

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุ
โรคหลอดเลือดสมอง



นายชาฤทธิ์ วรวิญญพงศ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

THE EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM EMPHASIZING FAMILY PARTICIPATION
ON DEPRESSION OF OLDER PERSONS WITH STROKE

Mr. Charit Worawichayapong



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัว
มีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด
สมอง

โดย

นายชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.จिरาพร เกศพิชญวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร.จिरาพร เกศพิชญวัฒนา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โปธิสาร)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ซาฤทธิ วรวิญญพงศ์ : ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. (THE EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM EMPHASIZING FAMILY PARTICIPATION ON DEPRESSION OF OLDER PERSONS WITH STROKE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา, 154 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม 2) เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยการจับคู่เพศ อายุ ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และระดับภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 40 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน คือ 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย มีค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.93 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อนิสิิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

5377563436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: EMPOWERMENT / FAMILY PARTICIPATION / DEPRESSION / OLDER PERSONS / STROKE

CHARIT WORAWICHAYAPONG: THE EFFECT OF EMPOWERMENT PROGRAM EMPHASIZING FAMILY PARTICIPATION ON DEPRESSION OF OLDER PERSONS WITH STROKE. ADVISOR: ASSOC. PROF. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D., 154 pp.

The purposes of this study were to 1) compare depression of older persons with stroke before and after participated in empowerment program emphasizing family participation 2) compare depression of older persons with stroke between the group participated in the empowerment program and the control group. The study design is Quasi-experimental with pre-posttest control group matching sex, age, Barthel ADL Index, and depression level. The participants were 40 older persons with stroke who met the inclusion criteria. They were randomly assigned into one experimental group with 20 subjects and control group with 20 subjects. Instruments of this study comprised with 2 parts which are: 1) Empowerment Program emphasizing family participation developed by the researcher based on Empowerment concept (Gibson, 1995) and Shared Care concept (Sebern, 2005) and were tested for content validity by the experts; 2) Data collecting instrument was Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) with the reliability of 0.93. The data were analyzed using mean, standard deviation, and t-test.

Major findings were as follows:

1. Depression of older persons with stroke after participated in empowerment program emphasizing family participation were significantly lower than before participated program, at p .05 level.

2. Depression of older persons with stroke who participated empowerment program emphasizing family participation were significantly lower than the control group, at p .05 level.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2013

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่สละเวลาอันมีค่า กรุณา ให้คำปรึกษาและให้ข้อคิดเห็น ตลอดจนแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ อีกทั้งให้ความห่วงใย เข้าใจ เอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่ อาจารย์มอบให้เป็นอย่างดี จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และ คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาและมอบ ประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีค่าแก่ผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศรัทธยา รัตน์นิมล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช อาจารย์ ดร.ตนุลดา จามจรี และอาจารย์ นลินี พสุคันธรักษ์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะเครื่องมือในการวิจัย ขอขอบคุณ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่กรุณาอนุญาตให้นำแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจมาใช้ ในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยาที่อนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล อาจารย์นลินี พสุคันธรักษ์ นอกจากเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยแล้ว ยัง กรุณาเป็นที่ปรึกษาในระหว่างการเก็บข้อมูลในสถาบันประสาทวิทยา และเจ้าหน้าที่สถาบันประสาท วิทยาทุกท่านที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก “ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต” บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา และครอบครัว ที่ได้อบรมสั่งสอนให้ผู้วิจัยเป็นผู้ที่ รักการเรียนรู้ตั้งแต่วัยเยาว์ และเป็นแรงผลักดันให้กำลังใจที่ดีเสมอมา ประโยชน์อันเกิดจาก วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแก่บุพการี คณาจารย์ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี และขอขอบคุณกัลยาณมิตร ที่ทำให้ผู้วิจัยได้รับ ประสบการณ์ที่ดี ณ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
แนวคิดเหตุผลการวิจัยและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
1. โรคหลอดเลือดสมองและผู้สูงอายุ.....	13
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ.....	19
3. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.....	26
4. แนวคิดและหลักการการเสริมสร้างพลังอำนาจ.....	30
5. แนวคิดและหลักการการมีส่วนร่วมของครอบครัว.....	34
6. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง.....	37
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	41
8. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	45
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	48
รูปแบบการวิจัย.....	48
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	48

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	49
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	49
เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย.....	57
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	58
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	63
ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	65
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	75
สรุปผลการวิจัย	79
อภิปรายผลการวิจัย	80
ข้อเสนอแนะ	87
รายการอ้างอิง.....	89
ภาคผนวก.....	99
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	100
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิจัย หนังสือรับรองจริยธรรม หนังสืออนุญาตให้ใช้แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ.....	102
ภาคผนวก ค เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	111
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	118
ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล.....	149
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	154

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายคู่ จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับความสามารถ ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และระดับภาวะซึมเศร้า 52

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว 54

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามโรคประจำตัว ที่เกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การใช้ยารักษาอาการซึมเศร้า ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระดับการรับรู้ (Cognitive function) และระดับภาวะซึมเศร้า 55

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และการได้รับความรู้ เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 56

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มที่เข้าร่วม และไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัว มีส่วนร่วม 73

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วม กับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ก่อนและหลังการทดลอง..... 74

ตารางที่ 7 คะแนนภาวะซึมเศร้า จำแนกตามกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง 150

ตารางที่ 8 คะแนนภาวะซึมเศร้า ระดับภาวะซึมเศร้า และคะแนนการรับรู้พลังอำนาจ ในกลุ่มทดลอง 151

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	47
ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย	71



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยที่สุด เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต และความพิการของประชากรทั่วโลก World Stroke Organization (WSO) รายงานว่า ปี 2549 มีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปีละ 5.7 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2558 จะมีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 6.7 ล้านคน (World Stroke Organization, 2009: online) และ American Stroke Association รายงานว่ามีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในสหรัฐอเมริกา 795,000 รายต่อปี (American Stroke Association, 2011) สำหรับประเทศไทยนั้น จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2550-2553 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีอุบัติการณ์สูงขึ้นทุกปี โดยมีอัตราต่อ 100,000 ประชากร เท่ากับ 216.58, 277.67 และ 307.93 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค, 2555: ออนไลน์) จากสถานการณ์ดังกล่าวพบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีอุบัติการณ์สูงในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Legger, 1994; Easton, 1999; Sacco and others., 2006; The European Registers of Stroke (EROS) Investigators, 2009)

ประชากรผู้สูงอายุมีอุบัติการณ์สูงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะมีผลกระทบเกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Poynter and others, 2009) ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นมีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มผู้ป่วยวัยอื่น แต่พบปัญหาที่ซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาโรคเรื้อรังต่างๆ ที่เกิดขึ้นก่อนที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดจากความเสื่อมตามวัยของผู้สูงอายุ (Shuaib and Hachinski, 1991; Easton, 1999) ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้นหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Post stroke depression) และเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่พบมากที่สุด ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 6-79 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Provinciali and Coccia, 2002; Whyte and others, 2004) ทั้งนี้อัตราที่เกิดขึ้นจะมีความแปรผันตามความแตกต่างของกลุ่มประชากรและการศึกษา ภาวะซึมเศร้าทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม (สายฝน เอกวรางกูร, 2554; Beck, 1967) โดยมีอาการแสดงในลักษณะต่างๆ เช่น มีอารมณ์เศร้ามาก รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ หดหู่ใจ มีความคิดเชิงซ้ำลงตำหนิตนเอง มีความรู้สึกที่ตนเองไม่มีคุณค่า มีการนับถือตนเองลดลง มองโลกในแง่ร้าย ขาดความสนใจในสิ่งต่างๆ รอบตัว ซึม เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงหรือเพิ่มขึ้นผิดปกติ นอนไม่หลับ เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง แยกตัวออกจากสังคม รวมถึงมีความคิดหรือพยายามทำร้ายตนเอง (สมภพ เรืองตระกูล, 2542; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) เมื่อพิจารณาถึงผลกระทบของภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายและด้านการใช้ภาษาช้ากว่าผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้า ซึ่งอาจเกิดจากการขาดแรงจูงใจหรือรู้สึกไม่มีเรี่ยวแรงในการทำกายภาพบำบัด ส่งผลให้การฟื้นฟูสมรรถภาพช้ากว่าผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้า (Spalletta, 2002)

นอกจากนี้ผู้ที่มิภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่มิภาวะซึมเศร้า ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตเกิดจากการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะหัวใจล้มเหลว และการฆ่าตัวตาย รวมถึงผู้ที่มิภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะมีโอกาสเกิดความบกพร่องทางพุทธิปัญญาได้มากกว่าผู้ที่มิภาวะซึมเศร้าจากภาวะสมองขาดเลือด (Whyte and Mulsant, 2002) ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้ามักกล่าว เมื่อเกิดกับผู้สูงอายุซึ่งปกติจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ตามวัยที่เสื่อมลงอยู่แล้ว เมื่อเกิดมีความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ จะยิ่งทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ดังนั้นผลกระทบจากภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มาก

ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อาชีพ เพศ (จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และ พรชัย สติธิปัญญา, 2548) ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน (ภาพันท์ เจริญสุวรรณ, 2546) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง การสนับสนุนทางสังคมลดลง (ภาพันท์ เจริญสุวรรณ, 2546; จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และ พรชัย สติธิปัญญา, 2548; Sit and others, 2007) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลต่ำ (Sit and others, 2007) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางด้านพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นในสมองที่เป็นปัจจัยทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้อีกด้วย (Carson and others, 2000; Narushima, Kosier, and Robinson, 2003) และปัจจัยสำคัญประการหนึ่งของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการสูญเสียพลังอำนาจ (Kaplan and Sadock, 1989; Kurlowicz, 1994) เป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ของตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตนเองได้ ต้องอยู่ในสภาพที่ต้องปฏิบัติตามแนวทางของบุคคลอื่น จนทำให้เกิดความไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจ นำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง และหากการสูญเสียพลังอำนาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความนับถือในตนเอง จนนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า (Miller, 1992) สำหรับสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในตนเองจากภาวะพึ่งพา ภาวะร่างกายและความสามารถที่เปลี่ยนแปลงไป (ภาพันท์ เจริญสุวรรณ, 2546; จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และ พรชัย สติธิปัญญา, 2548; วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2552; Sit and others, 2007) นำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจ สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้สูงอายุซึ่งร่างกายมีความเสื่อมเพิ่มขึ้น ต้องพึ่งพาครอบครัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ที่ยิ่งทำให้ภาวะซึมเศร้ามีมากขึ้น (Pirkis, 2009)

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนสำคัญต่อการกลับสู่สภาพเดิมของการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยพบว่าผู้ที่มิภาวะซึมเศร้ามีภาวะด้อยสมรรถภาพมากกว่า และมีการฟื้นตัวในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยกว่าผู้ที่มิภาวะซึมเศร้า (Chemerinski, Robinson, and Kosier, 2001) ภาวะซึมเศร้ามักทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง หดงำลังใจ มีอาการท้อแท้ เบื่อหน่าย ไม่มีกำลังใจในการฝึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพใช้เวลานานขึ้น หรือไม่สามารถดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพไปจนบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้ (เจียมจิต โสภณสุขสถิตย์, 2544) การทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีระดับภาวะซึมเศร้า

ลดลง หรือไม่มีภาวะซึมเศร้า จึงเป็นเป้าหมายสำคัญที่ช่วยให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีความก้าวหน้าที่ดีขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตระหนักในพลังอำนาจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก็จะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และลดการพึ่งพาจากบุคคลอื่น ซึ่งช่วยทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

เนื่องจากปัจจัยสำคัญประการหนึ่งของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองนั้น เกิดจากการสูญเสียพลังอำนาจ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตระหนักในพลังอำนาจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจ จึงเป็นกระบวนการสำคัญในการเพิ่มแหล่งพลังอำนาจในตัวผู้ป่วย (Miller, 1992) โดยเป็นทั้งกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตนเอง และกระบวนการระหว่างบุคคล โดยอาศัยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลซึ่งเกิดอย่างต่อเนื่อง (Gibson, 1995) ประกอบด้วยกระบวนการ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นการพยายามทำให้บุคคลยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการช่วยให้บุคคลเกิดการพัฒนาความรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมตนเอง และกล้าที่จะเผชิญความจริง ทำให้เปลี่ยนความคิดจากเดิมที่คิดว่าตนเองไม่สามารถดูแลตนเองได้ดี ก็จะเกิดความคิดว่าตนเองไม่ได้ไร้ความสามารถ สิ่งที่ได้กระทำมีความสำคัญที่จะช่วยให้ตนเองมีอาการดีขึ้น การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ เป็นการที่บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาที่ตนคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด การตัดสินใจจะอยู่ภายใต้เงื่อนไข คือ เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ เหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์ สร้างความยอมรับและสามารถเปิดกว้างในการที่บุคคลอื่นจะนำไปใช้เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า เป็นการนำวิธีการที่ปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ดีโดยเป้าหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการสนับสนุนให้แหล่งพลังอำนาจของบุคคลมีความเข้มแข็งขึ้น (ทมาภรณ์ บุรณสมภพ, 2547; Miller, 1992) เพื่อให้เกิดความมั่นใจในพลังความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงชีวิตตนเองให้ไปในทางที่ดีขึ้นตามเป้าหมายที่ต้องการ

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ยังคงมีสภาพร่างกายที่อ่อนแอตามบริเวณแขนขา ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ทั้งหมด และต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาคูบุคคลอื่น บุคคลที่มีส่วนสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านคือ สมาชิกในครอบครัว (Bakas, Austin, Okonkwo, Lewis, and Chadwick, 2002) ซึ่งจะมีความคุ้นเคยกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพราะอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน อย่างไรก็ตามการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้มีผลทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยต้องมีการปรับตัวกับบทบาทใหม่ที่ต้องให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (Bainbridge, Cregan, and Kulik, 2006) ซึ่งอาจมีผลต่อภาวะสุขภาพต่อสมาชิกในครอบครัว เกิดความวิตกกังวล ความเครียด ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และหากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย สมาชิกในครอบครัวจะต้องประสบปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองซึ่งมีสภาพร่างกายที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ และมีปัญหาทางด้านจิตใจที่ส่งผลทำ

ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองช้ากว่าปกติ ดังนั้นผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวจะเกิดปัญหาในด้านการสื่อสาร การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกันระหว่างกันเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ (Sebern, 2005) โดยในด้านการสื่อสารนั้น ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะไม่สามารถสื่อสารให้ครอบครัวได้เข้าใจถึงสภาพด้านการเจ็บป่วย และความต้องการของตนเองได้ทั้งหมด เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านการสื่อสารจากความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ (สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ, 2543) ความบกพร่องทางด้านสติปัญญา การรับรู้ ความจำ (Lawrence and others, 2001) และความบกพร่องทางการสื่อสาร (Boss, 1991) ส่งผลให้ครอบครัวไม่สามารถรับรู้ความรู้สึกและความต้องการของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ทั้งหมด นอกจากนี้ยังมีปัญหาในเรื่องการตัดสินใจในการดูแลร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว ซึ่งเป็นปัญหาที่ต่อเนื่องมาจากปัญหาด้านการสื่อสาร คือ เมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถสื่อสารความรู้สึกและความต้องการได้ จะส่งผลให้ครอบครัวไม่สามารถตัดสินใจในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างแท้จริง รวมถึงเมื่อครอบครัวไม่สามารถตัดสินใจในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้จะทำให้เกิดปัญหาในการกระทำร่วมกันในการดูแลของครอบครัวเพื่อจัดการกับความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการปฏิบัติการดูแลของครอบครัวจะไม่สามารถตอบสนองถึงความต้องการของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ ดังนั้นครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ มีการสนับสนุนทางสังคมลดลง (ภาพันท์ เจริญสวรรค์, 2546; จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และ พรชัย สติธิปัญญา, 2548; Sit and others, 2007) ครอบครัวนับว่าเป็นส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญในการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมจากครอบครัวจะทำให้เกิดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่เกิดขึ้น และหากครอบครัวและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการสื่อสารเกี่ยวกับอาการของการเจ็บป่วย ความรู้สึก ความต้องการร่วมกันที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแล และการกระทำร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากความเห็นอกเห็นใจกัน จะส่งผลช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ดียิ่งขึ้น และเกิดความก้าวหน้าที่ดีในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ปัจจัยระหว่างบุคคล เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Miller, 1992) โดยปัจจัยระหว่างบุคคลนั้นประกอบไปด้วย ความรู้สึกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีต่อผู้อื่น ที่สำคัญคือความรู้สึกที่ต้องพึ่งพาและเป็นภาระของครอบครัว นอกจากนี้ยังรวมถึงสัมพันธภาพในครอบครัว คือความรู้สึกที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ได้รับการยอมรับ เป็นที่รัก ได้รับการยกย่อง รู้สึกมีคุณค่าและเป็นที่ต้องการของครอบครัว ดังนั้นการมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว จะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองรู้สึกกว่าตนเองไม่ได้เป็นภาระของครอบครัว รู้สึกได้รับการยอมรับนับถือ รู้สึกมีคุณค่าและเป็นที่ต้องการของครอบครัว สิ่งเหล่านี้จะส่งผลดีต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว

นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างแรงจูงใจให้เกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจให้เกิดขึ้น โดยอาศัยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลอย่างต่อเนื่อง (วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2552) เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ที่บ้านตนเอง บุคคลในครอบครัวจะมีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด และจะเป็นผู้ที่กระตุ้นให้เกิดปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง

รูปแบบการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในปัจจุบันนั้น จะเป็นการดูแลในระยะเฉียบพลัน (Acute stage) สิ่งสำคัญของการดูแลรักษาในระยะนี้จะเป็นการคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเพื่อรักษาชีวิต (นิพนธ์ พวงนรินทร์, 2544) เมื่อพ้นระยะเฉียบพลันไปแล้ว ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะมีอาการคงที่ แพทย์ผู้ให้การรักษามีแผนจำหน่ายผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองออกจากโรงพยาบาล โดยกิจกรรมทางการพยาบาลก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะเน้นให้ครอบครัวสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองให้มากที่สุด โดยจะมีการฝึกการทำกายภาพบำบัด และให้ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแก่ครอบครัว แต่ทั้งนี้การปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวจะมีเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ส่วนในด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน แต่จะเป็นการให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้กำลังใจครอบครัวในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการดูแลที่พบในช่วงที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยไม่ได้มีการติดตามในการให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จึงอาจกล่าวได้ว่ารูปแบบการพยาบาลดังกล่าวยังไม่มีการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองอย่างชัดเจน โดยเฉพาะช่วงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะแรกเป็นช่วงที่ผู้สูงอายุมีอาการคงที่ ซึ่งนับว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ในเริ่มการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ได้เร็วที่สุด อันจะส่งผลทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพได้ผลดียิ่งขึ้น แต่หากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยังมีความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ และไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงครอบครัวเกิดความไม่มั่นใจในการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ก็จะทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอาจจะล่าช้าและไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร

เมื่อพิจารณาถึงกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ การที่จะทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตระหนักในพลังอำนาจของตนเอง และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จำเป็นที่จะต้องใช้ระยะเวลาที่มากพอในการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีขั้นตอนที่เหมาะสมและต่อเนื่องตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจที่เสื่อมลงไปตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ความคิด การเรียนรู้ และเข้าใจปัญหา รวมทั้งมีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทำให้ต้องมีภาวะพึ่งพาบุคคลอื่น ร่วมกับการเกิดภาวะซึมเศร้าจากการสูญเสียพลังอำนาจที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดกับตนเองได้ การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบทั่วๆ ไป อาจไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรในการทำให้เกิดความมั่นใจในพลังความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงชีวิตตนเองให้ไปในทางที่

