caregivers of end-stage cancer patients in the experimental group had an average score of patient care practices. Late stage cancer in the control group and was significantly higher than before the experiment at the 0.05 level, and caregivers of late-stage cancer patients in the experimental group had an average score of care performance after the experiment. Immediate completion was no different from 1 month after the experiment was completed.

Conclusions : Empowerment and perception of power and the performance of care activities by caregivers terminal cancer patient. It is a process that helps strengthen the abilities and develop the potential of caregivers in end- stage cancer patients.

Keywords : Caregiver, Empowerment program, Empowerment perception.

หลักการและเหตุผล

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยพบอุบัติการณ์การเกิดทั่วโลกปีละ 13.7 ล้านคน และเสียชีวิตปีละ 7.6 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 13.0 และคาดว่าในปี ค.ศ. 2030 จะมีประชากรโลกป่วยด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นถึง 21.7 ล้านคน และพบอัตราการเสียชีวิตเพิ่มเป็น 13 ล้านคนทั่วโลก⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยพบว่าเป็นปี พ.ศ. 2558 ประชากรเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจำนวน 1,660,748 คน⁽²⁾ โดยโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดผลกระทบ ทั้งตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และญาติโดยตรง ผู้ป่วยในระยะนี้จึงต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนในชีวิตเกี่ยวกับเรื่องความตาย⁽³⁾ เมื่อไม่สามารถให้การรักษาที่ทำให้โรครุนแรงลง จึงมีการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative care) ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองปัญหาและความต้องการอย่างครอบคลุม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่

ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีความแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยอื่น อีกทั้งการเจ็บป่วยที่เรื้อรังพยาธิสภาพของโรคมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง

การดำเนินของโรคไม่สามารถควบคุมได้ ยากแก่การทำนาย การรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยนั้น อาจความรู้สึกว่าบทบาทดังกล่าวเป็นภาระ ต้องเผชิญกับภาวะอ่อนล้าทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ในการดูแลผู้ป่วยจนอาจกล่าวได้ว่า ผู้ดูแลนั้นเป็นเสมือนผู้ป่วยที่ซ่อนเร้น⁽⁴⁾ อาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกเหมือนถูกแยกออกจากสังคม ต้องกระทำหลายบทบาทพร้อมกันหรือไม่สามารถแสดงบทบาทหน้าที่ได้ตามความคาดหวังของตนเองและผู้อื่น ซึ่งภาวะเครียดและสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโดยตรง

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องใช้ทั้งเวลา ความอดทน ความเสียสละ พลังกาย พลังใจ หากผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ขาดความรู้ และทักษะในการดูแล จะทำให้เกิดความสับสนและวุ่นวายใจ สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียดส่งผลให้คุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิต ทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพของชีวิต ซึ่งทำใหบุคคลมีพลัง มีความผาสุกและตระหนักในศักยภาพของตนเองในการรักษาสุขภาพช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่ง

ประโยชน์ต่างๆ ทั้งในส่วนบุคคลและสังคม มาใช้ให้เกิดประโยชน์กับสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁵⁾

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะจัดทำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อเป็นการหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน สนับสนุนให้บุคคลมีพลังอำนาจสามารถเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของตนเอง ดำเนินการแก้ไขโดยใช้ความรู้ ทักษะความสามารถส่วนตน รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ พร้อมลงมือปฏิบัติให้ปัญหาสำเร็จ ล่วงไปด้วยตนเอง ส่งผลให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยหรือสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิต เกิดการพัฒนาตนเองในการดูแลสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงอยู่อย่างมีคุณค่า ตนเองพึงพอใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research)

ประชากร (Population) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาประเภผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาประเภผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยอย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 คน แต่ละกลุ่มควรมีไม่ต่ำกว่า 15 คน ในการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นนักเรียนทั้งหมด จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน

ช่วงเวลาในการศึกษาวิจัยเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2566

คุณสมบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1. เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ผู้ดูแลมีความสามารถในการรับรู้สื่อสารได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน มีความสามารถในการรับรู้และสื่อความหมายเข้าใจ
3. เป็นบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือและดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในรูปแบบค่าจ้าง
4. มีความสมัครใจและยินยอมให้เข้าร่วมมือในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ⁽⁵⁾ ซึ่งมีการดำเนินการอย่างมีแบบแผนประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และคู่มือการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยดัดแปลงจากแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของ ศรีรัตน์ คัมสิน⁽⁶⁾ ซึ่งประกอบด้วย

รายละเอียดเกี่ยวกับเป้าหมาย วัตถุประสงค์ กิจกรรม การดำเนินงานตามขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเหตุผลอ้างอิงตามทฤษฎี สถานที่ดำเนินการ ระยะเวลา สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบ การประเมินผล รวมระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินงานตามโปรแกรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์

1.2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการศึกษาค้นคว้าเนื้อหาจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย รายละเอียดของเนื้อหาได้แก่ ความหมายของมะเร็งระยะท้าย ความรุนแรง อาการและอาการแสดง การรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย แนวทางการจัดการอาการผิดปกติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นชุดของคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 15 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษารายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การมีผู้ช่วยดูแลโรคประจำตัว ประสบการณ์การดูแล และแหล่งให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ส่วนข้อมูลของผู้ป่วยประกอบด้วยคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) การศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้ของครอบครัว 7) ความเพียงพอของรายได้ 8) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 9) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยและ 10) แหล่งให้การสนับสนุนช่วยเหลือ

2.2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดการรับรู้พลังอำนาจของ ศรีรัตน์ คัมสิน⁽⁶⁾ ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ⁽⁵⁾ เป็นชุดข้อคำถามเกี่ยวกับความมั่นใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม จำนวน 40 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายปิด

ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ให้คะแนนเป็นรายข้อ ตามระดับการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย 5 ระดับ ดังนี้ มากที่สุดเท่ากับ 5 มากเท่ากับ 4 ปานกลางเท่ากับ 3 น้อยเท่ากับ 2 และน้อยที่สุดเท่ากับ 1

2.3 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติการณ์ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่จำเป็นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ประเมินด้วยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นชุดข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายปิด ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) ให้คะแนนเป็นรายข้อตามการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย 4 ระดับดังนี้ เป็นประจำเท่ากับ 3 บ่อยครั้งเท่ากับ 2 นานๆ ครั้งเท่ากับ 1 และไม่เคยเท่ากับ 0

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลโรคมะเร็ง 1 ท่าน และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย 2 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องและเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา กิจกรรมและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปตรวจสอบความถูกต้อง

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่แผนกหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ จังหวัดปทุมธานี จำนวน 20 รายและนำ

มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.9 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเตรียมผู้วิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการเตรียมตัวของผู้วิจัยก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยมีการศึกษา ค้นคว้าหาความรู้ก่อนล่วงหน้าจากตำราเอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นผู้วิจัยศึกษาจากผู้รู้และผู้เชี่ยวชาญในการใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างละเอียด

ขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการทดลองที่บ้านผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอนการวิจัยดังนี้

1) ก่อนการทดลอง ในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลและผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ชี้แจงสิทธิของผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ด้วยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยด้วยแบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจผู้ดูแลและแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วย

2) การดำเนินการทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลที่หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี ดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคลครั้งที่ 1 โดยใช้ระยะเวลาติดต่อกัน 2 วัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความไว้วางใจ และเริ่มกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคลครั้งที่ 1 โดยดำเนินการขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง และขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยให้ผู้ดูแลแสดงการรับรู้ทำความเข้าใจ ยอมรับเหตุการณ์ และสภาพการณ์

ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันประเมินปัญหาของผู้ดูแลในการจัดการดูแลผู้ป่วยและปัญหาที่เกิดจากผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยและคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่างๆ ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจมากขึ้น นำไปสู่การแก้ปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นตอนนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (Sense of Personal Control) มอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา และเข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ใช้เวลาประมาณ 35-45 นาที และนัดหมายผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อพบกันอีกครั้งที่ 2

