



พลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถ ในการดูแลของพี่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

Effects of the Empowerment on Perceived Caring Capabilities Among Caregivers of Patients with Traumatic Brain Injury

เพ็ญญา	จายวรรณ	พย.ม.*	Pennapa	Jaywan	M.N.S*
พิกุล	นันทชัยพันธ์	พย.ด.**	Pikul	Nantachaipan	D.N.S.**
ฉวีวรรณ	ธงชัย	M.A.***	Chaweewan	Thongchai	M.A.**

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บสมองทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ส่งผลให้มีความต้องการการสนับสนุนและดูแลจากผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง การส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพ การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 ราย เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2557 กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มตัวอย่าง 26 รายแรกได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลอง 26 ราย ได้รับการส่งเสริมพลังอำนาจในกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เครื่องมือรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และ แบบสอบถามความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ และสถิติทดสอบทีแบบอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งในวันจำหน่าย และ 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ในวันจำหน่าย และ 1 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ไม่พบความแตกต่างของความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจระหว่างวันจำหน่าย และ 1 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมความสามารถของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้ ทั้งนี้ควรทำการศึกษาการคงอยู่ของความสามารถของผู้ดูแลในการวิจัยครั้งต่อไป

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

* Professional Nurse, Chiangrai Pachanukroh Hospital

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University



คำสำคัญ: บาดเจ็บสมอง การเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแล ความสามารถของผู้ดูแล

Abstract

Traumatic brain injuries impair self-care ability of the patients resulting in the need for support and care by caregivers. In order to meet the needs of the patients, promoting care ability among caregivers is essential for health care providers. This quasi-experimental study aimed to examine the effect of an empowerment process on the caring capabilities of caregivers of the patients with traumatic brain injury. The study participants were composed of 52 family caregivers of the patients with traumatic brain injury who admitted into the neurosurgical ward of Chiangrai Pachanukroh Hospital from April to July 2014. The participants were divided into two groups; the first 26 participants received routine care were in the control group while the other 26 participants were in the experimental group. The researcher provided training to the participants in the experimental group according to the empowerment program developed by the researcher. Instruments for data collection included demographic data form and the Capability of Caregiver Assessment Questionnaire. The data were analyzed using 2-way repeated measured analysis of variance and independent t-test.

Results of the study revealed that:

1. Caring capabilities of the caregivers in the experimental group were statistically significant ($p < .001$) higher than those of the control group on the discharge day and 1 month after discharge from the hospital.
2. Caring capabilities of the caregivers in the experimental group were statistically significant ($p < .05$) higher on the discharge day and 1 month after discharge from the hospital when compared with care practices measured before entering the study. There was no significant difference in caring capabilities between the discharge day and 1 month after discharge.

Study findings can be used to improve caring capabilities among family caregivers of patients with traumatic brain injury. Sustainability of the care capabilities among these caregivers need to be further explored in future study.

Key words: Traumatic Brain Injury, Empowerment, Caregivers, Caregivers' capabilities



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บสมอง (traumatic brain injury) เป็นปัญหาสำคัญของนานาชาติ และเป็นสาเหตุใหญ่ของการเสียชีวิตและทุพพลภาพ ในแต่ละปีสหรัฐอเมริกา มีผู้บาดเจ็บสมองประมาณ 403 คนต่อแสนประชากร ในจำนวนนี้มีประมาณ 85 คนต่อแสนประชากร ที่ได้รับบาดเจ็บสมองในระดับรุนแรงและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในจำนวนของผู้ที่รอดชีวิตจากการบาดเจ็บสมองพบว่า มีประมาณ 70,000-90,000 คน ที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ (Maas, Stoocchetti & Bullock, 2008) สำหรับในประเทศไทย พบว่ามีจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 จำนวน 9,719 ราย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บสมอง (สำนักงานตำรวจแห่งชาติ, 2556) จากสถิติอุบัติเหตุจราจรในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีผู้พิการจากอุบัติเหตุจราจรสะสมกว่า 100,000 คน และมีผู้พิการรายใหม่ประมาณ 5,000 คนต่อปี มูลค่าความสูญเสียประมาณ 2 แสนล้านบาทต่อปี (สำนักงานตำรวจแห่งชาติ, 2553)