ดีขึ้นตามเป้าหมายที่ต้องการ จากการศึกษาพบว่าปัจจุบันโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่จะเน้นที่ผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ในภาวะพึ่งพา โดยสามารถจัดโปรแกรมกับผู้สูงอายุได้โดยตรง แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงการจัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมสอดแทรกในกระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่เฉพาะกับกลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า ดังนั้นจึงมีการจัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมที่เฉพาะให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า โดยคำนึงถึงความเชื่อมโยงของร่างกาย ความจำ ความคิดที่เสื่อมตามวัย ภาวะที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทำให้เกิดภาวะพึ่งพา และเน้นการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างเป็นขั้นตอน ร่วมกับการเลือกช่วงเวลา การใช้ระยะเวลาที่เหมาะสมในการเสริมสร้างพลังอำนาจหลังจากผู้สูงอายุเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกับการเน้นรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีภาวะซึมเศร้าลดลง และมีความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
2. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

แนวคิดเหตุผลการวิจัยและสมมติฐานการวิจัย

การสูญเสียพลังอำนาจจากภาวะพึ่งพา ภาวะร่างกายและความสามารถที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง (Miller, 1992) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม (สายฝน เอกวรางกูร, 2554; Beck, 1967) พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่มีส่วนในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตระหนักในพลังอำนาจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่า

ในตนเอง เพื่อให้มีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง โดยให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังนั้นเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้ามีการตระหนักในพลังอำนาจตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้มีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ซึ่งเป็นกระบวนการของบุคคลในการพัฒนาความสามารถ ความเชื่อมั่นที่จะทำให้ความคิดของตนเองมีความหมาย รวมทั้งเป็นกระบวนการทางสังคมที่ให้การยอมรับ ส่งเสริม และพัฒนาความสามารถของบุคคลเพื่อให้บุคคลแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการและแก้ปัญหาของตนเอง โดยสามารถใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมการดำเนินชีวิตตนเอง ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) ซึ่งเป็นกระบวนการร่วมมือกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังให้มีผลสำเร็จมาใช้ในการสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง มีความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมนี้ จะประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นกิจกรรมที่พยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง (Gibson, 1995) ซึ่งถือเป็นความคิดที่มีต่อตนเองด้านบวก และช่วยลดความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่อตนเองได้ โดยการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองประเมินสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมทั้งเป็นการกระตุ้นให้เกิดการยอมรับหรือตระหนักกับสภาพของตนเองได้ตามสภาพความเป็นจริง (Miller, 1992) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจด้านการตระหนักในตนเอง เกิดจากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถค้นหาและประเมินสภาพของตนเองได้ตามความเป็นจริง ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองรู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเอง ส่งผลถึงการลดภาวะซึมเศร้าได้

2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา การแสวงหาทางเลือก โดยพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ๆ ในการที่จะช่วยแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม (Gibson, 1995) ขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม ช่วยทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองรับรู้พลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้บุคคลจะมีความเข้มแข็ง มีความสามารถ และมีพลังมากขึ้น (สายฝน เอกวารงกูร, 2554) นอกจากนี้ยังเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองพัฒนาความรู้สึกมีพลังที่จะใช้ในการจัดการกับความต้องการในชีวิตประจำวัน (Miller, 1992) รวมทั้งการควบคุมตนเองหรือสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ (ดารณี จามจรี, 2545) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจด้านพลังงาน เกิดจากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้สึกที่ว่าตนเองมีความสามารถที่จะควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองรู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเองส่งผลถึงการลดภาวะซึมเศร้าได้

3. การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว สนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองตามที่ได้ตัดสินใจ เลือกริธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด (Gibson, 1995) เมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการที่ตนเองได้เลือกและกำหนดได้ด้วยตนเอง จะทำให้ผู้สูงอายุโรค หลอดเลือดสมองรับรู้ถึงความสามารถทางด้านร่างกายและอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ อัน นำไปสู่การมองเห็นคุณค่าและการนับถือตนเองเพิ่มขึ้น (Miller, 1992) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การที่ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจด้านกายภาพและพลังงาน เกิดจาก ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้สึกที่ตนเองมีความสามารถ ศักยภาพด้านร่างกาย ที่จะควบคุม ตนเองในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองรู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเอง ส่งผลถึงการลดภาวะซึมเศร้าได้

4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า เป็นกิจกรรมที่พยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสิ่งที่ได้กระทำร่วมกับ พยาบาลและครอบครัวในขั้นตอนต่างๆ ทั้งสิ่งที่สามารถควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ ขั้นตอนนี้เมื่อ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจตามขั้นตอนต่างๆ ข้างต้นแล้ว ผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมองจะปฏิบัติกิจกรรมที่ตนเองเลือกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยให้เกิดความมั่นใจในการ ควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ด้วยตนเองมากขึ้น (Gibson, 1995) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การที่ผู้สูงอายุโรค หลอดเลือดสมองเกิดความรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลัง มีความสามารถที่จะควบคุมตนเองในสถานการณ์ ต่างๆ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหาในครั้งต่อไป ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง รู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเองส่งผลถึงการลดภาวะซึมเศร้าได้

จากแนวคิดและข้อมูลหลักฐานการวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest posttest control group design) เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรค หลอดเลือดสมอง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุชายและหญิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของแผนกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยมีที่พักอาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร มีผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีผิดปกติในการรับรู้ตามการประเมินจากแบบทดสอบสภาพจิตจู่ๆ มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในการต้องพึ่งพาผู้อื่นระดับปานกลางถึงรุนแรงตามการประเมินดัชนีบาร์เธลเอดีแอล และมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลางตามการประเมินจากแบบวัดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ภาวะที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการแสดงออกในรูปของความเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม ได้แก่ มีอารมณ์เศร้ามากกว่าปกติ ท้อแท้ หดหวัง รู้สึกไร้คุณค่า สูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดต่อตนเองด้านลบ และมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง โดยอาการจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและคงอยู่เป็นระยะเวลาานาน ทำให้การทำงานที่และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ซึ่งวัดได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2537)

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม หมายถึง กิจกรรมทางการพยาบาลที่ถูกสร้างขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) ซึ่งเป็นกิจกรรมสำหรับพยาบาลใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีการกำหนดเนื้อหา และเตรียมแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างชัดเจนโดยพยาบาลดำเนินกิจกรรมกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวเป็นรายครอบครัว 1 ครั้ง/สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (เว้นการจัดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4) ประเมินผลการจัดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 และใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 60-90 นาที ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดำเนินการตามลำดับ คือ

1. การค้นพบสภาพการณ์จริง ได้แก่ กิจกรรมการสนทนาเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุและครอบครัว การให้ผู้สูงอายุเล่าสภาพปัญหาและความรู้สึกต่อปัญหาการเจ็บป่วย การให้ครอบครัวแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุ การให้ผู้สูงอายุบอกปัญหาที่ทำให้เกิดความรู้สึกยุ่งยากใจ การให้ผู้สูงอายุเล่าความรู้สึกไม่สบายใจโดยไม่เน้นเรื่องใดเรื่องหนึ่ง การให้ครอบครัวบอกเล่าปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุตามการรับรู้ในบทบาทของครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ และพยาบาลสรุปประเด็นกิจกรรมการค้นพบสภาพการณ์จริง

2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ได้แก่ กิจกรรมการให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกต่อสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อประเมินสภาพการรับรู้สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาการให้ผู้สูงอายุเล่าสถานการณ์ความเครียด และวิธีการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุในอดีตที่ผ่านมา การให้ผู้สูงอายุบอกความรู้สึกเครียดในปัจจุบันและการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การให้ครอบครัวรับฟังการสนทนาระหว่างพยาบาลกับผู้สูงอายุเพื่อเป็นการสื่อสารให้ครอบครัวได้เข้าใจในสภาพปัญหาของผู้สูงอายุโดยใช้การมีประสบการณ์ร่วมกัน การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเรียนรู้ด้วยตนเองจากวิดีโอทัศนภาพหนึ่งประกอบคำบรรยาย เรื่องที่ 1 “ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป” เรื่องที่ 2 “สิ่งดีๆ เกิดขึ้นได้ อยู่ที่ใจของเรา” การประเมินความเข้าใจของผู้สูงอายุและครอบครัวโดยให้บอกความเข้าใจและความรู้สึกที่ได้เรียนรู้จากการชมวิดีโอทัศนภาพหนึ่งประกอบคำบรรยาย การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นจากการชมวิดีโอทัศนภาพหรือให้ผู้สูงอายุและครอบครัวพูดในสิ่งที่สนใจ การให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหาของตนเองเพื่อให้เกิดสิ่งดีๆ ในชีวิต การแสดงการยอมรับและกล่าวเสริมแรงที่ผู้สูงอายุคิดหาแนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อให้เกิดสิ่งดีๆ ในชีวิตได้ การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเรียนรู้ด้วยตนเองจากวิดีโอทัศนภาพหนึ่งประกอบคำบรรยาย เรื่องที่ 3 “ทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” การให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตามทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิต การให้ครอบครัวแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการมีส่วนร่วมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิต การให้กำลังใจและเสริมแรงผู้สูงอายุและครอบครัวที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถของผู้สูงอายุที่จะปฏิบัติตามทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิตและบทบาทของครอบครัวในการมีส่วนร่วมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิต การมอบคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับครอบครัว เรื่อง “ดูแลอย่างเป็นสุข ไร้ทุกข์ ไร้โรค อยู่กับโรคหลอดเลือดสมอง” ให้กับครอบครัวเพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

3. การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ ได้แก่ กิจกรรมการให้ผู้สูงอายุบอกความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเมื่ออยู่ที่บ้าน การให้ครอบครัวบอกกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวแสดงความคิดเห็นร่วมกันในการเลือกวิธีการปฏิบัติตน และวางแผนตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทของผู้ป่วยและผู้ดูแล การให้ผู้สูงอายุบอกปัญหาและความรู้สึกในการดูแลตนเอง การให้ครอบครัวบอกปัญหาและความรู้สึกในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุ การให้คำแนะนำกับผู้สูงอายุและครอบครัวโดยการสอนทักษะการปฏิบัติดูแลที่จำเป็น การให้คำปรึกษาปัญหาต่างๆ โดยให้ปฏิบัติตามคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับครอบครัว เรื่อง “ดูแลอย่างเป็นสุข ไร้ทุกข์ ไร้โรค อยู่กับโรคหลอดเลือดสมอง” ที่แจกให้ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทครอบครัวและส่งเสริมให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า ได้แก่ กิจกรรมการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวพูดถึงความรู้สึกในการเข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ การทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 1-3 ให้กับผู้สูงอายุและครอบครัว การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวบอกกิจกรรมและการให้การดูแลของครอบครัวที่ปฏิบัติแล้วได้ผลดีเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวัน การให้ผู้สูงอายุและครอบครัว

บอกปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแล การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวหาแนวทางแก้ปัญหาพร้อมกันเพื่อส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติที่ดีอย่างต่อเนื่อง การกล่าวชื่นชมผู้สูงอายุและครอบครัวที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลได้อย่างเหมาะสม การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวร่วมกันตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุร่วมกันให้เกิดผลดีและปฏิบัติตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าให้มีภาวะซึมเศร้ามลดลง
2. เป็นแนวทางแก่ผู้สนใจศึกษา ค้นคว้าทำการวิจัย เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อเป็นพื้นฐานการวิจัย เสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองและผู้สูงอายุ
 - 1.1 ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.2 ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.4 การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.5 การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง
 - 1.6 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้สูงอายุและครอบครัว
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
 - 2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า
 - 2.2 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า
 - 2.3 ระดับภาวะซึมเศร้า
 - 2.4 ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า
 - 2.5 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า
 - 2.6 เครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้า
 - 2.7 การบำบัดภาวะซึมเศร้า
 - 2.8 การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
3. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
 - 3.2 การสูญเสียพลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า
 - 3.3 การสูญเสียพลังอำนาจ
4. แนวคิดและหลักการการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 4.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 4.2 ลักษณะของแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 4.3 ปัจจัยนำและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 4.4 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - 4.5 การรับรู้พลังอำนาจ
5. แนวคิดและหลักการการมีส่วนร่วมของครอบครัว
 - 5.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว
 - 5.2 แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแล

5.3 บทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ

5.4 บทบาทพยาบาลกับการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว

6. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. โรคหลอดเลือดสมองและผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease: CVD หรือ Stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง ทำให้เกิดการรบกวนต่อระบบการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้เซลล์สมองถูกทำลาย และสูญเสียการทำงานที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมการทำงานอยู่ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; Mower, 1997)

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมองไว้ว่า เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกของโรคทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด และแสดงอาการอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมงเป็นสาเหตุทำให้สมองบางส่วน หรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป และส่งผลทำให้เกิดการเจ็บป่วยจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) กลุ่มอาการดังกล่าวที่เกิดขึ้นจะมีความแตกต่างกันตามพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมอง ซึ่งจำแนกออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ได้แก่ 1) หลอดเลือดสมองขาดเลือดจากการตีบแคบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) ซึ่งพบผู้ป่วยในกลุ่มนี้ประมาณร้อยละ 70-80 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 2) หลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) โดยไม่รวมถึงการอุดตัน หรือแตกในหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการบาดเจ็บ เนื้องอก หรือการติดเชื้อ (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2530; นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; Mower, 1997) ซึ่งจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทั้ง 2 ประเภทนี้ จะทำให้เนื้อเยื่อสมองบริเวณที่หลอดเลือดหล่อเลี้ยงเกิดขาดเลือด ทำให้การทำงานของสมองส่วนนั้นบกพร่อง ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นๆ ควบคุมการทำงานอยู่ (Shuaib and Hachinski, 1991)

โรคหลอดเลือดสมองจะมีอุบัติการณ์สูงในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด (Legger, 1994; Easton, 1999; Sacco and others., 2006; The European Registers of Stroke (EROS) Investigators, 2009) และเมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุและครอบครัวในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ การทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับพยาบาลในการประเมินสภาพและวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

1.1 ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะแสดงอาการแบ่งได้เป็น 3 ระยะ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) ดังนี้

1.1.1 ระยะเวลาเฉียบพลัน (Acute stage) หมายถึง ระยะที่เริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ในระยะนี้มักจะเกิดอาการอัมพาตทันที ส่วนใหญ่จะใช้เวลา 24-48 ชั่วโมง ระยะนี้จะมีปัญหาที่สำคัญ ได้แก่ อาการหมดสติ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ความผิดปกติของระบบการหายใจ และการทำงานของหัวใจ การคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเพื่อรักษาชีวิตเป็นสิ่งสำคัญในระยะนี้

1.1.2 ระยะเวลาหลังเฉียบพลัน (Post acute stage) หมายถึง ระยะที่เริ่มมีอาการคงที่ โดยระดับความรู้สึกตัวไม่ได้เปลี่ยนแปลงลดลง ส่วนใหญ่จะใช้เวลา 1-14 วัน

1.1.3 ระยะเวลาฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage) หมายถึง ระยะที่แขนขาข้างที่เป็นอัมพาตจะมีอาการอ่อนปวกเปียก อาจรู้สึกตัวหรือไม่รู้สึกร่างกายก็ได้ โดยหลังผ่าน 48 ชั่วโมง กล้ามเนื้อที่มีอาการอ่อนปวกเปียกจะค่อยๆ เกร็งแข็งขึ้น เป็นระยะที่เน้นการรักษาเพื่อการฟื้นฟูสภาพเพื่อลดความพิการ และป้องกันภาวะแทรกซ้อน แบ่งได้เป็น 2 ระยะ ได้แก่ การฟื้นฟูระยะแรก เป็นระยะที่เกิดขึ้นใน 3 เดือนแรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกายเพื่อให้เกิดความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้ และการฟื้นฟูระยะหลัง เป็นระยะ 4-6 เดือน หรืออาจนานถึง 1 ปี ระยะนี้เป็นการดูแลต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูระยะแรก การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจะมีพัฒนาการดีขึ้น เช่น การเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตนเอง การทำงานของระบบประสาท การใช้ภาษา และการพูด เป็นต้น

สรุปได้ว่า การแบ่งระยะของโรคหลอดเลือดสมองเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเฉียบพลัน ระยะเวลาหลังเฉียบพลัน และระยะเวลาฟื้นฟูสภาพ ทำให้ผู้ให้การรักษาและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาต่างๆ อันจะส่งผลให้สามารถเลือกวิธีการปฏิบัติเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้เหมาะสมในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งจะเกิดผลดีต่อการรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1.2 ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึงสภาพหรือลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ซึ่งมีอยู่หลายประการที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อาจแบ่งออกเป็น 2 ประการคือ ปัจจัยเสี่ยงหลัก (Major risk factors) ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ปัจจัยเสี่ยงรอง (Minor risk factors) ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ และประเภทของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่จะมีความสำคัญในการก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดตีบแข็งจากไขมันเกาะในหลอดเลือด (Atherosclerosis) ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้ นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงหลักในแต่ละปัจจัยยังมีผลต่อเนื่องกัน ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอัตราเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงหลักร่วมกันหลายปัจจัย (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2535; Mackay, 1989 อ้างถึงใน กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2530)

สรุปได้ว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงโรคหัวใจ โรคเบาหวาน และภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ จะเป็นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ และหากเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว การควบคุมปัจจัยเสี่ยงจะสามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้

1.3 อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับตำแหน่งของรอยโรค และขนาดของเนื้อเยื่อในสมองที่มีพยาธิสภาพ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544)

1.3.1 อาการเตือน ผู้ที่มีภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ตีบ จะมีอาการสับสน เวียนศีรษะ งุนงง ปวดศีรษะ พูดไม่ได้ ซาตามแขนและขา หรือเป็นอัมพาตชั่วคราว อาการเตือนเหล่านี้ผู้ที่มีอาการจะไม่ได้ให้ความสนใจ ซึ่งอาจเป็นอาการเตือนของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่รุนแรง

1.3.2 อาการที่มาโรงพยาบาล ผู้ที่มีภาวะของโรคหลอดเลือดสมองจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการหมดสติ หรืออาการทางระบบประสาท เช่น พูดไม่ได้ อัมพาตครึ่งซีก เป็นต้น อาการดังกล่าวจะเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน และจะมีอาการมากขึ้นใน 2-3 นาที หรือชั่วโมง

1.3.3 อาการทั่วไปของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ อาเจียน ชัก คอแข็ง หมดสติ ความดันโลหิตสูง บางกรณีอาจมีไข้ หรือการเต้นของหัวใจผิดปกติ มีความจำเสื่อม สับสน พฤติกรรมอารมณ์เปลี่ยนแปลง อาการมักเกิดหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองทันที แต่บางกรณีระดับความรู้สึกตัวจะลดลงเรื่อยๆจนหมดสติลง ในรายที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมองแบบมีเลือดออก จะมีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ถ้าเลือดยังไม่หยุดออกอาการจะรุนแรงเพิ่มขึ้น อาการจะคงอยู่จนก่อนเลือดถูกดูดซึมไป และผู้ป่วยจะเสียชีวิตได้ง่ายหากไม่ได้รับการแก้ไขที่ทันท่วงที ในรายที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงจากหลอดเลือดตีบ อาการจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป มักจะมีอาการหลังจากตื่นนอน ส่วนรายที่เกิดจากลิ่มเลือดไปอุดตัน อาการจะเกิดอย่างรวดเร็ว โดยจะมีอาการชักเป็นอาการนำก่อนเกิดความผิดปกติของสมอง ซึ่งพบว่ามีอาการชักได้บ่อยกว่าโรคหลอดเลือดสมองจากสาเหตุอื่น อาการชักจะเกิดติดต่อกัน (Serial convulsion) และจะทำให้เกิดอาการรุนแรงถ้าลิ่มเลือดที่มาอุดตันเป็นก้อนใหญ่