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน ร่วมกันดำเนินการสรุปปัญหาจากการพูดคุยในครั้งแรก โดยพิจารณาความรุนแรง และความยากง่ายของการแก้ปัญหา กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยการกำหนดหัวข้อและรายละเอียดซึ่งประกอบด้วยปัญหา สาเหตุ วิธีการแก้ไขปัญหา การประเมินผล และบทบาทของบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-Determination) ซึ่งการจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด จะอยู่ภายใต้เงื่อนไขต่าง ๆ ได้แก่ 1) เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเอง 2) สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ 3) ได้รับการเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง 4) ผ่านการปรึกษาและได้รับคำปรึกษาจากทีมสุขภาพและ 5) เป็นวิธีที่ยอมรับได้และเปิดกว้างให้บุคคลอื่นนำไปใช้ได้ และร่วมกันตัดสินใจปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ใช้เวลาประมาณ 35-45 นาที และทำการนัดหมายผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อพบกันครั้งที่ 3 ในสัปดาห์ที่ 2

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลผู้ป่วย ดำเนินการกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นรายบุคคลครั้งที่ 3 โดยดำเนินการขั้นตอนการประเมินผลการแก้ไขปัญหาในการดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งแรกและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ด้วยการ

ติดตามจากบันทึกของผู้ดูแลตามแผนการแก้ปัญหาที่วางไว้ พร้อมทั้งค้นหาปัญหา และพัฒนาแนวทางการแก้ปัญหาใหม่ กรณีผู้ดูแลนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ ผู้ดูแลจะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถ และถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้น สำหรับใช้ในครั้งต่อไป ผู้วิจัยมีการให้แรงเสริมทางบวก กล่าวชมเชยให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ใช้เวลาประมาณ 35-45 นาที และทำการนัดหมายผู้ดูแลเพื่อพบกัน ครั้งที่ 4 ในสัปดาห์ที่ 2

หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลผู้ป่วย โดยดำเนินการติดตามผลการแก้ไขปัญหในการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย การดูแลตนเองอย่างเหมาะสม และต่อเนื่อง มีการให้แรงเสริมทางบวก กล่าวชมเชยให้กำลังใจ เมื่อพบว่าผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ดี พร้อมทั้งให้ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ผู้ดูแลตามแบบ สัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติการดูแล ซึ่งเป็นชุดเดียวกับที่สัมภาษณ์ครั้งแรก ใช้เวลาประมาณ 35-45 นาที และทำการนัดหมายผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย เพื่อพบกันในสัปดาห์ที่ 6

3) หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน (สัปดาห์ที่ 6 วันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังทำการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ด้วยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลตามแบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นชุดเดียวกับที่สัมภาษณ์ครั้งแรกใช้เวลาประมาณ 35-45 นาที และร่วมสรุปผลการทดลองตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยด้วยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ
2. คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติการดูแลในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางวัดซ้ำ (Two - way Analysis of Variance with Repeated measures) แบบหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (One Between-Subjects Variable and One Within-Subjects Variable)

4. เมื่อพบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติการดูแลมีความแตกต่างกันในแต่ละระยะ ทำการทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณ (Multiple Comparisons) ด้วยวิธีของ นิวแมนคูสส์ (Newman-keuls Method)

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ MTH 2023-65 ผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่า การศึกษาครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยหรือไม่ก็ได้ การปฏิเสธไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยจะเป็นภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น

ผลการศึกษา

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มทดลองจำนวน 22 ราย เป็นเพศหญิงส่วนใหญ่ร้อยละ 59.0 อยู่ในช่วงอายุ 60-65 ปีร้อยละ 54.5 มีสถานภาพคู่ร้อยละ 63.6 การศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาร้อยละ 45.4 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 15,001-20,000 บาท ร้อยละ 31.8 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 54.5 รวมระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ระหว่างต่ำกว่า 1 ปี ร้อยละ 54.5 และใน 1 วันใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงทุกคน ไม่เคยมี