การบาดเจ็บสมอง ทำให้เกิดความผิดปกติของการทำงานของสมอง ส่งผลให้เกิดความบกพร่องของร่างกาย สติสัมปชัญญะ ความรู้สึกนึกคิด จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม (Reilly & Bullock, 2005) การเปลี่ยนแปลงภายหลังได้รับบาดเจ็บสมองมีตั้งแต่การบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้เหมือนปกติ ไปจนถึงการได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือสูญเสียสมรรถภาพ ซึ่งการสูญเสียสมรรถภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่พบ ได้แก่ ความบกพร่องด้านการรู้คิด ความบกพร่องทางด้านร่างกาย ความบกพร่องด้านจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม (Woodward, & Mestecky, 2011) ความบกพร่องดังกล่าวส่งผลให้ผู้บาดเจ็บสมองไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม และต้องการการดูแลจากผู้ดูแลเพื่อช่วยเหลือในด้านการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในขณะที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ต้องเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ผู้ดูแล คือ บุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก (Mathews, Dunbar-Jacob, Serieka, Schulz, & McDowell, 2004) กิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องกระทำในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีความพิการหลงเหลืออยู่มักมีความซับซ้อน ต้องการความรู้และทักษะการดูแลที่ต่างจากการดูแลสุขภาพทั่วไป เป็นการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนาน ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีศักยภาพเพียงพอที่จะสามารถดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย การพัฒนาทักษะและความสามารถของผู้ดูแลจึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ (Sawatzky & Fowler-kerry, 2003) จากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองไม่มีเวลาที่จะดูแลเอาใจใส่ตนเองอาจส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบต่างๆ ตามมาได้

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีภาวะแทรกซ้อนและความพิการหลงเหลืออยู่ ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนาน ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยผู้ดูแลจะมีแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป ต้องใช้ยานอนหลับและดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า และมีการปรับตัวเข้าสู่สภาวะหมดลง (Marsh, Kersel, Havill, & Sleight, 2002) การที่ผู้ดูแลต้องทุ่มเทกำลังกายดูแลกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยอาจส่งผลให้มีอาการปวดกล้ามเนื้อ ได้รับบาดเจ็บของกระดูก ข้ออักเสบ และรู้สึกไม่สบายทางกาย (Hassan, Khaw, Rosna, & Husna, 2011) ผลกระทบดังกล่าวส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า เหนื่อยล้า และสูญเสียพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลจะรู้สึกว่าตนเองด้อยอำนาจที่จะดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้ตามความต้องการ การที่จะพัฒนาศักยภาพในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ผู้ดูแลจะต้องมีพลังอำนาจ ถ้าผู้ดูแลสูญเสียพลังอำนาจไม่สามารถควบคุมการดูแลตนเองได้ จะทำให้การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเองบกพร่อง ทำให้รู้สึกท้อแท้ หดหู่ ขาดที่พึ่งพา และขาดการแสวงหาความรู้และความเข้าใจในเรื่องต่างๆ



ขาดความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้ขาดการตัดสินใจที่ถูกต้อง และใช้วิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม แต่ในทางตรงกันข้ามหากผู้ดูแลมีพลังอำนาจก็จะมีศักยภาพในการรับรู้ ทำให้มีการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม มีการแสวงหาข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจที่ดี นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพของชีวิตได้ (Gibson, 1995)

การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ผ่านมา มีการศึกษาการส่งเสริมความสามารถในการดูแลของครอบครัวสามารถช่วยลดการเกิดแผลกดทับและข้อยึดติดของผู้บาดเจ็บสมองได้ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลและมีการติดตามผลหลังจำหน่าย 1 เดือน (จุฬารีย์ ถิ่นทิพย์, 2550) แต่การศึกษาที่ผ่านมาไม่สามารถยืนยันถึงความยั่งยืนของการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้ การที่ผู้ดูแลจะสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้ ผู้ดูแลจะต้องมีพลังอำนาจ มีการพัฒนาศักยภาพของตนเอง สามารถปรับสถานการณ์การเผชิญปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหามาปรับใช้ การดำเนินการตามชีวิต สามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของตนเองและครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ได้ถึงพลังอำนาจของตนเอง สามารถจัดการควบคุมสถานการณ์ในการดูแล โดยผู้ดูแลรับรู้ได้ถึงความสำเร็จในการดูแล มีการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ รวมถึงการนำความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมมาปรับเปลี่ยนเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่ความมั่นใจและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป (Gibson, 1995) การที่ผู้ดูแลพัฒนาตนเองให้มีศักยภาพ สามารถจัดการกับปัญหาและควบคุมสถานการณ์ต่างๆ หรือปฏิบัติหน้าที่ของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ นั่นคือการมีพลังอำนาจนั่นเอง

จากที่กล่าวมาข้างต้น การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีความพิถีพิถันและบกพร่องในการดูแลตนเองจะส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและครอบครัว จึงมีความจำเป็นที่ผู้ดูแลจะต้องได้รับการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าวิจัยจึงนำ

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson, 1995) มาพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในวันจำหน่ายและ 1 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในวันจำหน่ายและ 1 เดือนหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ตัวแปรต้นของการศึกษา ได้แก่ การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง ระยะนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้ประเมินตนเองในเรื่องความรู้เรื่องโรค การดูแลรักษา ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงปัญหา สามารถประเมินความสามารถของตนในการดูแลผู้ป่วยได้ 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการร่วมกันแก้ไขปัญหา



สะท้อนคิดให้เกิดความเข้าใจปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถตัดสินใจและวางแผนการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น 3) การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ เป็นขั้นตอนของการพิจารณาลำดับความสำคัญของปัญหาและความเป็นไปได้ของทางเลือกต่างๆ ที่มีอยู่ ดำเนินการตามแผนหรือทำกิจกรรมที่ได้ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเหมาะสมและดีที่สุดมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย และประเมินผลการปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง คงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้อย่างต่อเนื่อง ตัวแปรตาม ได้แก่ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง 4 ด้าน ประกอบด้วย การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วย

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) ออกแบบการศึกษาโดยใช้สองกลุ่มวัดก่อนทดลอง หลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2557 ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2557 ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์และคุณสมบัติที่กำหนด คือ 1) เป็นบุคคลที่รับผิดชอบในการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยโดยตรง และมีเวลาให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอมากที่สุดตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและที่บ้าน 2) มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายหรือทางสายเลือดกับผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัว โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างในการดูแลผู้ป่วย 3) อายุ 18

ปีขึ้นไป 4) สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 5) สามารถโทรศัพท์เยี่ยมติดตามที่บ้านได้ เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติข้างต้นได้ 52 ราย ตามเกณฑ์กำหนดขนาดอิทธิพลที่ .05 ค่าอำนาจทดสอบที่ .80 และค่าความเชื่อมั่นที่ .05 (Burn & Grove, 2009) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมก่อนจำนวน 26 ราย เมื่อครบแล้วจึงเลือกกลุ่มทดลอง โดยคัดเลือกให้มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมโดยใช้เทคนิคการจับคู่ โดยให้ความใกล้เคียงกันโดยใช้คะแนน Glasgow Coma Scale (GCS) ของผู้ป่วยเป็นตัวกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
 - 1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ บทบาทในครอบครัว สาเหตุการบาดเจ็บ บทบาทในครอบครัว และคะแนนกลาสโกว์ โคมา สเกล
 - 1.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว โรคประจำตัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง
 - 1.3 แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างโดย จารึก ธานีรัตน์ (2544) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .88 และนำมาหาค่าความเชื่อมั่น โดยทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92 แบบประเมินมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติเลย ปฏิบัติบางครั้ง และ ปฏิบัติทุกครั้ง ประกอบด้วยข้อคำถามที่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วย 4 ด้าน คือ ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน จำนวน 10 ข้อ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน



จำนวน 7 ข้อ ด้านการฟื้นฟูสภาพ จำนวน 5 ข้อ และด้านการดูแลทางด้านจิตใจ จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งหมด 26 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 แผนกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ผ่านการตรวจสอบและแก้ไขให้มีความถูกต้องครอบคลุมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และผ่านการทดลองใช้เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติก่อนนำไปใช้จริง ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง สอดคล้องกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน

2.2 คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสำหรับผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบและแก้ไขให้มีความถูกต้องครอบคลุมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และผ่านการทดลองใช้เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติก่อนนำไปใช้จริง ประกอบด้วย ความหมายของการบาดเจ็บสมอง สาเหตุการรักษา ผลกระทบของการบาดเจ็บสมอง และกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประเมินผลก่อนทดลอง หลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีและหลังการทดลอง เสร็จสิ้น 1 เดือน โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง กลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคลโดยเข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 7 ครั้ง นานครั้งละ 1-2 ชั่วโมง โดยกิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 1 คือการค้นพบสภาพการณ์จริง ใช้กลวิธีการยอมรับความเป็นบุคคล การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร ร่วมกันวิเคราะห์และค้นหาปัญหาของผู้ป่วยที่ผู้ดูแลต้องมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน กิจกรรมครั้งที่ 2 (ห่างจากกิจกรรมครั้งที่ 1 ประมาณ 1-3 วัน) ดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 2 คือการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ใช้เทคนิคสะท้อนคิดโดยตั้งคำถามให้กลุ่มตัวอย่างได้สะท้อนคิดและ

ทบทวนปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วย ทางเลือกหรือวิธีส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้จากการสะท้อนคิด กิจกรรมครั้งที่ 3 (ห่างจากกิจกรรมครั้งที่ 2 ประมาณ 1-3 วัน) ดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 3 คือการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันพิจารณาลำดับและความสำคัญของปัญหาและความเป็นไปได้ของทางเลือกต่างๆ ที่มีอยู่ ให้กลุ่มตัวอย่างลงมือทำกิจกรรมที่ได้ร่วมกันตัดสินใจเลือกนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้วิจัยเป็นผู้สอน ให้ข้อมูล สนับสนุน ช่วยฝึกทักษะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย แจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองให้ผู้ดูแลใช้ประกอบการดูแลผู้ป่วย กิจกรรมครั้งที่ 4 (วันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล) ดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 4 คือการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการประเมินผลการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย และคงไว้ซึ่งกิจกรรมการดูแลที่ดีและมีประสิทธิภาพเพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน กิจกรรมครั้งที่ 5 และ 6 เป็นการโทรศัพท์ติดตามที่บ้านโดยมีการโทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 15-30 นาที เพื่อสอบถามสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย ปัญหา อุปสรรค และความต้องการการช่วยเหลือ สนับสนุนให้ผู้ดูแลทำกิจกรรมการดูแลที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมครั้งที่ 7 เป็นการติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของผู้ดูแลหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ดำเนินกิจกรรมเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด เป็นการทบทวนและประเมินผลการทำกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ผ่านมา และดำเนินกิจกรรมยุติกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย การวิจัยนี้ดำเนินการภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลเชียงใหม่ประจักษ์นคราห์ ผู้วิจัยแจ้งการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่างทุกคนและให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองใน ระยะก่อนเข้าโครงการ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ ความแปรปรวนแบบสองทางวัดซ้ำ (Two - way Analysis of Variance with Repeated measures) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถ ของผู้ดูแลรายคู่ของแต่ละระยะ (post hoc tests) ใน แต่ละกลุ่ม ระยะก่อนเข้าโครงการ วันจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน โดยการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณ (multiple comparison) ด้วยวิธีของบอนเฟอรอนี (Bonferroni) และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความ สามารถของผู้ดูแลเป็นรายคู่ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม ควบคุมแต่ละระยะได้แก่ ระยะก่อนเข้าโครงการ วันจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน โดยใช้สถิติทีแบบอิสระ (independent t-test)