1.3.4 อาการแสดงเฉพาะที่ อาการที่เกิดขึ้นจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมองที่เสียหายที่ไป เช่น การเสียหายที่ของสมองส่วนที่หลอดเลือดคาโรติด (Carotid artery) ไปเลี้ยง จะมีอาการแขนขา และหน้าด้านตรงข้ามกับสมองด้านที่เสียหายที่อ่อนแรง ซา เกิดความบกพร่องของประสาทรับความรู้สึก ปากเบี้ยว ตาบอดข้างเดียว สับสน เป็นต้น

สรุปได้ว่า อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง จะมีอาการแสดงที่เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาท โดยอาการที่แสดงจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของพยาธิสภาพในสมอง และจะมีการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมการทำงานอยู่

1.4 การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง

สำหรับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากจะช่วยให้การตัดสินใจเพื่อการรักษาที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากที่สุด ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพ โดยมีหลักการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; ก้องเกียรติ ภูณท์กันทราร, 2553)

1.4.1 การซักประวัติและตรวจร่างกายทางระบบประสาท โดยเน้นถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นทันที ตามตำแหน่งของสมองที่ผิดปกติ

1.4.2 การค้นหาพยาธิสภาพว่าเป็นประเภทใด เพื่อวินิจฉัยแยกโรคตามสาเหตุการเกิดโรคจากการตีบแคบ การอุดตัน หรือจากการแตกของหลอดเลือด ปัจจุบันสามารถกระทำได้หลายวิธี โดยใช้เครื่องมือและอุปกรณ์พิเศษที่ทำให้ทราบผลได้ชัดเจนและรวดเร็ว ได้แก่ การใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed tomography; CT) บริเวณศีรษะในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังเกิดอาการ เพื่อแยกกลุ่มโรคสมองขาดเลือด หรือรอยโรคอื่นซึ่งมีอาการคล้ายกัน เช่น เนื้องอก หรือฝีในสมอง เป็นต้น

สรุปได้ว่า การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถวินิจฉัยได้จากการซักประวัติ การตรวจร่างกายทางระบบประสาท และมีการใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เพื่อแยกโรคตามสาเหตุการเกิดโรคจากการตีบแคบ การอุดตัน หรือจากการแตกของหลอดเลือดในสมอง

1.5 การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญเพื่อช่วยให้มีอาการทุเลาลง มีความพิการน้อยที่สุด และป้องกันการเกิดซ้ำของโรค นอกจากการรักษาตามสาเหตุแล้ว ยังมีการรักษาโรคที่เกิดร่วมและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือโรคหัวใจ แบ่งการรักษาโรคหลอดเลือดสมองออกได้ดังนี้ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544; ก้องเกียรติ กุณท์กันทรการ, 2553)

1.5.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยง หากเนื้อเยื่อสมองตายจะไม่มี การรักษาใดที่จะทำให้นเนื้อสมองกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ แต่ถ้าเนื้อเยื่อสมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราว เนื้อสมองก็มีโอกาสกลับสู่สภาพเดิมได้ ดังนั้น การรักษาที่สำคัญจึงต้องมีหลักการโดยให้สมองได้รับเลือดมากที่สุด วิธีการรักษาทางยา ได้แก่ การรักษาระดับความดันโลหิตให้เหมาะสม การใช้ยาต้านเกล็ดเลือดเกาะกลุ่ม (Platelet anti-aggregation drug) การใช้ยาต้านเลือดแข็ง (Anticoagulant) การลดความหนืดของเลือด (Blood viscosity) และการใช้ยาลดสมองบวม แต่ผู้ป่วยบางรายอาจต้องรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งมีวิธีการผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดหลอดเลือดเอาลิ้มเลือดออก (Endarterectomy) หรือการผ่าตัดหลอดเลือดนอกกะโหลกศีรษะเข้ากับหลอดเลือดในกะโหลกศีรษะ (Extracranial & Intracranial anastomosis)

1.5.2 โรคหลอดเลือดสมองจากการแตกของหลอดเลือด การรักษามีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เลือดออกอีก และลดความดันในกะโหลกศีรษะ โดยเน้นหนักไปทางรักษาแบบประคับประคอง การรักษาทางยาที่นิยมใช้ในผู้ป่วยประเภทนี้ ได้แก่ การใช้ยาลดความดันโลหิต ใช้ในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดสมองแตกจากความดันโลหิตสูง การใช้ยาลดสมองบวม เช่น สเตียรอยด์ แต่ปัจจุบันสามารถพิสูจน์ได้แน่ชัดแล้วว่าไม่มีผลทางการรักษา ส่วนการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก แม้จะมีผู้ศึกษาเป็นจำนวนมากเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด แต่ก็ยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ การผ่าตัดที่นิยมทำ ได้แก่ การผ่าตัดระบายก้อนเลือดออก (Evacuation of hematoma) ทำในผู้ป่วยที่ก้อนเลือดเบียดเนื้อสมอง การผ่าตัดระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมองเข้าสู่ช่องต่างๆ ของร่างกาย (Ventricular drainage) ทำในผู้ป่วยที่มีเลือดไหลซึมเข้าไปในโพรงสมอง

สรุปได้ว่า การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้น มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญเพื่อช่วยให้มีอาการทุเลาลง มีความพิการน้อยที่สุด และป้องกันการเกิดซ้ำของโรค โดยแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาจากประเภทของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดกับผู้ป่วย อาจมีการรักษาด้วยการใช้ยา และการผ่าตัดรวมพิจารณาทั้งข้อบ่งชี้ต่างๆ ของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย

1.6 ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้สูงอายุและครอบครัว

ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดผลกระทบหลายอย่างตามมาทั้งในด้านร่างกาย และด้านจิตสังคม โดยเฉพาะผู้สูงอายุแล้วจะพบปัญหาที่มีความซับซ้อนมากกว่าผู้ป่วยในวัยอื่น เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะมีความเจ็บป่วยเรื้อรังอื่นๆ ก่อนที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความเสื่อมตามวัยของผู้สูงอายุเอง (Shuaib and Hachinski, 1991; Easton, 1999) ดังนั้นลักษณะผลกระทบที่เกิดขึ้นจะคล้ายคลึงกันกับวัยอื่นๆ แต่ในวัยผู้สูงอายุมีความซับซ้อนมากขึ้น ดังนี้

1.6.1 ผลกระทบด้านร่างกาย เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จะมีผลต่อระบบการทำงานของระบบประสาทโดยตรง ซึ่งความรุนแรงของปัญหาขึ้นอยู่กับบริเวณ และขนาดของสมองที่ได้รับอันตราย ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญ คือ มีความบกพร่องของระบบประสาทสั่งการ (สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ, 2543) ความบกพร่องทางด้านสติปัญญา การรับรู้ ความจำ (Lawrence and others, 2001) ความบกพร่องทางการสื่อสาร (Boss, 1991) ความบกพร่องการรับรู้ทางระบบประสาทสัมผัส (จงจินตน์ รัตนาภินันท์ชัย, 2542) ความบกพร่องของการควบคุมการขับถ่าย (Owen, Getz, and Bulla, 1995) และความบกพร่องเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ (Matteson, McConnell, and Linton, 1997) ผลกระทบทางด้านร่างกายดังกล่าว เมื่อเกิดกับผู้สูงอายุ จะทำให้มีความซับซ้อนของปัญหาเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมของร่างกายตามวัย มีภาวะของโรคเรื้อรัง ดังนั้นเมื่อมีปัญหาทางด้านร่างกายเกิดภาวะทุพพลภาพได้มากขึ้น ส่งผลทำให้เป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรืออาจต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพมากกว่าผู้ป่วยในวัยอื่น (โสธญา สุดสวระ, 2547; Easton, 1999)

1.6.2 ผลกระทบด้านจิตใจ โรคหลอดเลือดสมองเมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลใดนับได้ว่าเป็นเหตุการณ์ที่สำคัญของชีวิต เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับภาวะไม่พึงพา และความผาสุกของบุคคล (Nunley, Hall, and Rowles, 2000) เมื่อผู้ป่วยมีผลกระทบด้านร่างกายจะทำให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจตามมาด้วย เกิดจากการสูญเสียการควบคุมการทำหน้าที่ของร่างกาย ความกลัว และความรู้สึกไม่แน่นอน (Hafsteindottir and Grypdonck, 1997) ไม่สามารถยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ มีการเปลี่ยนแปลงด้านอัตมโนทัศน์และการแสดงบทบาทในชีวิตส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง อาการแสดงด้านจิตใจที่พบได้บ่อย ได้แก่ การสูญเสีย (Loss) ความเครียด (Stress) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความก้าวร้าว (Aggressive) และภาวะซึมเศร้า (Depression) (อรพรรณ ทองแดง, 2544; Nunley and others, 2000) เมื่อพิจารณาถึงผลกระทบของภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายและด้านการใช้ภาษาช้ากว่าผู้ที่ไม่มีความซึมเศร้า ซึ่งอาจเกิดจากการขาดแรงจูงใจหรือรู้สึกไม่มีเรี่ยวแรงในการทำกายภาพบำบัด ส่งผลให้การฟื้นฟูสมรรถภาพช้ากว่าผู้ที่ไม่

ภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ผู้ที่มีการซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตเกิดจากการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะหัวใจล้มเหลว และการฆ่าตัวตาย รวมถึงผู้ที่มีการซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะมีโอกาสเกิดความบกพร่องทางพุทธิปัญญาได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีภาวะซึมเศร้าจากภาวะสมองขาดเลือด (Whyte and Mulsant, 2002) ผลกระทบทางด้านจิตใจดังกล่าว เมื่อเกิดกับผู้สูงอายุซึ่งปกติจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ตามวัยที่เสื่อมลงอยู่แล้ว เมื่อเกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ จะยิ่งทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความวิตกกังวล กลัว คับข้องใจ รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ ไร้ค่า หรือมีปัญหาด้านจิตใจเพิ่มขึ้น ดังนั้นผลกระทบด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพได้มาก

1.6.3 ผลกระทบด้านสังคม ปัญหาทางด้านสังคมที่เกิดขึ้นจะเป็นปัญหาต่อเนื่องจากผลกระทบทางด้านร่างกาย โดยร่างกายมีภาวะทุพพลภาพทำให้เกิดความอับอาย สูญเสียอัตมโนทัศน์ ความยากลำบากต่อการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทในชีวิต รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ไม่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพกับบุคคลในสังคมเปลี่ยนไป เกิดความห่างเหินกับสังคม ผลกระทบดังกล่าวนี้มีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองให้ปฏิบัติตามแบบแผนขนบธรรมเนียมประเพณี และค่านิยมทางสังคมได้ ทำให้เป็นภาระของญาติในการควบคุมพฤติกรรม และเกิดความอับอาย จึงไม่ค่อยพาผู้ป่วยออกสู่สังคม (ฟาริตา อิบราฮิม, 2542; อรพรรณ ทองแดง, 2544)

1.6.4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ เนื่องจากต้องมีการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้สูงอายุเองจะมีรายได้ที่จำกัด ครอบครัวต้องรับผิดชอบภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการดูแล

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีผลกระทบระยะยาวด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ พยาบาลต้องมีความเข้าใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นและมีการประเมินความต้องการในการตอบสนองที่แท้จริง โดยนำข้อมูลมาวางแผนในการดูแลในระยะยาวได้อย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมตามวัยอยู่แล้ว และมีปัญหาโรคเรื้อรังทำให้เกิดภาวะพึ่งพาอาศัย จึงทำให้มีความต้องการการดูแลในทุกๆ ด้าน เพื่อให้เป็นภาระแก่ผู้ดูแล ครอบครัว และสังคมให้น้อยที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง ทำให้เกิดการรบกวนระบบการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้เซลล์สมองถูกทำลาย และสูญเสียการทำงานที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมการทำงานอยู่ พบอุบัติการณ์สูงในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดจากการตีบแคบหรืออุดตัน และโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยระยะของโรคหลอดเลือดสมองเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเฉียบพลัน ระยะหลังเฉียบพลัน และระยะฟื้นฟูสภาพ ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงโรคหัวใจ โรคเบาหวาน และภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง จะมีอาการแสดงที่เกิดจากความ

ผิดปกติของระบบประสาท โดยอาการที่แสดงจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งของพยาธิสภาพในสมอง และจะมีการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมการทำงานอยู่ การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถวินิจฉัยได้จากการซักประวัติ การตรวจร่างกายทางระบบประสาท และมีการใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อแยกโรคตามสาเหตุการเกิดโรคจากการตีบแคบ การอุดตัน หรือจากการแตกของหลอดเลือดในสมอง การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญเพื่อช่วยให้มีอาการทุเลาลง มีความพิการน้อยที่สุด และป้องกันการเกิดซ้ำของโรค โดยแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาจากประเภทของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดกับผู้ป่วย อาจมีการรักษาด้วยการใช้ยา และการผ่าตัด หลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะมีผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

พยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีบทบาทในการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีความรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ เนื่องจากจะต้องมีการใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผน และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองให้มากที่สุด และส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง

2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งผลกระทบดังกล่าวล้วนมีผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น ปัจจัยที่มีความสำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าดังกล่าวมีหลายปัจจัย ที่สำคัญได้แก่ การสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีกิจกรรมทางสังคมที่ลดลง ดังนั้นหากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ก็จะทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเป็นอย่างมาก

2.1 ความหมายของภาวะซึมเศร้า

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2553) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า คือการที่บุคคลมีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างเด่นชัด โดยแสดงออกถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ ร้องไห้มาก ปฏิเสธการมีส่วนร่วมทั้งสังคมและผู้อื่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง และอยากตาย

สายฝน เอกวางกูร (2554) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นกลุ่มอาการที่มีองค์ประกอบหลักของการแสดงออก 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม โดยอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าในแต่ละด้านจะมีความเชื่อมโยงกัน และอาการจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง

Beck (1967) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้า เป็นรูปแบบที่มีความซับซ้อนของความรู้สึก กระบวนการคิด และพฤติกรรมแสดงออกที่เบี่ยงเบนไป

Beeber (1996) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลแสดงอารมณ์เศร้ามากกว่าปกติ มีอาการอ่อนเพลีย รู้สึกว่าสูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดอัตโนมัติต่อตนเองด้านลบ มองโลกในแง่ร้าย มองอนาคตว่าไม่มีความหวัง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นลดลง

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีการแสดงออกในรูปของความเปี่ยงเบนด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม ได้แก่ มีอารมณ์เศร้ามากกว่าปกติ ท้อแท้หมดหวัง รู้สึกไร้คุณค่า สูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดต่อตนเองด้านลบ และมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง โดยอาการจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและคงอยู่เป็นระยะเวลาสั้น ทำให้การทำหน้าที่และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง

2.2 อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า

เมื่อบุคคลเกิดภาวะซึมเศร้าจะมีอาการและอาการแสดงที่แตกต่างกันออกไป สรุปได้ดังนี้ (ดวงใจ สานตักกุล, 2542; ลิวรรณ อุณาภิรัช, 2547)

2.2.1 อาการทางร่างกาย ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เมื่อมีอาการทางร่างกายเกิดขึ้นคนส่วนใหญ่จะเข้าใจว่าเป็นอาการปกติที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายตามวัย โดยจะมีอาการต่อไปนี้ คือ แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง อ่อนเพลีย ไร้สมรรถภาพทางเพศ แบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลง การเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง ผู้ป่วยบ่นสุขภาพไม่ดีมีอาการเจ็บปวด ไม่สุขสบาย หายใจลำบาก ใจสั่น ท้องอืด ท้องเสีย เวียนศีรษะ

2.2.2 อาการทางจิตใจ มักจะมีอาการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความคิด สติปัญญา และการรับรู้ ได้แก่ มีอารมณ์เศร้า ร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุ สูญเสียสมาธิ ความจำไม่ดี ไม่กล้าตัดสินใจ ความรู้สึกมีคุณค่าและความเชื่อมั่นในตนเองลดลง มีความรู้สึกผิดต่อตนเองกับความล้มเหลวในอดีตหรือปัจจุบัน มองอนาคตในแง่ร้าย นอกจากนี้มีความกลัวและวิตกกังวลมากเกินไปไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง

2.2.3 อาการทางพฤติกรรมและสังคม ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงอุปนิสัย และสัมพันธภาพ ได้แก่ขาดความสนใจในสิ่งที่ตนเองเคยชอบ แยกตัวออกจากสังคมและเพื่อน บางรายมีพฤติกรรมที่ไร้เหตุผล มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน และความคิดทำร้ายตนเอง

สรุปได้ว่า อาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า จะมีอาการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยจะมีอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ พฤติกรรมและสังคม ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นจะมากขึ้นเรื่อยๆ ใจจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น

2.3 ระดับภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งระดับตามความรุนแรงได้ 3 ระดับ (Beck, 1976) ดังนี้

2.3.1 ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่น เศร้า ไม่แจ่มใส เหนงหงอยชั่วคราว มีความคาดหวังต่อสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ในทางลบ ไม่พอใจในภาพลักษณ์ของตนเอง และมีความตั้งใจในการทำงานต่างๆ ลดลง

2.3.2 ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางจะมีความรุนแรงขึ้นจนมีผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัว และการทำงาน แต่ยังสามารถ

ดำเนินชีวิตประจำวันได้แต่ไม่สมบูรณ์ มีอารมณ์เศร้ามากขึ้น มักเป็นในช่วงเช้า แต่จะดีขึ้นช่วงเวลา กลางวัน รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งต่างๆ อ่อนเพลีย รู้สึกมีกำลังลดลง รู้สึกไร้คุณค่า ไร้ ความสามารถ ต่ำหนืดตนเอง หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย โกรธง่าย ก้าวร้าว วิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายและ สุขภาพ ต้องการแยกตัวออกจากสังคมและสิ่งแวดล้อม มีความคิดเกี่ยวกับการตาย แบบแผนการนอน หลับและการรับประทานอาหารผิดปกติไป

2.3.3 ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) ผู้ป่วยมีอาการเศร้า ตลอดเวลา รู้สึกสิ้นหวัง มองตนเองด้านไม่ดีและไม่มีประโยชน์ มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ไม่สนใจ สิ่งแวดล้อม ต้องการหลีกเลี่ยง และไม่เข้าร่วมกิจกรรมใดๆ ในสังคม อารมณ์เหมือนไม่มีความรู้สึก รู้สึก ว่าตนเองไร้ค่า ล้มเหลวโดยสิ้นเชิง มองอนาคตมืดมนและสิ้นหวัง หหมดความสนใจต่อสิ่งต่างๆ นั่งเฉยๆ อยู่กับที่ตลอดเวลา อยู่ท่าเดียววนๆ หรือบางรายอาจอยู่ไม่นิ่งผุดลุกผุดนั่ง ไม่สนใจตนเองและดูแล ตนเองไม่ได้ ระยะนี้บุคคลจะถอยตัวออกจากโลกแห่งความเป็นจริง มีความหลงผิด และมีความคิดฆ่า ตัวตาย