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 86.3 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 77.2 ไม่มีผู้ช่วยในการปฏิบัติกรดูแลทั้งหมด ผู้ดูแลมีโรคประจำตัว ร้อยละ 68.1 มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ ร้อยละ 90.9 ในกลุ่มควบคุมผู้วิจัยจับคู่ให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด เพื่อไม่ให้เกิดความแตกต่างในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จ

สิ้นทันทีและหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนสูงกว่าในกลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และไม่แตกต่างกัน และผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน สูงกว่าในกลุ่มควบคุม โดยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 22)		กลุ่มควบคุม (n = 22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	9	40.9%	9	40.9%
หญิง	13	59.0%	13	59.0%
อายุ				
20-59 ปี	10	45.4%	11	50.0%
60-65 ปี	12	54.5%	11	50.0%
สถานภาพสมรส				
โสด	3	13.6%	2	13.6%
คู่	14	63.6%	14	63.6%
หม้าย	3	13.6%	3	13.6%
หย่า	2	9.1%	3	13.6%
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	2	9.0%	2	9.0%
ประถมศึกษา	4	18.1%	7	31.8%
มัธยมศึกษา	10	45.4%	11	50.0%
อนุปริญญา	5	22.7%	2	9.0%
ปริญญาตรี	1	4.5%	0	0.0%
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย				
ต่ำกว่า 1 ปี	12	54.5%	12	54.5%
1-3 ปี	5	22.7%	5	22.7%
4-6 ปี	3	13.6%	3	13.6%
6 ปีขึ้นไป	2	6.1%	2	6.1%
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวัน				
12 ชม.	0	0.0%	0	0.0%
24 ชม.	22	100.0%	22	100.0%
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย				
ไม่เคย	19	86.3%	19	86.4%
เคย	3	13.6%	3	13.6%
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				
สามี/ภรรยา	17	77.2%	17	77.2%
บุตร	4	18.1%	5	22.7%
เครือญาติอื่นๆ	1	4.5%	0	00.0%

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วย ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนในกลุ่มทดลองเป็น 94.0 (SD = 7.3), 135.2 (SD = 6.4) และ 134.2 (SD = 6.5) ตามลำดับ กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยเป็น 95.5 (SD = 7.8), 94.0 (SD = 6.4) และ 91.8 (SD = 4.3) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลและค่าสถิติพื้นฐานของการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ระยะ	$\bar{x}$	SD
กลุ่มทดลอง (n = 22)	ก่อนการทดลอง	94.0	7.3
	หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	135.2	6.4
กลุ่มควบคุม (n = 22)	หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน	134.2	6.5
	ก่อนการทดลอง	95.5	7.8
	หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	94.0	6.4
	หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน	91.8	4.3

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยของของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังการทดลองเสร็จทันทีที่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังการดูแลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลเป็นรายคู่ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน โดยการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณ ด้วยวิธีนิวแมน-คูลส์ (Neuman-Kuels)

Mean	ก่อนการทดลอง 73.0	หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน 96.0	หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที 95.2
73	-	23.0*	23.2*
96	-	-	0.2*
95.2	-	-	-
r	-	2	3
q.94(r,12)	-	3.0	3.7
SQR(MSerror/n)q.94(r,12)	-	3.2	3.9

*p<0.05

กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลเป็นรายคู่ในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน โดยการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณ ด้วยวิธีนิวแมน-คูลส์ (Neuman-Kuels)

Mean	ก่อนการทดลอง 74.1	หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน 70.2	หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที 71.8
74.1	-	3.8*	2.2*
70.2		-	1.5*
71.8			-
r		2	3
q.94 (r,12)		3.0	3.7
SQR (MSerror/n) q.94 (r,12)		2.4	2.9