ผลการวิจัย

ผู้ดูแลทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะ คล้ายคลึงกันคือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุในช่วง 41-50 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส จบการศึกษาใน ระดับประถมศึกษา มีอาชีพเป็นเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท รายได้ที่มีเพียงพอใช้จ่ายในครอบครัวอย่างประหยัด ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมารดา รองลงมาเป็น ภรรยา มีสุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว และส่วนใหญ่ ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมาก่อน ด้านผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมี ลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุ

ในช่วง 21-30 ปี และ 51-60 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ระดับ การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพ เกษตรกร มีบทบาทเป็นสมาชิกในครอบครัว สาเหตุการ บาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจากการจักรยานยนต์ มีคะแนน Glasgow Coma Scale แรกรับเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 3-8 คะแนน และมีคะแนน Glasgow Coma Scale ก่อนจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาลอยู่ในช่วง 13-15 คะแนน

คะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย บาดเจ็บสมองกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลอง วัน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล 1 เดือน มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 15.50 (SD=3.80), 33.60 (SD=6.10) และ 33.00 (SD=3.90) ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลของ ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในระยะก่อนการทดลอง วัน จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล 1 เดือน มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 14.20 (SD=2.20), 46.00 (SD=3.30) และ 47.10 (SD=2.10) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถ ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในระยะก่อน การทดลอง วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลัง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความ แปรปรวนแบบสองทางวัดซ้ำ พบว่ามีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านกลุ่มกับปัจจัยด้านระยะเวลาของการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยความ สามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ระหว่างก่อนเข้าโครงการ วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนน เฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ สมองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงใน ตารางที่ 1

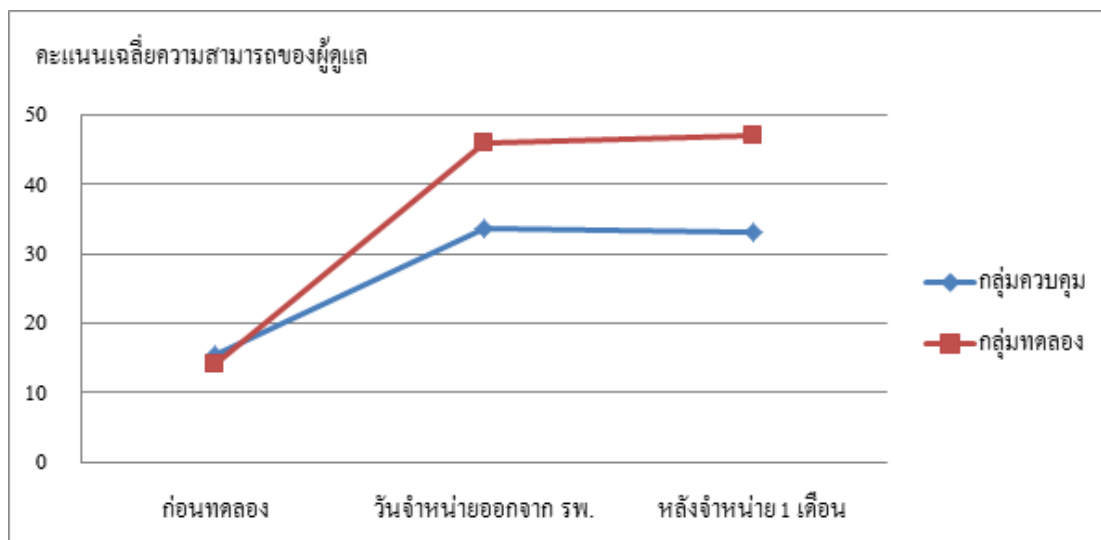
ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานเจ็บสมองระหว่างปัจจัยด้านของกลุ่ม (กลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง) และปัจจัยด้านระยะเวลา (ก่อนการทดลอง วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน)