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้า แบ่งระดับตามความรุนแรงได้ 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ เล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง ซึ่งระดับความรุนแรงที่มากขึ้นจะยิ่งส่งผลกระทบต่อ การ ดำเนินชีวิตของบุคคลมากขึ้น ซึ่งหากรุนแรงมากจะทำให้บุคคลมีความคิดฆ่าตัวตายในที่สุด

2.4 ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ล้วนแล้วแต่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุทั้งสิ้น ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าสรุปได้ดังนี้ (ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์, 2547)

2.4.1 ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ปัจจัยส่วน บุคคล ผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เพศหญิง มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้านอกจาก เพศชาย 2-3 เท่า (Lynch, Glod, and Fitzgerald, 2001; Weissman, 2002) เคยมีประวัติซึมเศร้า มาก่อน มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า มีสถานภาพหม้าย หย่า แยก ระดับการศึกษาต่ำ มีความยากจน รายได้ต่ำ ปัจจัยทางสังคม มีความเครียดทางด้านสังคม ขาดการสนับสนุนทางสังคม ทำให้เกิดความเครียดเรื้อรัง ขาดการมีปฏิสัมพันธ์ที่มีความหมายกับบุคคลอื่น ขาดเพื่อน และสูญเสีย บทบาทหน้าที่ในสังคม ภาวะสุขภาพไม่ดี โรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่แล้วจะเป็นโรค ที่ทำให้เกิดการปวดเรื้อรัง หรือโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และความผิดปกติของสมองและ การรับรู้ความรู้สึกต่างๆ

2.4.2 ปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีประสบการณ์กับ เหตุการณ์ที่รุนแรงของชีวิต เช่น การแยกจากหรือเสียชีวิตของบุคคลอื่นเป็นที่รัก เกิดเหตุการณ์ ร้ายแรง หรือการเจ็บป่วยรุนแรงของบุคคลใกล้ชิด รวมถึงการสูญเสียทรัพย์สินเงินทอง หรือการถูก บังคับให้ย้ายถิ่นที่อยู่ การเกษียณอายุงาน ปัญหาในครอบครัวและสังคมรอบข้าง ยาและเหล้า ยา หลายชนิดมีผลข้างเคียงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงของยา มากกว่าบุคคลวัยอื่น นอกจากยาแล้ว เหล้ายังมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลทำให้เกิดภาวะ ซึมเศร้า

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ประกอบไปด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ เคยมีประวัติซึมเศร้ามามาก่อน มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า มีสถานภาพหม้าย หย่า แยก ระดับการศึกษาต่ำ มีความยากจน รายได้ต่ำ ส่วนปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ มีความเครียดทางด้านสังคม ขาดการสนับสนุนทางสังคม ขาดการมีปฏิสัมพันธ์บุคคลอื่น ขาดเพื่อน และสูญเสียบทบาทหน้าที่ในสังคม ภาวะสุขภาพไม่ดี นอกจากนี้ยังรวมถึงความผิดปกติของสมองและการรับรู้ความรู้สึกต่างๆ อีกด้วย

2.5 ผลกระทบของภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ จะส่งผลทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ จนบางครั้งทำให้เสียชีวิตได้ ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าสามารถแบ่งได้เป็นผลกระทบทางตรง และทางอ้อม (Katz, 1996 อ้างถึงใน ภัทรภร วิริยวงศ์, 2551) ดังนี้

2.5.1 ผลกระทบทางตรง ได้แก่ ความสามารถในการตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ ลดลง ทำให้ไม่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุจะมีการสูญเสียความจำ โดยมีอาการหลงลืม ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าจะเข้าสู่ระยะหลงลืมแบบวัยผู้สูงอายุ ตอนปลายเร็วมากกว่าปกติ และผลจากการที่สารเคมีในร่างกายและสภาพจิตใจที่เปลี่ยนไปในระยะที่เกิดภาวะซึมเศร้า จะมีผลโดยตรงทำให้ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลง ทำให้เจ็บป่วยง่ายกว่าปกติ

2.5.2 ผลกระทบทางอ้อม ได้แก่ การขาดสารอาหาร บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการสำคัญคือ ไม่อยากรับประทานอาหาร ความเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นหรือหายช้า เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะขาดความสนใจในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ อีกทั้งมีการปฏิเสธการรักษา ภาวะซึมเศร้าจะทำให้บุคคลมีความตื่นตัวลดลง ทำให้สนใจตนเองและผู้อื่นลดลง ขาดแรงจูงใจในการระมัดระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้ อาการของภาวะซึมเศร้าทำให้เกิดการอ่อนเพลีย อ่อนล้า หรือนอนไม่หลับทำให้ร่างกายทรุดโทรม บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะเกิดการแยกตนเองออกจากสังคม มองสิ่งต่างๆ ในด้านลบ ต่อต้านสังคม เป็นผลให้ไม่ยอมรับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ทำให้สูญเสียการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ยังทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง ส่งผลทำให้การทำกิจวัตรประจำวัน และการทำงานไม่มีประสิทธิภาพ สิ่งดังกล่าวจะทำให้สถานภาพของบุคคล และความภาคภูมิใจเปลี่ยนแปลงไปในด้านลบ ยิ่งทำให้เพิ่มความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าให้มากขึ้น

สรุปได้ว่า ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าจะเกิดผลกระทบได้ทางตรง และทางอ้อม โดยผลกระทบทางตรง จะทำให้ความสามารถในการตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ ลดลง ทำให้ไม่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนผลกระทบทางอ้อมจะทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง ส่งผลทำให้การทำกิจวัตรประจำวัน และการทำงานไม่มีประสิทธิภาพ

2.6 เครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้า

เครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าถูกสร้างขึ้นตามค่านิยม และสาเหตุของภาวะซึมเศร้า โดยมีผู้ศึกษาและสร้างเครื่องมือในการประเมินภาวะซึมเศร้าไว้มากมายหลายท่าน โดยการ

ประเมินภาวะซึมเศร้าที่เป็นที่นิยม จะใช้รูปแบบการตอบแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 2 ประเภท (ศิริรัตน์ วิจิตตระกูลถาวร, 2545; ธรินทร์ กองศรีสุข, 2550; สายฝน เอกวารงกูร, 2554)

2.6.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในลักษณะให้ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์เป็นผู้ประเมิน และรายงานภาวะซึมเศร้า (Professional report) เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยให้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ประเมินสภาพและให้คะแนนตามข้อความที่กำหนดในแบบสอบถาม แบบประเมินที่เป็นที่นิยม ได้แก่ Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), Cronholm-Ottosson Depression Scale (CODS), Beath-Rafaelsen Melancholia Scale และ Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MNDRS)

2.6.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าจากการประเมินตนเอง (Self report) เป็นเครื่องมือที่ออกแบบให้บุคคลประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยตนเองตามการรับรู้และความรู้สึกตามข้อความในแบบสอบถาม เครื่องมือที่ได้รับความนิยม ได้แก่ Beck Depression Inventory (BDI), Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D), Zung Self-Rating Depression Scale, Zenssen Adjective Check List, Walkfeild Self-Assessment Inventory และ Geriatric Depression Scale (GDS)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) เพื่อประเมินระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอรรวรรณ ลีทองอินทร์ (2535) ได้นำแบบประเมิน Geriatric Depression Scale (GDS) ของ Yesavage (1983) มาแปลและหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือเท่ากับ 0.94 และกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทยโดยนิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ (2537) ได้นำมาพัฒนาเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดยมีค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.93 เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าจากอารมณ์ (Emotion) ความคาดหวังด้านลบ (Negative will) การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย (Psychomotor) การรู้คิด (Cognition) และการแยกตัว (Isolation) มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ คำถาม ลักษณะของแบบวัดเป็นการตอบประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นการตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยมีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกในทางบวก 10 ข้อ คำถาม และเป็นข้อคำถามทางด้านลบ 20 ข้อคำถาม มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำตอบ	ข้อคำถามที่	คะแนน
ใช่	2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26, 28	1 คะแนน
ไม่ใช่	1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30	1 คะแนน

การแปลผลคะแนน ตามรายละเอียดดังนี้

0-12 คะแนน หมายถึง ปกติ

13-18 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression)

19-24 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression)

25-30 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression)

2.7 การบำบัดภาวะซึมเศร้า

การบำบัดภาวะซึมเศร้ามีหลายรูปแบบ การบำบัดจะขึ้นอยู่กับ การพิจารณาตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น และตามความเหมาะสมกับสภาพของแต่ละบุคคล การบำบัดภาวะซึมเศร้า แบ่งได้เป็น 3 ด้าน (สายฝน เอกวารงกูร, 2554) ดังนี้

2.7.1 การบำบัดด้านร่างกาย มี 3 วิธี ได้แก่ การรักษาด้วยยา ยาที่ใช้ในการรักษาเรียกว่ายาด้านอาการเศร้า (Antidepressant) คุณสมบัติของยา คือ จะลดอาการซึมเศร้า ลดความวิตกกังวล และทำให้หวังซึม โดยแพทย์จะเริ่มให้ยาด้วยขนาดน้อยๆ ก่อน เพื่อให้ผู้ป่วยชินต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยา แล้วจึงค่อยๆ ปรับเพิ่มยา เมื่ออาการดีขึ้นแพทย์จะค่อยๆ ลดขนาดยาจนสามารถหยุดยาได้ การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นทางเลือกสุดท้ายของการรักษา เนื่องจากปัจจุบันการใช้ยาจะได้ผลดีมากและสะดวก การรักษาด้วยไฟฟ้าจึงใช้ในกรณีที่จำเป็นจริงๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย การรักษาทางยาไม่ได้ผล และผู้ป่วยมีอาการโรคร่วมด้วยและเป็นรุนแรง และการจำกัดพฤติกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยเองและสิ่งแวดล้อมรอบข้าง และจะกระทำในกรณีที่จำเป็นเท่านั้น เช่น มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงมาก ควบคุมตนเองไม่ได้ ต้องการและมีความเสี่ยงทำร้ายตนเองและสิ่งแวดล้อม เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้สงบ และปลอดภัย ควรยกเลิกการจำกัดพฤติกรรม และหาวิธีจัดการภาวะซึมเศร้าด้วยวิธีอื่นที่เหมาะสม

2.7.2 การบำบัดด้านจิตใจหรือการทำจิตบำบัด เป็นการนำหลักการของสัมพันธภาพรายบุคคล และรายกลุ่ม โดยผู้บำบัดใช้การพูดคุยกับผู้ป่วย วิเคราะห์สภาพปัญหา เพื่อนำไปสู่การยอมรับปัญหา สาเหตุ และมุ่งหาแนวทางแก้ไขปัญหาของตนเอง รวมถึงการส่งเสริมการปรับตัวที่เหมาะสม โดยมีแนวทางการบำบัด ได้แก่ การบำบัดทางปัญญา (Cognitive Therapy: CT), การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT), การบำบัดด้วยดนตรีบำบัด (Music Therapy), การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy: IPT), การทำจิตบำบัดแบบจิตวิเคราะห์ (Brief Dynamic Therapy: DBT), การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem-Solving Therapy), Dialectical Behavior Therapy-Based Skills Group (DBT-Based Skills Group), Short-Term Psychodynamic Psychotherapy/Psychodynamic Interventions/Psychological Interventions, การให้การปรึกษา (Counseling) และการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง (Self-empowerment)

2.7.3 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด โดยมีหลักการ คือ การสร้างบรรยากาศที่อบอุ่นและปลอดภัย ผู้บำบัดต้องมีคุณลักษณะที่จริงใจ อบอุ่น เป็นมิตร อ่อนโยน มั่นคง และมีความสม่ำเสมอ ให้เวลา เปิดใจรับฟังความรู้สึก เพราะผู้บำบัดนั้นเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญต่อการบำบัดภาวะซึมเศร้า และการจัดกิจกรรมบำบัดต้องเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย มั่นใจ และสามารถถึงความภาคภูมิใจของผู้ป่วยให้กลับคืนมา ไม่หมกมุ่นเกี่ยวกับความคิดด้านลบของตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต

สรุปได้ว่า การบำบัดภาวะซึมเศร้ามีหลายรูปแบบ โดยสามารถแบ่งได้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ การบำบัดด้านร่างกาย การบำบัดด้านจิตใจหรือการทำจิตบำบัด และการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด การบำบัดภาวะซึมเศร้าจะขึ้นอยู่กับ การพิจารณาตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

และตามความเหมาะสมกับสภาพของแต่ละบุคคล เพื่อลดภาวะซึมเศร้าให้ได้มากที่สุด และดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

2.8 การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ควรเริ่มจากการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้า เพิ่มสมรรถนะด้านร่างกายและจิตสังคม ลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น และเพิ่มทักษะในการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น และการดูแลตามแผนการรักษา (นิตยา ภาสุนันท์, 2545) ดังนี้

2.8.1 การดูแลความสุขสบายและความปลอดภัยของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านักไม่ค่อยได้ดูแลตนเอง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ง่าย เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาด้านสุขภาพ และป้องกันการฆ่าตัวตาย พยาบาลต้องเพิ่มความระมัดระวังในการดูแลโดยเข้าใจธรรมชาติของผู้สูงอายุ มีความเห็นอกเห็นใจ ช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้รับความสะดวกสบายในการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สบาย ปลอดภัยสำหรับการทำร้ายตนเอง นอกจากนี้ดูแลลดปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้า เช่น การควบคุมโรคเรื้อรัง และการส่งเสริมสุขภาพ

2.8.2 การช่วยให้ผ่านพ้นภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว โดยการส่งเสริมความมีคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง ให้ผู้สูงอายุทบทวนอาการเศร้าของตนเอง โดยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุทบทวนสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น นอกจากนั้นส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความกระจำนงในปัญหาที่เกิดขึ้น และให้กำลังใจในการเผชิญและแก้ไขปัญหาให้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี รวมทั้งให้ข้อมูลหรือความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจในภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น และผู้สูงอายุและครอบครัวมีแนวทางในการดูแลให้ผ่านพ้นจากภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว

2.8.3 การดูแลให้ได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต โดยการดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ การขับถ่ายที่เป็นปกติ จัดให้มีกิจกรรมด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม การส่งเสริมการพักผ่อนนอนหลับที่เพียงพอ การบรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ ให้ลดลง รวมทั้งดูแลด้านสุขภาพอนามัย และการแต่งกายเพื่อให้จิตใจสดชื่น ช่วยให้อาการซึมเศร้าลดลง

2.8.4 การประเมินผลโดยมีการบันทึกและติดตามการประเมินสภาพ และผลการรักษาในเรื่องเกี่ยวกับอาการ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุว่าสามารถควบคุมตนเอง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมดีขึ้น

สรุปได้ว่า การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า พยาบาลควรเริ่มจากการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าไม่ให้เกิดขึ้น แต่หากเกิดภาวะซึมเศร้าแล้ว พยาบาลต้องให้การดูแลความสุขสบายและความปลอดภัยของผู้สูงอายุ และช่วยให้ผ่านพ้นภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว โดยการส่งเสริมความมีคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง นอกจากนั้นพยาบาลต้องมีการติดตามและประเมินสภาพเป็นระยะ เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าหมายถึง ภาวะที่บุคคลมีการแสดงออกในรูปของความเป็ยงเบนด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม ได้แก่ มีอารมณ์เศร้านากกว่าปกติ ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกไร้คุณค่า สูญเสียพลังอำนาจ มีความคิดต่อตนเองด้านลบ และมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง โดยอาการจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและคง

อยู่เป็นระยะเวลานาน ทำให้การทำหน้าที่และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ซึ่งมีความรุนแรง 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง ซึ่งระดับความรุนแรงที่มากขึ้นจะยิ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลมากขึ้น โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าประกอบไปด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ เคยมีประวัติซึมเศร้ามามาก่อน มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า มีสถานภาพหม้าย หย่า แยก ระดับการศึกษาต่ำ มีความยากจน รายได้ต่ำ และปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ มีความเครียดทางด้านสังคม ขาดการสนับสนุนทางสังคม ขาดการมีปฏิสัมพันธ์บุคคลอื่น ขาดเพื่อน และสูญเสียบทบาทหน้าที่ในสังคม ภาวะสุขภาพไม่ดี นอกจากนั้นยังรวมถึงความผิดปกติของสมองและการรับรู้ความรู้สึกต่างๆ อีกด้วย เมื่อมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นจะมีผลกระทบทางตรง ซึ่งจะทำให้ความสามารถในการตัดสินใจในสถานการณ์ต่างๆ ลดลง ทำให้ไม่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนผลกระทบทางอ้อมจะทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง ส่งผลทำให้การทำกิจวัตรประจำวัน และการทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ในการบำบัดภาวะซึมเศร้ามักมีหลายรูปแบบ โดยสามารถแบ่งได้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ การบำบัดด้านร่างกาย การบำบัดด้านจิตใจหรือการทำจิตบำบัด และการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด การบำบัดภาวะซึมเศร้ามักจะขึ้นอยู่กับการพิจารณาตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า และตามความเหมาะสมกับสภาพของแต่ละบุคคล ส่วนในด้านการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า พยาบาลควรเริ่มจากการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าไม่ให้เกิดขึ้น แต่หากเกิดภาวะซึมเศร้าแล้ว พยาบาลต้องให้การดูแลความสบายและความปลอดภัยของผู้สูงอายุ และช่วยให้ผ่านพ้นภาวะซึมเศร้าโดยเร็ว โดยการส่งเสริมความมีคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง นอกจากนั้นพยาบาลต้องมีการติดตามและประเมินสภาพหลังจากให้การพยาบาล เพื่อประเมินประสิทธิผลของการพยาบาลในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ

3. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้นหลังจากเกิดภาวะโรคหลอดเลือดสมอง (Post stroke depression) และเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่พบมากที่สุด ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 6-79 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Provinciali and Coccia, 2002; Whyte and others, 2004) ทั้งนี้อัตราที่เกิดขึ้นจะมีความแปรผันตามความแตกต่างของกลุ่มประชากรและการศึกษา ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจะมีการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกาย ร่างกายจะมีอาการอ่อนแรง ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเปลี่ยนแปลงไป (ภาพันท์ เจริญสุวรรณค์, 2546; จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และ พรชัย สติธิปัญญา, 2548; วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิพานิช, 2552; Sit and others, 2007) นำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจ สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด (Miller, 1992) ภาวะซึมเศร้าจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม (สายฝน เอกวารงกูร, 2554; Beck, 1967) จะส่งผลกระทบต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพช้ากว่าผู้ที่ไม่ได้มีภาวะซึมเศร้า (Spalletta, 2002)

3.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีปัจจัยเกี่ยวข้อง ดังนี้

3.1.1 พยาธิสภาพของโรค ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะอยู่ในสภาพอัมพาตครึ่งซีก โดยมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ได้แก่ มีการเคลื่อนไหวลำบากจากแขนขาอ่อนแรง มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง มีปัญหาด้านการสื่อสาร การรู้คิด ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลง นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ จากการศึกษาตำแหน่งของการเกิดโรคในสมองซีกซ้ายหรือขวาต่ออุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้ายจะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกขวา (Carson and others, 2000; Narushima, Kosier, and Robinson, 2003)