*p<0.05

อภิปรายผล

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 การเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติกิจกรรมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศิริรัตน์ คัมสิน⁽⁶⁾ พบว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้พลังอำนาจและคุณภาพชีวิตภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สอดคล้องงานวิจัยของ วารุณี มีเจริญ⁽⁷⁾ และ Davis, L. L.⁽⁸⁾ พบว่าผู้ดูแลเพศหญิงเป็นเพศที่เหมาะสม มีความอ่อนโยน เอาใจใส่เหมาะสมที่จะรับบทบาทในการดูแลส่วนเพศชายเหมาะสมกับการรับบทบาทเป็นผู้ช่วยดูแลในเรื่องการบริหารจัดการต่างๆ เช่น การรับส่งไปพบแพทย์ การช่วยเหลือด้านการเงิน การจัดหาสิ่งของอำนวยความสะดวก มากกว่าที่จะทำหน้าที่เกี่ยวกับงานบ้านหรือการดูแลอนามัยส่วนบุคคลเช่น การอาบน้ำ แต่งตัว ผู้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสองอันดับแรกได้แก่ คู่สมรสและบุตร ตามลำดับ⁽⁹⁾ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 24 ชั่วโมงต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้ป่วยต้องการภาวะพึ่งพาสูง อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานจากการรักษา และพยาธิสภาพของโรคที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตัวตนเองลดลง ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลมากขึ้น⁽¹⁰⁾

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 การเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติกิจกรรมระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากแนวคิดของ Gibson⁽⁵⁾ ที่กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจส่วนใหญ่แล้วเป็นกระบวนการเฉพาะบุคคลในการพัฒนาตนเองโดยใช้ความรู้ ความสามารถ และความมั่นใจ เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญนำไปสู่การเปิดเผยปัญหา ร่วมกันค้นหาปัญหา การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ และแสดงความรู้สึกต่อสิ่งที่ปฏิบัติในกิจกรรม การดูแลครอบคลุมทุกมิติด้านสุขภาพแบบองค์รวม ทำให้ผู้ดูแลมีทักษะ เข้าใจกับปัญหา สามารถวางแผนการจัดการกับปัญหาได้เหมาะสม⁽¹¹⁾ การติดตามดูแลให้คำปรึกษา ชี้แนะและให้ข้อมูล เป็นผู้สนับสนุนในบางกิจกรรมที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะการปฏิบัติการดูแลร่วมกับคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ไขปัญหาในทุกขั้นตอน และให้อำนาจตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมด้วยตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมตามที่ได้เลือกไว้แล้ว เกิดประสิทธิภาพ⁽¹²⁾ มีการกระตุ้นเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรม

แก้ปัญหาหนี้ โดยให้แรงเสริมบวกด้วยการกล่าวคำชมเชยให้กำลังใจ ผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น ที่สามารถจัดการและควบคุมสถานการณ์ต่างๆ จึงทำให้มีระดับการรับรู้พลังอำนาจเพิ่มขึ้น หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและความคงทนของการรับรู้พลังอำนาจต่อเนื่องในระยะติดตามผล 1 เดือน

สรุป

การเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความพึงพอใจในบทบาทได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2020. Atlanta : American Cancer Society ; 2020.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ : สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) ; 2564.
3. กิตติพล นาควิโรจน์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์ ; 2559.
4. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. J Adv Nurs 1995;21(6):1201-10. doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.21061201.x.
5. Gibson CH. A study of empowerment in mother of chronically ill children (Unpublished doctoral dissertation). USA : Boston College ; 1993.

6. ศิริรัตน์ คุ่มลิน. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา ; 2556.
7. วารุณี มีเจริญ. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรัง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. Rama Nurse J 2559;20(1):10-22.
8. Davis LL. Building a science of caring for caregivers. Fam Community Health 1992; 15(2):1-10.
9. Victoria Hospice Society. The Palliative Performance Scale version 2 (PPSv2) tool. J Pall Care. 2019;9(4):26-32.
10. Nagy-Agren S, Haley H. Management of infections in palliative care patients with advanced cancer. J Pain Symptom Manage 2002;24(1):64-70. doi: 10.1016/s0885-3924(02)00420-7.
11. ปฐมพร ศิริประภาศิริ, เดือนเพ็ญ ห่อรัตนารเรือง, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์กรการสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์ ; 2563.
12. สุวคนธ์ กุรัตน, พัชรี ภาวโช, สุวิริยา สุวรรณโคตร. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย : มิติใหม่ที่ท้าทายบทบาทของพยาบาล. นนทบุรี : วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ; 2556.