Source	SS	Df	MS	F	Sig.
Intercept	155674.26	1	155674.26	4.71E3	.000
Group	2741.77	1	2741.77	79.55	.000
Error	1723.31	50	34.47		

ค่า $p < .05$

จากตารางที่ 1 พบว่าผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านกลุ่มกับปัจจัยด้านระยะเวลาของการทดลอง เมื่อแสดงด้วยกราฟพบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเจ็บสมองระหว่างก่อนการทดลอง วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

1 เดือน แตกต่างกันโดยคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมีค่าสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งในการวัดวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ส่วนคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเจ็บสมองก่อนเข้าโครงการไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กราฟเส้นแสดงการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานเจ็บสมองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกับระยะเวลาการทดลอง



เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเป็นรายคู่ภายในกลุ่มควบคุมที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติทดสอบบอนเฟอโรนี ระหว่างก่อนการทดลอง วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน กลุ่มควบคุมมีคะแนนค่าเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ก่อนการทดลองแตกต่างจากวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือนไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองภายในกลุ่มควบคุมในการวัดก่อนการทดลอง วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน (n=26)

	วัดก่อนการทดลอง	วันจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล	หลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล 1 เดือน
การวัดก่อนการทดลอง	18.12*	18.12*	17.47*
วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	17.47*		.65
1 เดือนหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล	.65		

* ค่า $p < .05$

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเป็นรายคู่ภายในกลุ่มทดลองที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติทดสอบบอนเฟอโรนี ระหว่างก่อนการทดลอง วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนค่าเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองก่อนการ

ทดลองแตกต่างจากวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือนไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองภายในกลุ่มทดลองในการวัดก่อนการทดลอง วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน (n=26)

	วัดก่อนการทดลอง	วันจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล	หลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล 1 เดือน
การวัดก่อนการทดลอง		31.81*	32.85*
วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	31.81*		1.10
1 เดือนหลังจำหน่ายออกจาก โรงพยาบาล	32.85*	1.10	

* ค่า $p < .05$



เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเป็นรายคู่ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในแต่ละระยะได้แก่ ก่อนการทดลอง วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน โดยใช้สถิติแบบอิสระ พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใกล้เคียงกัน แต่วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการ

ดูแลของผู้ดูแลโดยวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุม และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองนั้นส่งผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลร่วมกัน จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในการวัดก่อนการทดลอง วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ($n=26$)

	กลุ่มควบคุม ($n= 26$)		กลุ่มทดลอง ($n= 26$)		$t_{(df=50)}$	p-value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
ก่อนการทดลอง	15.50	3.80	14.20	2.20	-1.459	.152
วันจำหน่ายออกจาก รพ.	33.60	6.10	46.00	3.30	9.121	.000
1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากรพ.	33.00	3.90	47.10	2.10	15.925	.000

การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแลมีคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าคะแนนความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แต่ไม่พบความแตกต่างของความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจระหว่างวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และหลัง

จำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 เดือน อธิบายได้ว่า ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่เพิ่มขึ้นเนื่องมาจากผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) โดยให้ความรู้รายบุคคลในเรื่องการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง มุ่งเน้นให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา คิดวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหากำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และผลกระทบจากการดูแลที่มีต่อตนเองและครอบครัวครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม



ให้อำนาจผู้ดูแลในการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติการดูแลด้วยตนเอง และให้ผู้ดูแลลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตามวิธีที่เลือกไว้แล้ว มีการประเมินผลการปฏิบัติด้วยตนเองจนเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อประเมินความก้าวหน้า ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง จากกระบวนการทั้งหมด ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและมีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย มีการพัฒนาตนเองในการเรียนรู้วิธีการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้น จนเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เห็นคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง และมีพลังอำนาจในตนเองเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการการศึกษาของประภาชีวีโรจน์ (2553) ที่ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน สูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมกลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่คะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ของกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน

จากการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นตั้งแต่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งแตกต่างจากผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กิบสัน (Gibson, 1995) เชื่อว่าการรับรู้พลังอำนาจ เป็นผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการที่บุคคลรายงานว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง โดยมีการรับรู้ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรู้สึกถึงความสามารถในการจัดการในสถานการณ์ตนเอง 2) ความพึงพอใจใน

ตนเอง 3) การพัฒนาตนเอง และ 4) การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต กิบสันเชื่อว่าหากบุคคลมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองทั้ง 4 ด้านในระดับสูงก็จะสามารถให้การดูแลบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยรับรู้และเห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ดูแลในทางที่ดีขึ้น ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่างว่า “ฉันรู้สึกดีมากกับการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ทำให้รู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้าน” “ขอบคุณ คุณพยาบาลที่ทำให้ผมได้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เพราะช่วยให้ผมคลายความวิตกกังวล คลายความเครียดลงมากเลยครับ” “ตอนแรกก็รู้สึกเครียด กังวล กลัวว่าจะดูแลคนไข้ไม่ได้ ไม่มีประสบการณ์มาก่อน แต่ตอนนี้รู้สึกมั่นใจ สามารถเปลี่ยนเสื้อผ้า อาบน้ำ ป้อนอาหาร และออกกำลังกายให้ผู้ป่วยได้แล้วค่ะ” “ฉันรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลพ่อ ได้ทดแทนบุญคุณท่านด้วยค่ะ” แสดงให้เห็นว่าการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกิดการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง มีความเชื่อมั่น เห็นคุณค่า และเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีการพัฒนาตนเองในการเรียนรู้วิธีการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยในทางที่ดีขึ้น เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และเกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางพยาบาลในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลและให้เกิดการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาในระยะยาวเพื่อติดตามประเมินผลความยั่งยืนของการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

เอกสารอ้างอิง

- จารึก ธานีรัตน์. (2544). ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จุฬารวี ถิ่นทิพย์. (2550). ผลของการส่งเสริมการดูแลของครอบครัวต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับและข้อยึดติดในผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ. *พยาบาลสาร*, 35(2), 155-163.
- ประภา ชีวโรจน์. (2553). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. (2553). สถิติคดีอุบัติเหตุจราจรทางบกปี 2553. กรุงเทพฯ: สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. Retrieved from http://statistic.ftp.police.go.th/traff_main.htm
- สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. (2556). สถิติคดีอุบัติเหตุจราจรทางบกปี 2556. กรุงเทพฯ: สำนักงานตำรวจแห่งชาติ. Retrieved from <http://www.roadsafetythailand.com/main/index.php/data-statistics-th/statnormal>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization*. (6th ed.). St.Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1201-1210.
- Hassan, S. T. S., Khaw, W. F., Rosna, A. R., & Husna, J. (2011). Traumatic Brain Injury: Caregivers' Problems and Needs. *J Nepal Med Assoc*, 51(181), 53-5.
- Maas A. R., Stocchetti, N., & Bullock, R. (2008). Moderate and severe traumatic brain injury in adult. *Lancet*, 7, 728-42.
- Marsh, N. V., Kersel, D. A., Havill, J. H., & Sleight, J. W. (2002). Caregiver burden at 6 months following severe traumatic brain injury. *Brain injury*, 12(3), 225-238.
- Mathews, J. T., Dunbar-Jacob, J., Serieka, S., Schulz, R., & McDowell, J. (2004). Preventive health practices: Comparison of family caregiver 50 and older. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(2), 46-54.
- Reilly, P., & Bullock, R. (2005). *Head injury: Pathophysiology and management of severe close injury*. London: Chapman & Hall.
- Sawatzky, J. E., & Fowler-kerry, S. (2003). Impact of caregiving: listening to the voice of informal caregivers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 277-286.
- Woodward, S. & Mestecky, A. M. (2011). *Neuroscience nursing : evidence-based practice*. Chichester, West Sussex: Blackwell Pub.