3.1.2 ระยะเวลาของการเกิดโรค จากการศึกษาความสัมพันธ์เรื่องระยะเวลาภายหลังเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกับการเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ระยะเวลาภายหลังเจ็บป่วยประมาณ 1 สัปดาห์ มีความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้า ประมาณร้อยละ 41-47 ซึ่งพบมากกว่าในกลุ่มที่ระยะเวลาภายหลังการเจ็บป่วยนานกว่า 1 สัปดาห์ (Shinar, Gross, and Price, 1986; Wade, Legh-Smith, and Hewer, 1987) และเมื่อติดตามเกี่ยวกับอารมณ์ซึมเศร้าของผู้ป่วยหลังจากเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะ 3 สัปดาห์, 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศวรา้อยละ 25-30 และในจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้านี้ พบว่า มีมากกว่าร้อยละ 50 จะมีภาวะซึมเศร้าในช่วง 3 สัปดาห์หลังเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และยังคงมีต่อไปในช่วงเวลา 6 เดือน ถึง 1 ปี หลังจากเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง

3.1.3 ความรู้สึกลุกลี้ลุกลน การรู้สึกสูญเสียของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่เป็นปัจจัยทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า อาจเป็นการสูญเสียจริงๆ หรือการสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง (Kaplan and Sadock, 1989) เนื่องจากการเจ็บป่วย และการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องแยกออกจากสังคมในชีวิตประจำวัน ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่มีความหมาย สูญเสียบทบาท สูญเสียอำนาจในการควบคุมตนเอง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีการสูญเสียในหลายๆ ด้านจากความเจ็บป่วย การทำหน้าที่ของร่างกาย ความสุขสบาย บทบาทหน้าที่ของตนเองในครอบครัวและสังคม ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ รวมถึงการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ จะสนับสนุนให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก (Kurlowicz, 1994)

3.1.4 ปัจจัยด้านประชากร จากการศึกษาหลายการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านประชากรต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง บางการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศวรามากกว่าเพศชาย (Wade and other, 1987) แต่บางการศึกษาพบว่าเพศชายและเพศหญิงมีอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกัน (Burvill and others, 1995) และมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศวรมีหลายประการ ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือด

สมองมาก่อน เพศหญิง การอยู่ตามลำพัง การมีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมที่ลำบาก และเคยมีภาวะซึมเศร้ามาก่อน (Anderson and others, 1995)

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบไปด้วย พยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นในสมอง ระยะเวลาของการเกิดโรคภายหลังเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ การอยู่ตามลำพัง การมีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมที่ลำบาก และเคยมีภาวะซึมเศร้ามาก่อน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งก็คือ การรู้สึกสูญเสียของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่เป็นปัจจัยทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการเจ็บป่วย และการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องแยกออกจากสังคมในชีวิตประจำวัน ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่มีความหมาย สูญเสียบทบาท สูญเสียอำนาจในการควบคุมตนเอง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะซึมเศร้าได้มาก

3.2 การสูญเสียพลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า

จากแนวคิดของ Miller (1992) ที่กล่าวไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเรื้อรัง เกิดจากการที่ผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจ อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ตนเองไม่สามารถจะควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองได้ ต้องตกอยู่สภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จนทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องหรือเกิดความไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจเกิดขึ้น และนำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง หากการสูญเสียพลังอำนาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยที่ไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง สูญเสียการยอมรับนับถือตนเอง และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด จากการศึกษาหลายการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ มีความเสื่อมของร่างกายเพิ่มขึ้นตามวัย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาคือคนอื่น (ภาพันท์ เจริญสุวรรณ, 2546; จุฑารัตน์ สติปัญญา และ พรชัย สติปัญญา, 2548; วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2552; Sit and others, 2007) ทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ตนเองว่าไม่สามารถที่จะควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองได้ ต้องอยู่ในสภาพที่ต้องปฏิบัติตามแนวทางของบุคคลอื่น ทำให้เกิดความไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจที่เกิดขึ้นนำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจ สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด (Miller, 1992)

3.3 การสูญเสียพลังอำนาจ

3.3.1 ความหมายของการสูญเสียพลังอำนาจ มีผู้ศึกษาและให้ความหมายไว้ดังนี้

Miller (1992) ได้กล่าวว่า การสูญเสียพลังอำนาจ เป็นการที่บุคคลรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองไม่มีอิทธิพลต่อสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองตามความคาดหวังได้ ไม่ว่าจะเป็สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นประจำหรือไม่ได้คาดคิดมาก่อน

ทมาภรณ์ บุณยสมภพ (2547) ได้กล่าวว่า การสูญเสียพลังอำนาจ เป็นการที่บุคคลรับรู้ตนเองว่าไม่สามารถจะควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ต้องปฏิบัติตามแนวทางที่ผู้อื่นกำหนดหรือถูกควบคุมจากบุคคลอื่น หรือสิ่งเร้าที่อยู่ภายนอกตน

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า การสูญเสียพลังอำนาจ หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ตนเองว่าไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองได้ ทั้งสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นประจำหรือไม่คาดคิด ทำให้ตนเองต้องปฏิบัติตามแนวทางที่บุคคลอื่นกำหนด

3.3.2 สาเหตุของการสูญเสียพลังอำนาจ เกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ การขาดความสามารถในการควบคุม (Loss of control) และการขาดความรู้ (Lack of knowledge) (Miller, 1992) ดังนี้

3.3.2.1 การขาดความสามารถในการควบคุม แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การขาดความสามารถในการควบคุมด้านร่างกาย (Physiological loss of control) การขาดความสามารถในการควบคุมจิตใจ (Psychological loss of control) และการขาดความสามารถในการควบคุมสิ่งแวดล้อม (Environment loss of control)

3.3.2.2 การขาดความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล พยาบาลสามารถช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะไร้พลังอำนาจ โดยหาสาเหตุที่ทำให้เกิดการไร้พลังอำนาจ และใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้บุคคลมีแหล่งพลังอำนาจในตนเองที่เข้มแข็งขึ้น

3.3.3 การตอบสนองเมื่อมีการสูญเสียพลังอำนาจ (Miller, 1992)

เมื่อบุคคลเกิดการสูญเสียพลังอำนาจ จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง บางครั้งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และไม่สามารถควบคุมตนเองได้ หากการสูญเสียพลังอำนาจดำเนินต่อไป บุคคลจะเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ในระยะที่มีการสูญเสียพลังอำนาจหากบุคคลไม่สามารถคิดหรือกระทำการสิ่งต่างๆ หรือไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ ก็จะเกิดภาวะการสูญเสียพลังอำนาจเพิ่มขึ้น ความรู้สึกดังกล่าวจะมีความเกี่ยวเนื่องกันเป็นวงจร หากไม่ได้รับการแก้ไขจะทำให้เกิดภาวะสิ้นหวัง มีการแยกตัว รู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว และถ้ารุนแรงมากอาจเสียชีวิตได้

การเกิดภาวะซึมเศร้า Miller (1992) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดจากภาวะการสูญเสียพลังอำนาจ เป็นผลจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ตนเองว่าไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ต้องตกอยู่ในสภาพที่ต้องปฏิบัติตามแนวทางของผู้อื่น และหากการสูญเสียพลังอำนาจเกิดขึ้นต่อเนื่องโดยไม่ได้รับการแก้ไข ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าและการนับถือตนเอง นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

สรุปได้ว่า การสูญเสียพลังอำนาจ เป็นการที่บุคคลรับรู้ตนเองว่าไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองได้ ทั้งสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นประจำหรือไม่คาดคิด ทำให้ตนเองต้องปฏิบัติตามแนวทางที่บุคคลอื่นกำหนด โดยมีสาเหตุมาจากการขาดความสามารถในการควบคุมด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม รวมถึงการขาดความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล เมื่อเกิดการสูญเสียพลังอำนาจ จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง บางครั้งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และไม่สามารถควบคุมตนเองได้

หากการสูญเสียพลังอำนาจดำเนินต่อไป บุคคลจะเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากการที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สูญเสียพลังอำนาจ อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการรับรู้ตัวตนเองไม่สามารถจะควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองได้ ต้องตกอยู่สู่ภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จนทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเกิดความบกพร่องหรือเกิดความไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจเกิดขึ้น และนำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง หากการสูญเสียพลังอำนาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยที่ไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเกิดความรู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง สูญเสียการยอมรับนับถือตนเอง และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด ซึ่งภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นจะเป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้มาก จะส่งผลทำให้เกิดภาวะพึ่งพาผู้อื่นในระยะเวลาที่นานกว่าปกติ

4. แนวคิดและหลักการการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการสำคัญในการเพิ่มแหล่งพลังอำนาจในตัวผู้ป่วย (Miller, 1992) โดยเป็นทั้งกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตนเอง และกระบวนการระหว่างบุคคล โดยอาศัยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลซึ่งเกิดอย่างต่อเนื่อง (Gibson, 1995) โดยเป้าหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการสนับสนุนให้แหล่งพลังอำนาจของบุคคลมีความเข้มแข็งขึ้น (ทมาภรณ์ บุรณสมภพ, 2547; Miller, 1992) เพื่อให้เกิดความมั่นใจในพลังความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงชีวิตตนเองให้ไปในทางที่ดีขึ้นตามเป้าหมายที่ต้องการ

4.1 ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยทั่วไปมักใช้กันในความหมายของการกระทำในรูปแบบต่างๆ เพื่อมุ่งเน้นให้เกิดความสามารถ ศักยภาพ หรือความมีประสิทธิภาพแก่บุคคลในการดำรงชีวิตประจำวัน (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2542) เป็นแนวคิดที่เป็นไปได้ทั้งกระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ความหมายการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคล มีความสามารถในการควบคุมและจัดการกับชีวิตตนเองในทุกด้าน เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตนเอง และกระบวนการระหว่างบุคคล โดยอาศัยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลซึ่งเกิดอย่างต่อเนื่อง โดยบุคคลมีการกำหนดเป้าหมาย มีการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อขจัดปัญหาและอุปสรรคหรือหาทางออกของปัญหา

4.2 ลักษณะของแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่มีลักษณะความเป็นพลวัต (Dynamic concept) ซึ่งพลังอำนาจเป็นทั้งการให้และการรับ มีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน เป็นแนวคิดที่มีลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์กัน (Transactional concept) มุ่งเน้นที่ทางออกของปัญหามากกว่าตัวปัญหา เน้นสร้างความเข้มแข็ง สิทธิ และความสามารถในการแก้ปัญหาของบุคคล กระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เกิดจากความรู้สึกรัดแย้ง (Conflict) ความตึงเครียด (Tension) ทำให้บุคคลพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยลักษณะแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ มี 3 องค์ประกอบ (Gibson, 1991) ได้แก่

4.2.1 คุณสมบัติผู้รับบริการ (Client) เป็นความรับผิดชอบของผู้รับบริการจะต้องมีคุณสมบัติต่างๆ คือ การตัดสินใจด้วยตนเอง สมรรถนะในตนเอง ความรู้สึกในการควบคุมตนเอง แรงจูงใจ การพัฒนาตนเอง การเรียนรู้ การเจริญเติบโต ความรู้สึกมีอำนาจในตนเอง ความรู้สึกในการมีสัมพันธ์กับผู้อื่น การพัฒนาคุณภาพชีวิต การมีสุขภาพที่ดีขึ้น และการมีจิตสำนึกในการตัดสินใจ

4.2.2 คุณสมบัติของพยาบาล (Nurse) พยาบาลต้องมีบทบาทในการเป็นผู้ช่วยเหลือ สนับสนุน เป็นผู้ให้คำปรึกษา ผู้สอน แนะนำแหล่งทรัพยากรรวมทั้งเป็นผู้ใช้แหล่งทรัพยากรด้วย นอกจากนี้ยังต้องเป็นผู้อำนวยความสะดวก ส่งเสริมความสามารถ และพิทักษ์สิทธิผู้รับบริการ

4.2.3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและพยาบาล (Client-nurse interaction) จะเป็นสัมพันธ์ภาพในทางบวก เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ความเห็นอกเห็นใจ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การตั้งเป้าหมายร่วมกัน การปฏิบัติร่วมกัน ความร่วมมือ การเจรจาต่อรอง การผ่านพ้นอุปสรรค มีการจัดระบบ และวางแผนเพื่อให้ชนะอุปสรรคอย่างถูกต้อง

รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ชัดเจนนั้น พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการใช้แหล่งประโยชน์จากในตนเองและในสิ่งแวดล้อมของผู้รับบริการ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม เครือข่ายสังคม ระบบบริการสุขภาพ เพื่อช่วยให้การเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดผลต่อการพัฒนาการบริการพยาบาลที่ดี

4.3 ปัจจัยนำและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ความมุ่งมั่น (Commitment) ความผูกพัน (Bond) และความรัก (Love) ของบุคคลที่มีต่อเรื่องนั้นๆ ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Influencing factors) ประกอบไปด้วย ปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal factor) ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม เป้าหมาย และประสบการณ์ ส่วนปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factor) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะมีความคับข้องใจ (Frustration) จากปัญหาหรืออุปสรรคเป็นตัวทำให้บุคคลเข้าสู่ขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการ การที่บุคคลมีความรักต่อบุคคลอื่น พร้อมทั้งจะให้การช่วยเหลือ และพบว่าเมื่อบุคคลมีกำลังใจจะสามารถปฏิบัติทุกวิถีทางเพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ต้องการ (Gibson, 1995)

4.4 กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson (1995) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

4.4.1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการพยายามทำให้บุคคลยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง ทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องโดยในขั้นตอนนี้จะมีการตอบสนองของบุคคลทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (Emotional) ด้านสติปัญญา (Cognitive) และด้านพฤติกรรม (Behavioral)

4.4.2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาและเกิดความคับข้องใจมากขึ้นก็จะส่งผลให้บุคคลพัฒนาตนเองเพื่อการเปลี่ยนแปลง บุคคลจะกลับมามองปัญหา ประเมิน วิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่างๆ ให้เข้าใจชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ระยะเวลาช่วยให้บุคคลเกิดการพัฒนาความรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมตนเอง (A sense of personal control) และกล้าที่จะเผชิญความจริง (To face reality) ทำให้เปลี่ยนความคิดจากเดิมที่คิดว่าตนเองไม่สามารถดูแลตนเองได้ดี ก็เกิดความคิดว่าตนเองไม่ได้ไร้ความสามารถ สิ่งที่ได้กระทำมีความสำคัญที่จะช่วยให้ตนเองมีอนาคตดีขึ้น บุคคลจะได้มาซึ่งทางเลือกต่างๆ ในการปฏิบัติหลังจากการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างละเอียด รับรู้ถึงความเข้มแข็งของตนเอง ความสามารถของตนเอง เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจ ทักษะในการดูแลตนเอง กล่าวได้ว่าขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณมีความสำคัญนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม ช่วยให้บุคคลรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้ บุคคลจะมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถและมีพลังมากขึ้น

4.4.3 การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาที่ตนคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด การตัดสินใจจะอยู่ภายใต้เงื่อนไข คือ เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ เหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์ สร้างความยอมรับและสามารถเปิดกว้างในการที่บุคคลอื่นจะนำไปใช้เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ ขั้นตอนนี้ บุคคลจะมีพันธะสัญญากับตนเอง ได้แก่ การพิทักษ์ปกป้องสิทธิประโยชน์ (Advocating for) การเรียนรู้การแก้ปัญหา (Learning the ropes) การเรียนรู้ในการคงพฤติกรรม (Learning to persist) การเจรจาต่อรองในโรงพยาบาล (Diving negotiation in the hospital setting) และการสร้างความรู้สึกร่วมกัน (Establishing partnerships)

4.4.4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ (Holding on) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในระยะนี้เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามวิธีการที่เลือกปฏิบัติ โรงพยาบาลและผู้ป่วยจะร่วมมือกันแก้ไขปัญหา และเมื่อนำวิธีการที่เลือกไปใช้ในการปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลจะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลัง มีความสามารถ มีศักยภาพในตนเอง และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมแก้ปัญหานั้น แม้ว่าสถานการณ์จะเปลี่ยนแปลงไป

สรุปได้ว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการดำเนินอย่างเป็นขั้นตอน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้บุคคลมี

ความสามารถในการควบคุมและจัดการกับชีวิตตนเองในทุกด้าน เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตนเอง และกระบวนการระหว่างบุคคล โดยอาศัยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลซึ่งเกิดอย่างต่อเนื่อง โดยบุคคลมีการกำหนดเป้าหมาย มีการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อขจัดปัญหาและอุปสรรคหรือหาทางออกของปัญหา

4.5 การรับรู้พลังอำนาจ

การรับรู้พลังอำนาจ เป็นผลที่ตามมาของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บุคคลจะมีการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ (Ekeberg, Lagerstrom, and Lutzen, 1997) โดยจะมีการรับรู้ใน 4 ด้าน คือ 1) ความรู้สึกในความสำเร็จของสถานการณ์ของตนเอง (A sense of mastery of their situation) บุคคลจะเกิดประสบการณ์จากการเรียนรู้สิ่งใหม่ ร่วมกับการนำความรู้และประสบการณ์เดิมมาบูรณาการ ทำให้เกิดความชัดเจนในการดูแลตนเองมากขึ้น 2) ความพึงพอใจในตนเอง (Personal satisfaction) เมื่อบุคคลเกิดความสำเร็จตามเป้าหมายของตนเอง จะทำให้เกิดความพึงพอใจในความสามารถของตนเอง นำไปสู่ความมั่นใจในการปฏิบัติต่อไป 3) การพัฒนาตนเอง (Self development) สิ่งนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกมั่นใจในความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น และ 4) มีเป้าหมายและความหมายของชีวิต (Purpose and meaning in life)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดและหลักการการเสริมสร้างพลังอำนาจ สรุปได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่มีลักษณะความเป็นพลวัต ซึ่งพลังอำนาจเป็นทั้งการให้และการรับ มีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน เป็นแนวคิดที่มีลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ โดยมุ่งเน้นที่ทางออกของปัญหามากกว่าตัวปัญหา เน้นสร้างความเข้มแข็ง สิทธิ และความสามารถในการแก้ปัญหาของบุคคล กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ความมุ่งมั่น ความผูกพัน และความรักของบุคคลที่มีต่อเรื่องนั้นๆ ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบไปด้วย ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม เป้าหมาย และประสบการณ์ ส่วนปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะมีความคับข้องใจจากปัญหาหรืออุปสรรคเป็นตัวทำให้บุคคลเข้าสู่ขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และผลที่ตามมาของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ การรับรู้พลังอำนาจ 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกในความสำเร็จของสถานการณ์ของตนเอง ความพึงพอใจในตนเอง การพัฒนาตนเอง และมีเป้าหมายและความหมายของชีวิต

5. แนวคิดและหลักการการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกำหนดออกจากโรงพยาบาลแล้วกลับไปอยู่ที่บ้าน ส่วนใหญ่จะยังคงมีสภาพร่างกายที่อ่อนแรงแรงตามบริเวณแขนขา และต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บุคคลในครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล เป็นรูปแบบทางการพยาบาลที่เน้นหลักการให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม โดยให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นลักษณะการพยาบาลในบริบทของครอบครัว เป็นการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ให้การพยาบาล ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่เป็นผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุนับว่ามีความสำคัญและจำเป็นต่อผลสำเร็จของการดูแล (Sebern, 2005)

5.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว

การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family participation) มีผู้ให้ความหมายไว้หลายมุมมอง ซึ่งในความหมายที่ได้อธิบายในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย สรุปได้ดังนี้

Freidemann and others (1999) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family involvement in care) คือการที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลทางด้านร่างกายและด้านอารมณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในสถานที่พักผู้สูงอายุ โดยบุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย แสวงหาคำแนะนำหรือคำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย และปฏิบัติในการดูแล

Levesque, Ducharme, and Lachance (1999) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family caregiving) คือการที่สมาชิกในครอบครัวให้การดูแลบุคคลในครอบครัวที่มีภาวะเจ็บป่วยครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน

Specht and others (2000) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family involvement in care) คือการที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน และตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยขณะที่เจ็บป่วยอยู่ในโรงพยาบาล

Lee and Craft-Rosenberg (2002) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family participation) คือการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยซึ่งครอบคลุมทั้งการดูแลทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน โดยเน้นความร่วมมือกับระหว่างสมาชิกในครอบครัวและพยาบาล

Sebern (2005) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในการดูแล (Shared care) คือการที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยมีส่วนร่วมในด้าน การสื่อสารข้อมูลการเจ็บป่วย การตัดสินใจในการดูแล และการกระทำร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วม เข้าร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งมีกระบวนการในการสื่อสารข้อมูลภาวะสุขภาพ การตัดสินใจ และการกระทำในการดูแลร่วมกับพยาบาลทั้งในขณะอยู่ที่โรงพยาบาลและในชุมชน

5.2 แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นความร่วมมือกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวและพยาบาลในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย โดยครอบคลุมถึงการดูแลที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้านผู้ป่วยเอง (Lee and Craft-Rosenberg, 2002) ซึ่งแนวคิดหลักของการมีส่วนร่วมของครอบครัว ได้ประยุกต์มาจากแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) โดยแนวคิดนี้มีความเชื่อว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อผลสำเร็จของการพยาบาล จากแนวคิดดังกล่าวพบว่ามีคุณสมบัติองค์ประกอบในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้สูงอายุต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวในการดูแลภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และมีองค์ประกอบที่สามารถบูรณาการให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจได้อย่างเหมาะสม แนวคิดหลักประกอบด้วย 3 ด้าน ดังต่อไปนี้

5.2.1 การสื่อสาร (Communication) ได้แก่ การสื่อสารในเรื่องของอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วย ความรู้สึกของผู้ป่วย คำแนะนำ และข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย โดยสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทในการทำความเข้าใจ และมีส่วนร่วมในสถานการณ์ต่างๆ ร่วมกับผู้ป่วย

5.2.2 การตัดสินใจ (Decision-making) ผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้สูงอายุ คือ พยาบาล ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว โดยพยาบาลจะต้องร่วมกับสมาชิกในครอบครัวในการค้นหาข้อมูลของผู้สูงอายุ และร่วมกันตัดสินใจในการดูแล

5.2.3 การกระทำร่วมกัน (Reciprocity) การกระทำร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความเห็นอกเห็นใจ การรับฟัง และการเป็นหุ้นส่วนกันในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลตามแนวคิดของ Sebern (2005) เชื่อว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อผลสำเร็จของการพยาบาล ซึ่งแนวคิดประกอบไปด้วย การสื่อสาร การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกัน โดยผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ คือ พยาบาล ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว โดยต้องมีส่วนร่วมในการรับรู้ถึงอาการเจ็บป่วย ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ร่วมกันตัดสินใจในการดูแล และปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน เพื่อส่งผลถึงประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

5.3 บทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ

สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญในการมีส่วนร่วมสนับสนุนการดูแลสุขภาพในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ดังนั้นจึงมีผู้ศึกษาบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ดังนี้

มัลลิกา มัติโก (2530) ได้อธิบายบทบาทของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัวต้องดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยเล็กน้อย ไปจนถึงการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน โดยปฏิบัติการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยอย่างเป็นอิสระจนถึงการดูแลภายใต้การดูแลของบุคลากรทางด้านสุขภาพ ครอบครัวต้องดูแลส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวทุกคน และช่วยกันแบ่งเบาภาระของสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวต้องสามารถใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เบื้องต้นในการดูแลสุขภาพได้ และครอบครัวมีอำนาจในการตัดสินใจเลือกรูปแบบการดูแลที่จะไม่เป็นอันตรายต่อสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนกำหนดวิธีการปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสมถูกต้องแก่สมาชิกในครอบครัว

Doherty (1995) cited in Friedman (1992) ได้อธิบายบทบาทของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การสอนสมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยเป็นรายบุคคล (Patient teaching) การสอนครอบครัว (Family teaching) การผสมผสานการสอนแบบสนับสนุนร่วมกับให้คำปรึกษาเชิงการให้ความรู้ (Combination of support teaching and educationally focused counseling) การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวเบื้องต้น (Basic family counseling) และการให้คำปรึกษาขั้นสูงได้ (Advance family counseling)

สรุปได้ว่า บทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ ไปจนถึงการดูแลในภาวะที่มีความเจ็บป่วยรุนแรง ดังนั้นในการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพในปัจจุบัน จึงเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

5.4 บทบาทพยาบาลกับการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว

พยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ต้องดูแลบุคคลทั้งในภาวะสุขภาพปกติ และเจ็บป่วย พยาบาลต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะที่บุคคลในครอบครัวมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ดังนั้นการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสุขภาพให้ปลอดภัยและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุขจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง โดยพยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2537) ดังนี้

5.4.1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว มีดังนี้

5.4.1.1 การสร้างความมีส่วนร่วมของครอบครัวในเรื่องการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

5.4.1.2 การพัฒนาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการสร้างสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวให้ดี โดยสมาชิกในครอบครัวทุกคนมีบทบาทในการร่วมสร้างสุขภาพ

5.4.1.3 การพัฒนาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยพยาบาลต้องมีการเตรียมบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวให้มีความพร้อมก่อนกลับไปอยู่ที่บ้านในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย

5.4.2 ด้านการป้องกันความเจ็บป่วย และการเกิดโรค ดังนี้

5.4.2.1 การดูแลครอบครัวที่อยู่ในภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ ภาย จิต สังคม ความเสี่ยงทางสุขภาพที่เกิดจากความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว เช่น ครอบครัวที่มีบุตรปัญญาอ่อน พิการ หรือครอบครัวมีผู้ป่วยทางจิต เป็นต้น

5.4.2.2 การป้องกันการเกิดโรคโดยวิธีให้ภูมิคุ้มกัน ทั้งวัยเด็กและผู้ใหญ่ โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล

5.4.2.3 การดูแลสมาชิกในครอบครัวตามระยะพัฒนาการของมนุษย์ตั้งแต่ เกิดจนเสียชีวิต โดยให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล

5.4.2.4 การป้องกันความพิการและการเกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรง เมื่อผู้ป่วยต้องไปดำเนินชีวิตอยู่ที่บ้านหลังจากออกจากโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ หอบหืด หรือโรคทางกระดูก เป็นต้น

5.4.3 ด้านการรักษาความเจ็บป่วยและโรคต่างๆ ดังนี้

5.4.3.1 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่โรงพยาบาล มีหลายกิจกรรมที่ครอบครัวสามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้ โดยพยาบาลต้องจัดสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างเหมาะสม และเอื้อต่อการแสดงบทบาทของครอบครัว ได้แก่ การจัดเวลาเยี่ยม และการวางแผนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

5.4.3.2 มีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge planning) โดยเป็นการวางแผนให้ญาติมีบทบาทในการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

5.4.3.3 บทบาทของพยาบาลสำหรับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) โดยบทบาทที่พยาบาลต้องปฏิบัติ มีดังนี้

5.4.3.3.1 บทบาทด้านการสอน และให้ข้อมูล (Health teaching)

5.4.3.3.2 บทบาทด้านการให้คำปรึกษา (Health counseling)

5.4.3.3.3 บทบาทด้านการให้การดูแลโดยตรง (Health care providing)

5.4.3.3.4 บทบาทด้านการสนับสนุนส่งเสริม (Supportive)

สรุปได้ว่า บทบาทของพยาบาลดังกล่าวข้างต้น พยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติโดยตรงอยู่แล้ว แต่ต้องพัฒนาขยายผลให้มีความชัดเจนและออกไปสู่ครอบครัวมากขึ้น เพราะในปัจจุบันการดูแลสุขภาพไม่ได้จำกัดแต่บุคลากรทางด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อสร้างรูปแบบการจัดการบริการพยาบาลให้มีความต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

6. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกระบวนการในการเพิ่มแหล่งพลังอำนาจในตัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตนเอง และกระบวนการระหว่างบุคคล โดยอาศัยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลซึ่งเกิดขึ้นอย่าง

ต่อเนื่อง (Gibson, 1995) โดยเป้าหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการสนับสนุนให้แหล่งพลังอำนาจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเข้มแข็งขึ้น เพื่อให้เกิดความมั่นใจในพลังความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงชีวิตให้ไปในทางที่ดีขึ้นตามเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งก็คือความสำเร็จในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นการพยายามทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเกิดการพัฒนาความรู้สึกรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมตนเอง และกล้าที่จะเผชิญความจริง ทำให้เปลี่ยนความคิดจากเดิมที่คิดว่าตนเองไม่สามารถดูแลตนเองได้ดี ก็จะเกิดความคิดว่าตนเองไม่ได้ไร้ความสามารถ สิ่งที่ได้กระทำมีความสำคัญที่จะช่วยให้ตนเองมีอนาคตดีขึ้น 3) การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ เป็นการที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาที่ตนคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด การตัดสินใจจะอยู่ภายใต้เงื่อนไข คือ เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ เหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์ สร้างความยอมรับและสามารถเปิดกว้างในการที่บุคคลอื่นจะนำไปใช้เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า เป็นการนำวิธีการที่ปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ดี

การมีส่วนร่วมในการดูแล ตามแนวคิดของ Sebern (2005) เชื่อว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นต่อผลสำเร็จของการพยาบาล จากแนวคิดดังกล่าวพบว่ามีคุณสมบัติในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้สูงอายุต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวในการดูแลภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และมีองค์ประกอบที่สามารถบูรณาการให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจได้อย่างเหมาะสม แนวคิดหลักประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) การสื่อสาร ได้แก่ การสื่อสารในเรื่องของอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บป่วย ความรู้สึกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง คำแนะนำ และข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วย โดยสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทในการทำความเข้าใจ และมีส่วนร่วมในสถานการณ์ต่างๆ ร่วมกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 2) การตัดสินใจ โดยผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง คือ พยาบาล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และสมาชิกในครอบครัว โดยพยาบาลจะต้องร่วมกับสมาชิกในครอบครัวในการค้นหาข้อมูลของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และร่วมกันตัดสินใจในการดูแล และ 3) การกระทำร่วมกัน เป็นการกระทำร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความเห็นอกเห็นใจ การรับฟัง และการเป็นหุ้นส่วนกันในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม จึงเป็นกระบวนการในการเพิ่มแหล่งพลังอำนาจในตัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการควบคุมและจัดการกับชีวิตตนเองในทุกด้าน เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตนเอง และกระบวนการระหว่างบุคคล โดยอาศัยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลซึ่งเกิดอย่างต่อเนื่อง โดยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการกำหนดเป้าหมาย มีการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อขอจัดปัญหาและ

อุปสรรคหรือหาทางออกของปัญหา โดยได้มีการบูรณาการการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งประกอบไปด้วย การสื่อสาร การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกัน ในกระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน เพื่อให้กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) ซึ่งโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมนี้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

1. การค้นพบสภาพการณ์จริง ได้แก่ 1) การสนทนาเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุและครอบครัว 2) การให้ผู้สูงอายุเล่าสภาพปัญหาและความรู้สึกต่อปัญหาการเจ็บป่วย 3) การให้ครอบครัวแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุ 4) การให้ผู้สูงอายุบอกปัญหาที่ทำให้เกิดความรู้สึกยุ่งยากใจ 5) การให้ผู้สูงอายุเล่าความรู้สึกไม่สบายใจโดยไม่เน้นเรื่องใดเรื่องหนึ่ง 6) การให้ครอบครัวบอกเล่าปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุตามการรับรู้ในบทบาทของครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ และ 7) พยาบาลสรุปประเด็นการร่วมกิจกรรมการค้นพบสภาพการณ์จริง กิจกรรมการค้นพบสภาพการณ์จริงจัดขึ้น 1 ครั้ง มีการกำหนดเนื้อหา และเตรียมแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างชัดเจนโดยเป็นการจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 ช่วงหลังจำหน่ายผู้สูงอายุกลับบ้าน กิจกรรมจัดที่บ้านผู้สูงอายุ ใช้เวลาจัดกิจกรรม 60 นาที ใช้แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมด้านการค้นพบสภาพการณ์จริง และแผนพับชี้แจงรายละเอียดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นสื่อประกอบกิจกรรม

2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ได้แก่ 1) การให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกต่อสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อประเมินสภาพการรับรู้สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหา 2) การให้ผู้สูงอายุเล่าสถานการณ์ความเครียด และวิธีการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุในอดีตที่ผ่านมา 3) การให้ผู้สูงอายุบอกความรู้สึกเครียดในปัจจุบันและการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 4) การให้ครอบครัวรับฟังการสนทนาระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุเพื่อเป็นการสื่อสารให้ครอบครัวได้เข้าใจในสภาพปัญหาของผู้สูงอายุโดยใช้การมีประสบการณ์ร่วมกัน 5) การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเรียนรู้ด้วยตนเองจากวีดิทัศน์ภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย เรื่องที่ 1 “ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป” เรื่องที่ 2 “สิ่งดีๆ เกิดขึ้นได้ อยู่ที่ใจของเรา” 6) การประเมินความเข้าใจของผู้สูงอายุและครอบครัวโดยให้บอกความเข้าใจและความรู้สึกที่ได้เรียนรู้จากการชมวีดิทัศน์ภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย 7) การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นจากการชมวีดิทัศน์หรือให้ผู้สูงอายุและครอบครัวพูดในสิ่งที่สนใจ 8) การให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหาของตนเองเพื่อให้เกิดสิ่งดีๆ ในชีวิต 9) การแสดงการยอมรับและกล่าวเสริมแรงให้ผู้สูงอายุคิดหาแนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อให้เกิดสิ่งดีๆ ในชีวิตได้ 10) การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเรียนรู้ด้วยตนเองจากวีดิทัศน์ภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย เรื่องที่ 3 “ทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” 11) การให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตามทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิต 12) การให้ครอบครัวแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการมีส่วนร่วมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ

ปฏิบัติตามทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิต 13) การให้กำลังใจและเสริมแรงผู้สูงอายุและครอบครัวที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถของผู้สูงอายุที่จะปฏิบัติตามทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิตและบทบาทของครอบครัวในการมีส่วนร่วมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิต และ 14) การมอบคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับครอบครัว เรื่อง “ดูแลอย่างมีความสุข ไร้ทุกข์ ไร้โรค อยู่กับโรคหลอดเลือดสมอง” ให้กับครอบครัวเพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน มีการกำหนดเนื้อหา และเตรียมแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างชัดเจน กิจกรรมการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณจัดขึ้น 1 ครั้ง โดยจัดกิจกรรมเป็นครั้งที่ 2 ช่วงหลังจำหน่ายผู้สูงอายุกลับบ้าน ห่างจากการจัดกิจกรรมครั้งที่ 1 เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ กิจกรรมจัดที่บ้านของผู้สูงอายุ ใช้เวลาในการจัดกิจกรรม 90 นาที ใช้แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมด้านการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ วิดีทัศน์ภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย 3 เรื่อง ได้แก่ เรื่องที่ 1 “ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป” เรื่องที่ 2 “สิ่งดีๆ เกิดขึ้นได้ อยู่ที่ใจของเรา” เรื่องที่ 3 “ทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” และคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับครอบครัว เรื่อง “ดูแลอย่างมีความสุข ไร้ทุกข์ ไร้โรค อยู่กับโรคหลอดเลือดสมอง” เป็นสื่อประกอบกิจกรรม

3. การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ ได้แก่ 1) การให้ผู้สูงอายุบอกความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเมื่ออยู่ที่บ้าน 2) การให้ครอบครัวบอกกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน 3) การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวแสดงความคิดเห็นร่วมกันในการเลือกวิธีการปฏิบัติตน และวางแผนตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทของผู้ป่วยและผู้ดูแล 4) การให้ผู้สูงอายุบอกปัญหาและความรู้สึกในการดูแลตนเอง 5) การให้ครอบครัวบอกปัญหาและความรู้สึกในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุ 6) การให้คำแนะนำกับผู้สูงอายุและครอบครัวโดยการสอนทักษะการปฏิบัติดูแลที่จำเป็น 7) การให้คำปรึกษาปัญหาต่างๆ โดยให้ปฏิบัติตามคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับครอบครัว เรื่อง “ดูแลอย่างมีความสุข ไร้ทุกข์ ไร้โรค อยู่กับโรคหลอดเลือดสมอง” ที่แจกให้ และ 8) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของครอบครัวและส่งเสริมให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดเนื้อหา และเตรียมแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างชัดเจน กิจกรรมการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติจัดขึ้น 1 ครั้ง โดยจัดกิจกรรมเป็นครั้งที่ 3 ช่วงหลังจำหน่ายผู้สูงอายุกลับบ้าน ห่างจากการจัดกิจกรรมครั้งที่ 2 เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ กิจกรรมจัดที่บ้านของผู้สูงอายุ ใช้เวลาในการจัดกิจกรรม 90 นาที ใช้แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ และคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับครอบครัว เรื่อง “ดูแลอย่างมีความสุข ไร้ทุกข์ ไร้โรค อยู่กับโรคหลอดเลือดสมอง” เป็นสื่อประกอบกิจกรรม

4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า ได้แก่ 1) การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวพูดถึงความรู้สึกในการเข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2) การทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 1-3 ให้กับผู้สูงอายุและครอบครัว 3) การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวบอกกิจกรรมและการให้การดูแลของครอบครัวที่ปฏิบัติแล้วได้ผลดีเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวัน 4) การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวบอกปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแล 5) การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวหาแนวทางแก้ปัญหาพร้อมกันเพื่อส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติที่ดีอย่างต่อเนื่อง 6) การกล่าวชื่นชมผู้สูงอายุ

และครอบครัวที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลได้อย่างเหมาะสม และ 7) การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวร่วมกันตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุร่วมกันให้เกิดผลดีและปฏิบัติตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดเนื้อหา และเตรียมแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างชัดเจน กิจกรรมการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า จัดขึ้น 1 ครั้ง โดยจัดกิจกรรมเป็นครั้งที่ 4 ช่วงหลังจำหน่ายผู้สูงอายุกลับบ้าน ห่างจากการจัดกิจกรรมครั้งที่ 3 เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ กิจกรรมจัดที่บ้านของผู้สูงอายุ ใช้เวลาในการจัดกิจกรรม 60 นาที ใช้แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมด้านการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า และภาพถ่ายการเข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ในครั้งที่ 1-3 เป็นสื่อประกอบกิจกรรม

สรุปโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า โดยการจัดกิจกรรมจะเน้นถึงข้อจำกัดด้านการเรียนรู้ เซอร์ปัญญา ความสามารถด้านความจำในผู้สูงอายุ และตระหนักถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุ รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในพลังความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงชีวิตตนเองให้ไปในทางที่ดีขึ้นตามเป้าหมายที่ต้องการ อีกทั้งการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแล และบุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ จะช่วยให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พนอ เตชะอธิก (2541) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีแบบแผนต่อระดับความรู้สึกละเลยพลังอำนาจในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างระยะต้นของการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 20 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน โดยใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเห็นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนด้านความรู้ เป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการปรับตัวและเป็นผู้ให้คำปรึกษา ให้ผู้ป่วยเรียนรู้ด้วยตนเองจากสื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยวิเคราะห์การนำไปใช้ในการแก้ไขสถานการณ์ของตนเอง ระยะเวลาของโปรแกรมใช้เวลา 4 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีแบบแผน มีระดับความรู้สึกละเลยอำนาจโดยรวมน้อยกว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่ไม่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีแบบแผน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ภาพันธุ์ เจริญสุวรรณค์ (2546) ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 85 คน พบว่าอัตราชุกของภาวะซึมเศร้า เท่ากับร้อยละ 38.8 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า มี 4 ปัจจัย คือ อายุที่มากขึ้น ระยะเวลาที่ป่วย ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำ

วันที่ลดลง และแรงสนับสนุนทางสังคมในทุกด้าน และปัจจัยพยากรณ์ภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ระยะเวลาที่ป่วย ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่ลดลง และแรงสนับสนุนทางสังคม

ทมาภรณ์ บุรณสมภพ (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม กลุ่มตัวอย่างคือ ภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม ระดับปานกลางถึงมาก ที่มาขอรับคำปรึกษา ณ ศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิง จำนวน 20 คน ใช้แบบแผนการวิจัยรูปแบบกลุ่มเดียววัดหลายครั้งแบบอนุกรมเวลา โดยทำการวัดก่อนได้รับโปรแกรม 2 ครั้ง และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 ครั้ง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของภรรยาระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 และหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าจากการวัดทั้ง 4 ครั้ง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 แตกต่างกับค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนของภาวะซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรม 2 ครั้ง มีค่าต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมทั้ง 2 ครั้ง และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 2 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1

จุฑารัตน์ สติรปัญญา และ พรชัย สติรปัญญา (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยประสาทวิทยา โรงพยาบาลประสาทสงขลา จำนวน 375 คน พบว่าอัตราชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับร้อยละ 92 โดยพบในระดับเล็กน้อย และปานกลางใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 43 และภาวะซึมเศร้าในระดับสูง ร้อยละ 6 และปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถอธิบายการแปรผันของภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม อาชีพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเพศ โดยปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถอธิบายการผันแปรของภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด รองลงมาคือ อาชีพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเพศ ตามลำดับ ค่าความสามารถในการร่วมทำน่ายภาวะซึมเศร้าของทุกตัวแปรอยู่ในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 48

ปราณี โทแสง (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยหัวใจวาย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยหัวใจวายที่เข้าพักรักษาแบบผู้ป่วยใน แผนกการพยาบาลอายุรกรรม งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 44 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน พบว่า ผู้ป่วยหัวใจวายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจภายหลังได้รับโปรแกรม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่า ภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยหัวใจวายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ มี

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกลดลงเสียพลังอำนาจต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกลดลงเสียพลังอำนาจก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม พบว่า ผู้ป่วยหัวใจวายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกลดลงเสียพลังอำนาจลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ทศพร คำผลศิริ และคณะ (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในช่วง 1 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 58 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 28 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ และให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวที่บ้าน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ การเก็บรวบรวมข้อมูลทำก่อนให้การพยาบาล หลังให้การพยาบาล 6 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญแต่ในกลุ่มควบคุมไม่เปลี่ยนแปลงในสัปดาห์ที่ 12 ภาวะซึมเศร้านั้นพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญตลอดทุกช่วงของการวัด แต่กลุ่มควบคุมระดับความซึมเศร้าไม่มีการเปลี่ยนแปลง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของทั้งสองกลุ่มนั้นพบว่าเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญตลอดทุกช่วงของการวัด คุณภาพชีวิตของทั้งสองกลุ่มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญแต่กลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่า

จงจิต บุญอินทร์ (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเบาหวาน ศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตอำเภอบ้านฉาง จังหวัดระยอง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของสุขภาพเท้าและพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของสุขภาพเท้าและพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Davison and Degner (1997) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากในครั้งแรก ต่อการตัดสินใจในการรักษา ระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในผู้ป่วยจำนวน 60 ราย โดยใช้วิธีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและอาการของโรค รวมทั้งการให้คำปรึกษาในระดับบุคคล ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา มากกว่ากลุ่มควบคุม ระดับความวิตกกังวล และระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนให้การเสริมสร้างพลังอำนาจ

Tsy and Hung (2003) ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อระดับพลังอำนาจ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง จำนวน 50 ราย เป็นเวลา 9 เดือน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีระดับพลังอำนาจ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการ

เสริมสร้างพลังอำนาจมีภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Sutton (2004) ศึกษาถึงการออกแบบโปรแกรมเพื่อช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าในเด็ก โดยในโปรแกรมของ Sutton ประกอบไปด้วยกิจกรรมการประเมินภาวะซึมเศร้า การช่วยให้เด็กยอมรับและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง คิดทบทวนถึงผลที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า และการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับเด็ก เมื่อประเมินผลภายหลังจัดกิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมให้กับเด็กแล้วพบว่า เด็กมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมที่มีการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรม

Sit and others (2007) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก ในประเทศฮ่องกง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 95 ราย พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ใน 48 ชั่วโมงแรกหลังจากการเข้ารับการรักษา เท่ากับร้อยละ 69 และเดือนที่ 6 ร้อยละ 48 ตามลำดับ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การบกพร่องในการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ลดน้อยลง และการสนับสนุนทางด้านข้อมูลต่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาด้านจิตใจที่เป็นปัญหาสำคัญสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ นั่นคือการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ดังการศึกษาของภพพันธ์ เจริญสุวรรณ (2546) ที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด พบว่า อัตราชุกของภาวะซึมเศร้า เท่ากับร้อยละ 38.8 สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์ สิริปัญญา และคณะ (2548) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าอัตราชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับร้อยละ 92 และ Sit and others (2007) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับร้อยละ 69 ซึ่งความชุกในการเกิดภาวะซึมเศร้าแต่ละการศึกษาอาจมีอัตราที่แตกต่างกัน แต่นับได้ว่ามีอัตราการเกิดเป็นจำนวนมากในแต่ละการศึกษา

สาเหตุที่สำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากการสูญเสียพลังอำนาจ (Miller, 1992) ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในตนเองจากภาวะพึ่งพา ภาวะร่างกายและความสามารถที่เปลี่ยนแปลงไป (ภพพันธ์ เจริญสุวรรณ, 2546; จุฑารัตน์ สิริปัญญา และ พรชัย สิริปัญญา, 2548; วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2552; Sit and others, 2007) จากสาเหตุดังกล่าวจึงทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพตนเองได้เต็มศักยภาพของตนเอง

ดังนั้นผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างเหมาะสม โดยมีการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมและบุคคลในครอบครัว เพื่อเป็นแรงจูงใจให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง และมีภาวะซึมเศร้าลดลงในที่สุด ดังเช่นการศึกษาของทมาภรณ์ บุณสมภพ (2547) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง และ Tsy and Hung (2003) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีภาวะ

ซึมเศร้าลดลง จะเห็นได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลงได้

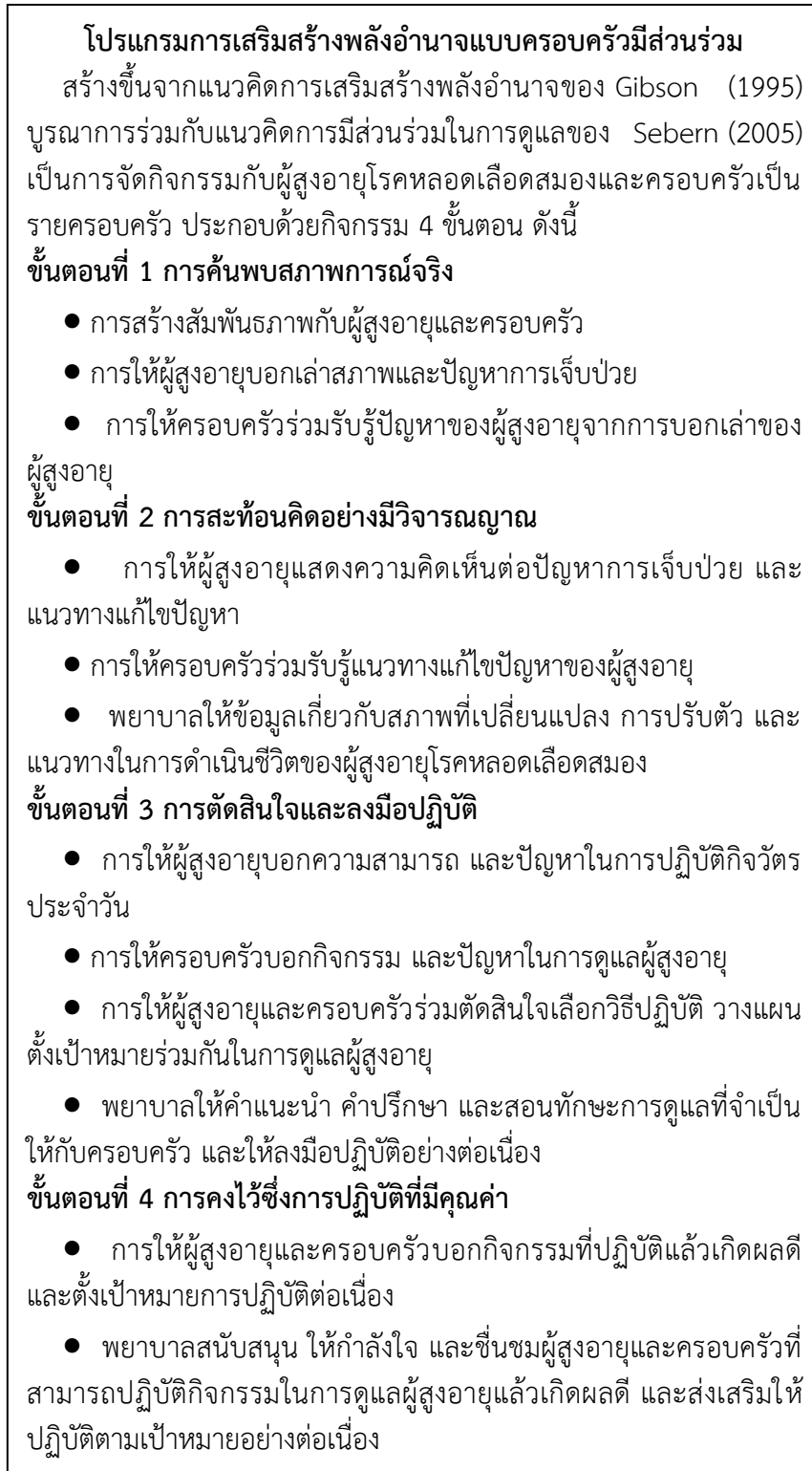
เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจที่เสื่อมลงตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดทั้งทางด้านร่างกาย ความจำ การเรียนรู้ การคิด เซอร์ปัญญา และภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทำให้เกิดภาวะพึ่งพา ดังนั้นการจัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่เฉพาะกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จึงต้องคำนึงถึงสิ่งดังกล่าว และเน้นให้บุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุเองเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้วย

8. กรอบแนวคิดการวิจัย

พยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ต้องให้การดูแลบุคคลทั้งในภาวะสุขภาพปกติ และเจ็บป่วย พยาบาลต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะที่บุคคลในครอบครัวมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น พยาบาลต้องมึบทบาทในการค้นหาแนวทางในการดูแล และค้นหากิจกรรมทางการพยาบาลมาใช้ในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นได้ ซึ่งแนวทางในการดูแลผู้ป่วยนั้นพยาบาลสามารถจัดกิจกรรมทางการพยาบาลได้อย่างอิสระโดยไม่ขัดกับการรักษาทางแพทย์ โดยมีการใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินสภาพ และวางแผนจัดกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย จากการทบทวนแนวคิดเหตุผลและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาและอุปสรรคสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Spalletta, 2002) โดยสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะมีความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในตนเองจากภาวะพึ่งพา ภาวะร่างกายและความสามารถที่เปลี่ยนแปลงไป (ภาพพันธ์ เจริญสวรรค์, 2546; จุฑารัตน์ สติปัญญา และ พรชัย สติปัญญา, 2548; วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิมานิช, 2552; Sit and others, 2007) นำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจ สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด การจัดกิจกรรมทางการพยาบาลที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น นอกจากนี้จะทำให้การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองมากขึ้น และลดภาวะพึ่งพาบุคคลอื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน จากการทบทวนงานวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าอันเกิดจากสาเหตุการสูญเสียพลังอำนาจในตนเองจากภาวะพึ่งพา ภาวะร่างกาย และความสามารถที่เปลี่ยนแปลงไปนั้น การเสริมสร้างพลังอำนาจนับว่าเป็นกิจกรรมที่น่าสนใจและเหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ที่เกิดการสูญเสียพลังอำนาจ ประกอบกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายหลังเจ็บป่วยจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลภายในครอบครัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแล จึงมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้การดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความต่อเนื่อง เพราะเมื่อจำหน่าย

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองออกจากโรงพยาบาล บุคคลที่จะให้การดูแลและใกล้ชิดกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดก็คือบุคคลในครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลที่มีบทบาทในการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อจัดการกับภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับบุคคล จึงสนใจแนวทางในการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อค้นหาแนวทางในการจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากสาเหตุการสูญเสียพลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้วิจัยเลือกใช้แนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ซึ่งประกอบไปด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับแนวความคิดมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) ซึ่งประกอบไปด้วย การสื่อสาร การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร่าลดลงได้ตามกรอบแนวความคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาวะ
ซึมเศร้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มควบคุม (Control Group) มีรูปแบบการวิจัยดังต่อไปนี้

รูปแบบการวิจัย

O ₁	X	O ₂	กลุ่มทดลอง
O ₃		O ₄	กลุ่มควบคุม

X	หมายถึง	โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
O ₁	หมายถึง	การประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
O ₂	หมายถึง	การประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
O ₃	หมายถึง	การประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง
O ₄	หมายถึง	การประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุชายและหญิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของแผนกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ต่อไปนี้

1. อายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง มีที่พักอาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจ และสื่อสารภาษาไทยได้
3. มีผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว อย่างน้อย 1 คน
4. ไม่มีความผิดปกติในการรับรู้ (Cognitive function) โดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test) มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน จากคะแนนเต็ม 19 คะแนน
5. มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันโดยต้องพึ่งพาผู้อื่นระดับรุนแรง (5-8 คะแนน) ถึงระดับปานกลาง (9-11 คะแนน) โดยประเมินจากดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ที่มีค่า 5-11 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)
6. มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง (19-24 คะแนน) ถึงระดับเล็กน้อย (13-18 คะแนน) เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และปานกลาง จะมีผลกระทบต่อความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสภาพทั้งสิ้น โดยประเมินจากแบบวัดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2537)
7. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของการวิจัยแบบกึ่งทดลอง คือ อย่างน้อยควรมีจำนวน 30 คน โดยแต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ควรจะมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ซึ่งมีผลทำให้อำนาจการทดสอบเพิ่มขึ้นและความแปรปรวนลดลง ทำให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burn and Glove, 2005) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการศึกษาครั้งนี้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาล
2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา ผู้วิจัยเข้าพบรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ และหัวหน้าพยาบาลแผนกประสาทวิทยา เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ดังนี้

3.1 ผู้วิจัยคัดเลือกผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่แผนกประสาทวิทยาชาย และแผนกประสาทวิทยาหญิง ตามขั้นตอนดังนี้

3.1.1 คัดเลือกรายชื่อจากเวชระเบียนของสถาบันประสาทวิทยา โดยคัดเลือกผู้สูงอายุชายและหญิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และมีที่พักอาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร

3.1.2 ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย และประเมินสติสัมปชัญญะ ความสามารถในการเข้าใจ และสื่อสารภาษาไทยโดยการพูดคุยกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

3.1.3 ประเมินการรับรู้ (Cognitive function) โดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test) ต้องมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน จากคะแนนเต็ม 19 คะแนน

3.1.4 ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยประเมินจากดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ซึ่งต้องพึ่งพาผู้อื่นระดับรุนแรง (5-8 คะแนน) ถึงระดับปานกลาง (9-11 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน

3.1.5 ประเมินภาวะซึมเศร้า โดยประเมินจากแบบวัดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ต้องมีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง (19-24 คะแนน) ถึงระดับเล็กน้อย (13-18 คะแนน) จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน

3.1.6 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

3.2 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมครั้งละ 1 คน จนครบ 20 คน และประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test) หลังจากการประเมินภาวะซึมเศร้าครั้งแรก (Pre-test) โดยมีระยะห่างกัน 6 สัปดาห์ (เก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้เสร็จสิ้นก่อน)

3.3 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองครั้งละ 1 คน จนครบ 20 คน โดยจับคู่ตัวแปรสำคัญ (Matched pair) เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและควบคุมให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด (Mann, 2001) ในด้านเพศ อายุ ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และระดับภาวะซึมเศร้า ตัวแปรที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 เพศ เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (จุฬารัตน์ สติธิปัญญา และ พรชัย สติธิปัญญา, 2548; Wade and other, 1987) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงต้องควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละคู่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศเดียวกัน

3.2 อายุ เนื่องจากอายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยอายุที่มากขึ้นจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น (ภาพันท์ เจริญสุวรรณ, 2546) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงต้องควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละคู่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมี

อายุใกล้เคียงกัน โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) ผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) และผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)

3.3 ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันต่ำจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันที่สูงกว่า (ภาพันท์ เจริญสุวรรณ, 2546; จุฑารัตน์ สติรปัญญา และ พรชัย สติรปัญญา, 2548; Sit and others, 2007) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงต้องควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละคู่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในระดับเดียวกัน โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับความรุนแรงในการต้องพึ่งพาผู้อื่นระดับรุนแรง และระดับปานกลาง ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาแล้วว่าทั้งสองระดับนี้มีความสามารถด้านร่างกายที่จะปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมได้ตลอดทั้งโปรแกรม

3.4 ระดับภาวะซึมเศร้า เนื่องด้วยการบำบัดภาวะซึมเศร้ามีหลายรูปแบบ การบำบัดจะขึ้นอยู่กับพิจารณาตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น และตามความเหมาะสมกับสภาพของแต่ละบุคคล (สายฝน เอกวางกูร, 2554) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงต้องควบคุมให้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละคู่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับภาวะซึมเศร้าในระดับเดียวกัน โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับเล็กน้อย และระดับปานกลาง ซึ่งผู้วิจัยพิจารณาแล้วว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีความเหมาะสมในการบำบัดภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย และระดับปานกลาง แต่หากมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงอาจต้องใช้รูปแบบอื่นที่มีความเหมาะสมมากกว่า

โดยผลจากการจับคู่ตัวแปรสำคัญ (Matched pair) ได้แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายคู่ จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และระดับภาวะซึมเศร้า

คู่ที่	กลุ่มทดลอง (n=20)				กลุ่มควบคุม (n=20)			
	เพศ	อายุ (ปี)	ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	ระดับภาวะซึมเศร้า	เพศ	อายุ (ปี)	ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	ระดับภาวะซึมเศร้า
1	หญิง	67	พึ่งพาปานกลาง	เล็กน้อย	หญิง	65	พึ่งพาปานกลาง	เล็กน้อย
2	หญิง	69	พึ่งพารุนแรง	ปานกลาง	หญิง	68	พึ่งพารุนแรง	ปานกลาง
3	ชาย	72	พึ่งพารุนแรง	ปานกลาง	ชาย	74	พึ่งพารุนแรง	ปานกลาง
4	ชาย	64	พึ่งพาปานกลาง	เล็กน้อย	ชาย	67	พึ่งพาปานกลาง	เล็กน้อย
5	หญิง	77	พึ่งพาปานกลาง	ปานกลาง	หญิง	78	พึ่งพาปานกลาง	ปานกลาง
6	หญิง	83	พึ่งพารุนแรง	ปานกลาง	หญิง	81	พึ่งพารุนแรง	ปานกลาง
7	หญิง	64	พึ่งพาปานกลาง	เล็กน้อย	หญิง	66	พึ่งพาปานกลาง	เล็กน้อย
8	ชาย	66	พึ่งพาปานกลาง	เล็กน้อย	ชาย	65	พึ่งพาปานกลาง	เล็กน้อย
9	ชาย	77	พึ่งพารุนแรง	ปานกลาง	ชาย	76	พึ่งพารุนแรง	ปานกลาง
10	หญิง	71	พึ่งพาปานกลาง	ปานกลาง	หญิง	72	พึ่งพาปานกลาง	ปานกลาง
11	หญิง	69	พึ่งพาปานกลาง	ปานกลาง	หญิง	67	พึ่งพาปานกลาง	ปานกลาง
12	ชาย	65	พึ่งพาปานกลาง	เล็กน้อย	ชาย	64	พึ่งพาปานกลาง	เล็กน้อย
13	ชาย	84	พึ่งพารุนแรง	ปานกลาง	ชาย	85	พึ่งพารุนแรง	ปานกลาง
14	หญิง	72	พึ่งพาปานกลาง	ปานกลาง	หญิง	73	พึ่งพาปานกลาง	ปานกลาง
15	หญิง	67	พึ่งพาปานกลาง	เล็กน้อย	หญิง	65	พึ่งพาปานกลาง	ปานกลาง
16	หญิง	66	พึ่งพาปานกลาง	ปานกลาง	หญิง	68	พึ่งพาปานกลาง	ปานกลาง
17	ชาย	65	พึ่งพาปานกลาง	เล็กน้อย	ชาย	66	พึ่งพาปานกลาง	เล็กน้อย
18	ชาย	76	พึ่งพารุนแรง	ปานกลาง	ชาย	74	พึ่งพารุนแรง	ปานกลาง
19	หญิง	65	พึ่งพาปานกลาง	เล็กน้อย	หญิง	63	พึ่งพาปานกลาง	เล็กน้อย
20	ชาย	65	พึ่งพาปานกลาง	เล็กน้อย	ชาย	67	พึ่งพาปานกลาง	เล็กน้อย

สำหรับรายละเอียดส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 40 คน ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้สูงอายุเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือนของครอบครัว ดังแสดงในตารางที่ 2

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ได้แก่ โรคประจำตัวที่เกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การใช้ยารักษาอาการซึมเศร้า ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระดับการรับรู้ (Cognitive function) และระดับภาวะซึมเศร้า ดังแสดงในตารางที่ 3

ส่วนที่ 3 ข้อมูลบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และการได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	9	45.0	9	45.0	18	45.0
หญิง	11	55.0	11	55.0	22	55.0
อายุ (ปี)						
\bar{X} (SD)	70.20 (6.20)		70.20 (6.14)		70.20 (6.9)	
Range	64-84		63-85		63-85	
60-69 ปี	12	60.0	12	60.0	24	60.0
70-79 ปี	6	30.0	6	30.0	12	30.0
80-89 ปี	2	10.0	2	10.0	4	10.0
สถานภาพสมรส						
โสด	2	10.0	1	5.0	3	7.5
สมรส	8	40.0	10	50.0	18	45.0
หย่า หรือแยกกันอยู่	4	20.0	1	5.0	5	12.5
หม้าย	6	30.0	8	40.0	14	35.0
ศาสนา						
พุทธ	20	100.0	20	100.0	40	100.0
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	16	80.0	15	75.0	31	77.5
มัธยมศึกษา	3	15.0	4	20.0	7	17.5
ปริญญา	1	5.0	1	5.0	2	5.0
อาชีพ						
ไม่ได้ทำงาน	16	80.0	14	70.0	30	75.0
รับจ้าง	0	0.0	5	25.0	5	12.5
ค้าขาย	4	20.0	1	5.0	5	12.5
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)						
5,000-10,000 บาท	1	5.0	2	10.0	3	7.5
มากกว่า 10,000 บาท	19	95.0	18	90.0	37	92.5

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การใช้ยารักษาอาการซึมเศร้า ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระดับการรับรู้ (Cognitive function) และระดับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัวที่เกี่ยวข้อง						
การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง						
โรคความดันโลหิตสูง	18	90.0	19	95.0	37	92.5
โรคเบาหวาน	13	65.0	2	10.0	15	37.5
โรคไขมันในเลือดสูง	15	75.0	14	70.0	29	72.5
โรคหัวใจ	2	10.0	5	25.0	7	17.5
การใช้ยารักษาอาการซึมเศร้า						
ไม่ใช้	20	100.0	20	100.0	40	100.0
ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน						
พึ่งพาผู้อื่นระดับรุนแรง	6	30.0	6	30.0	12	30.0
พึ่งพาผู้อื่นระดับปานกลาง	14	70.0	14	70.0	28	70.0
ระดับการรับรู้ (Cognitive function)						
ปกติ	20	100.0	20	100.0	40	100.0
ระดับภาวะซึมเศร้า						
ปานกลาง	11	55.0	11	55.0	22	55.0
เล็กน้อย	9	45.0	9	45.0	18	45.0

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และการได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	4	20.0	4	20.0	8	20.0
หญิง	16	80.0	16	80.0	32	80.0
อายุ (ปี)						
\bar{X} (SD)	45.20 (7.10)		44.65 (7.37)		44.93 (7.11)	
Range	33-63		35-60		33-63	
30-39 ปี	5	25	5	25	10	25.0
40-49 ปี	10	50	9	45	19	47.5
50-59 ปี	4	20	5	25	9	22.5
60-69 ปี	1	5	1	5	2	5.0
สถานภาพสมรส						
โสด	5	25.0	7	35.0	12	30.0
สมรส	12	60.0	11	55.0	23	57.5
หย่า หรือแยกกันอยู่	2	10.0	1	5.0	3	7.5
หม้าย	1	5.0	1	5.0	2	5.0
ศาสนา						
พุทธ	20	100.0	20	100.0	40	100.0
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	3	15.0	3	15.0	6	15.0
มัธยมศึกษา	12	60.0	12	60.0	24	60.0
ปริญญา	5	25.0	5	25.0	10	25.0
อาชีพ						
รับจ้าง	16	80.0	9	45.0	25	62.5
ค้าขาย	3	15.0	8	40.0	11	27.5
รับราชการ	1	5	3	15.0	4	10.0
รายได้ (บาท/เดือน)						
มากกว่า 10,000 บาท	20	100.0	20	100.0	40	100.0

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Total (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ						
บุตร	17	85.0	16	80.0	33	82.5
ภรรยา/สามี	0	0.0	1	5.0	1	2.5
ญาติ	3	15.0	3	15.0	6	15.0
ประสบการณ์						
การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง						
ไม่มี	18	90.0	18	90.0	36	90.0
มี	2	10.0	2	10.0	4	10.0
การได้รับความรู้						
เรื่องการดูแลผู้สูงอายุ						
โรคหลอดเลือดสมอง						
ไม่มี	19	95.0	18	90.0	37	92.5
มี	1	5.0	2	10.0	3	7.5

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย

1. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ หรือเข้ารับการรักษาด้วยอาการแทรกซ้อนของโรคในแผนกผู้ป่วยใน
 2. ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งตามระยะเวลาที่กำหนด
 3. ครอบครัวไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งตามระยะเวลาที่กำหนด
- จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งตามระยะเวลาที่กำหนด

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันประสาทวิทยา เอกสารเลขที่ 26/2556 (ดังแสดงในภาคผนวก ข) ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและญาติผู้ดูแล เริ่มจากการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการ

วิจัย รวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการบริการพยาบาล หรือการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับแต่อย่างใด ข้อมูลส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อจริง การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่ทำในภาพรวมของผลการวิจัย ในช่วงระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยต่อจนครบตามกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ทันที โดยไม่มีผลต่อการบริการพยาบาล และการรักษาที่ได้รับ และผู้วิจัยปฏิบัติในสิ่งที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจของผู้เข้าร่วมวิจัย หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เครื่องมือทดลอง

ซึ่งเครื่องมือแต่ละส่วนมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีลักษณะให้เลือกตอบ และเติมคำในช่องว่างให้สมบูรณ์ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย ข้อมูลผู้สูงอายุเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือนของครอบครัว

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ได้แก่ โรคประจำตัวที่เกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การใช้ยารักษาอาการซึมเศร้า ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระดับการรับรู้ (Cognitive function) และระดับภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 3 ประกอบด้วย ข้อมูลบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และการได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Geriatric Depression Scale: GDS) ที่สร้างโดย Yesavage ในปี ค.ศ.1983 อรวรรณ ลีทองอินทร์ (2535) ได้นำมาแปลและหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือเท่ากับ 0.94 กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทยโดยนิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2537) ได้นำมาพัฒนาเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดยมีค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.93 เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้าจากอารมณ์ (Emotion) ความคาดหวังด้านลบ

(Negative will) การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย (Psychomotor) การรู้คิด (Cognition) และการแยกตัว (Isolation) มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อคำถาม ลักษณะของแบบวัดเป็นการตอบประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นการตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยมีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกในทางบวก 10 ข้อคำถาม และเป็นข้อคำถามทางด้านลบ 20 ข้อคำถาม มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำตอบ	ข้อคำถามที่	คะแนน
ใช่	2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26, 28	1 คะแนน
ไม่ใช่	1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30	1 คะแนน

การแปลผลคะแนน ตามรายละเอียดดังนี้

0-12	คะแนน หมายถึง ปกติ
13-18	คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression)
19-24	คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression)
25-30	คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression)

2. เครื่องมือทดลอง ประกอบด้วย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) โดยมีขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

1. ศึกษาแนวคิดและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากตำรา วารสาร และรายงานวิจัยต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศ เพื่อวิเคราะห์และนำมาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรม

2. สรุปเนื้อหาสำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้นกำหนดสาระสำคัญและโครงสร้างของโปรแกรม โดยการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย โดยมีสาระสำคัญตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson (1995) ทั้ง 4 ขั้นตอน คือ การค้นพบสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ และได้มีการบูรณาการแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) ไว้ในทุกขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3. ออกแบบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยประกอบด้วย แผนดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม สื่อประกอบกิจกรรม คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับครอบครัว เรื่อง “ดูแลอย่างมีความสุข ไร้ทุกข์ ไร้โรค อยู่กับโรคหลอดเลือดสมอง” และแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 แผนดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยการดำเนินการรวมทั้งหมด 6 สัปดาห์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้ามลดลง หรือไม่มีภาวะซึมเศร้า มีการกำหนดเนื้อหา และเตรียมแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างชัดเจนโดยผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมกับผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นรายครอบครัว 1 ครั้ง/สัปดาห์ รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (เว้นการจัดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4) ประเมินผลการจัดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 และใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้งประมาณ 60-90 นาที ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน มีรายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 : กิจกรรมการค้นพบสภาพการณ์จริง (สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 60 นาที) ได้แก่ กิจกรรมการสนทนาเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุและครอบครัว การให้ผู้สูงอายุเล่าสภาพปัญหาและความรู้สึกต่อปัญหาการเจ็บป่วย การให้ครอบครัวแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุ การให้ผู้สูงอายุบอกปัญหาที่ทำให้เกิดความรู้สึกยุ่งยากใจ การให้ผู้สูงอายุเล่าความรู้สึกไม่สบายใจโดยไม่เน้นเรื่องใดเรื่องหนึ่ง การให้ครอบครัวบอกเล่าปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุตามการรับรู้ในบทบาทของครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ และพยาบาลสรุปประเด็นกิจกรรมการค้นพบสภาพการณ์จริง

ขั้นตอนที่ 2 : กิจกรรมการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 90 นาที) ได้แก่ กิจกรรมการให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกต่อสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อประเมินสภาพการรับรู้สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหา การให้ผู้สูงอายุเล่าสถานการณ์ความเครียด และวิธีการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุในอดีตที่ผ่านมา การให้ผู้สูงอายุบอกความรู้สึกเครียดในปัจจุบันและการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การให้ครอบครัวรับฟังการสนทนาระหว่างพยาบาลกับผู้สูงอายุเพื่อเป็นการสื่อสารให้ครอบครัวได้เข้าใจในสภาพปัญหาของผู้สูงอายุโดยใช้การมีประสบการณ์ร่วมกัน การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเรียนรู้ด้วยตนเองจากวีดิทัศน์ภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย เรื่องที่ 1 “ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป” เรื่องที่ 2 “สิ่งดีๆ เกิดขึ้นได้ อยู่ที่ใจของเรา” การประเมินความเข้าใจของผู้สูงอายุและครอบครัวโดยให้บอกความเข้าใจและความรู้สึกที่ได้เรียนรู้จากการชมวีดิทัศน์ประกอบคำบรรยาย การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นจากการชมวีดิทัศน์หรือให้ผู้สูงอายุและครอบครัวพูดในสิ่งที่สนใจ การให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหาของตนเองเพื่อให้เกิดสิ่งดีๆ ในชีวิต การแสดงการยอมรับและกล่าวเสริมแรงที่ผู้สูงอายุค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อให้เกิดสิ่งดีๆ ในชีวิตได้ การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเรียนรู้ด้วยตนเองจากวีดิทัศน์ภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย เรื่องที่ 3 “ทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” การให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตามทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิต การให้ครอบครัวแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการมีส่วนร่วมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิต การให้กำลังใจและเสริมแรงผู้สูงอายุและครอบครัวที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถของผู้สูงอายุที่จะปฏิบัติตามทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิตและบทบาทของครอบครัวในการมีส่วนร่วมสนับสนุนให้

ผู้สูงอายุปฏิบัติตามทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิต การมอบคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับครอบครัว เรื่อง “ดูแลอย่างเป็นสุข ไร้ทุกข์ ไร้โรค อยู่กับโรคหลอดเลือดสมอง” ให้กับครอบครัวเพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 3 : กิจกรรมการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ (สัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 90 นาที) ได้แก่ กิจกรรมการให้ผู้สูงอายุบอกความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเมื่ออยู่ที่บ้าน การให้ครอบครัวบอกกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวแสดงความคิดเห็นร่วมกันในการเลือกวิธีการปฏิบัติตน และวางแผนตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทของผู้ป่วยและผู้ดูแล การให้ผู้สูงอายุบอกปัญหาและความรู้สึกในการดูแลตนเอง การให้ครอบครัวบอกปัญหาและความรู้สึกในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุ การให้คำแนะนำกับผู้สูงอายุและครอบครัวโดยการสอนทักษะการปฏิบัติดูแลที่จำเป็น การให้คำปรึกษาปัญหาต่างๆ โดยให้ปฏิบัติตามคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับครอบครัว เรื่อง “ดูแลอย่างเป็นสุข ไร้ทุกข์ ไร้โรค อยู่กับโรคหลอดเลือดสมอง” ที่แจกให้ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทครอบครัวและส่งเสริมให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4 : กิจกรรมการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า (สัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลา 60 นาที) ได้แก่ กิจกรรมการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวพูดถึงความรู้สึกในการเข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ การทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 1-3 ให้กับผู้สูงอายุและครอบครัว การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวบอกกิจกรรมและการให้การดูแลของครอบครัวที่ปฏิบัติแล้วได้ผลดีเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวัน การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวบอกปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแล การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวหาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกันเพื่อส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติที่ต่อเนื่อง การกล่าวชื่นชมผู้สูงอายุและครอบครัวที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลได้อย่างเหมาะสม การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวร่วมกันตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุร่วมกันให้เกิดผลดีและปฏิบัติตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

3.2 สื่อประกอบกิจกรรม ได้แก่

3.2.1 วิดีทัศน์ภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย 3 เรื่อง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ภาพที่ใช้ในการสร้างวีดิทัศน์ออกแบบเป็นการต้นตัวแบบสัญลักษณ์ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตลอดทั้งเรื่อง มีคำบรรยายเป็นภาษาไทย และมีดนตรีประกอบการบรรยายร่วมด้วย ประกอบด้วย

3.2.1.1 เรื่องที่ 1 “ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป” มีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้สูงอายุและครอบครัว การรักษาผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยวีดิทัศน์เรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวศึกษาแล้วเกิดความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ วีดิทัศน์มีความยาวประมาณ 10 นาที

3.2.1.2 เรื่องที่ 2 “สิ่งดีๆ เกิดขึ้นได้ อยู่ที่ใจของเรา” มีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุภายหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อาการ

ความรู้สึกสูญเสียความสามารถในการควบคุมร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง วิธีการจัดการกับความยุ่งยากใจที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยวิดิทัศน์เรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวศึกษาแล้ว ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกต้องการที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับรู้ถึงทางเลือกต่างๆ ในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุเองเตรียมความพร้อมในการฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไป ส่วนครอบครัวผู้สูงอายุนั้นจะเข้าใจความรู้สึกของผู้สูงอายุหลังจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และตระหนักถึงแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพื่อให้เกิดการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไป ความยาวของวิดิทัศน์ประมาณ 11 นาที

3.2.1.3 เรื่องที่ 3 “ทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” มีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับทางเลือกในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย การฝึกกายภาพบำบัดด้วยตนเอง การฝึกกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพจิตใจหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยวิดิทัศน์เรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวศึกษาแล้ว ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนครอบครัวผู้สูงอายุนั้นจะได้ทราบถึงวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพ และตระหนักในบทบาทหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ความยาวของวิดิทัศน์ประมาณ 9 นาที

3.2.2 แผ่นพับชี้แจงรายละเอียดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่ออธิบายถึงกิจกรรมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม รวมถึงวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม แผ่นพับใช้กระดาษขนาด A4 พิมพ์ข้อมูลทั้งสองหน้าของกระดาษ หน้าละ 3 คอลัมน์

3.2.3 ภาพถ่ายภาพร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ครั้งที่ 1 กิจกรรมการค้นพบสภาพการณ์จริง ครั้งที่ 2 กิจกรรมการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ และครั้งที่ 3 กิจกรรมการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ โดยถ่ายภาพกิจกรรมละ 2 ภาพ แล้วติดภาพในกรอบที่สร้างขึ้นในกระดาษขนาด A4

3.3 คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับครอบครัว เรื่อง “ดูแลอย่างเป็นสุข ไร้ทุกข์ ไร้โรค อยู่กับโรคหลอดเลือดสมอง” ผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยการศึกษาค้นคว้าจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ 2) การดูแลด้านจิตใจสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 3) การดูแลด้านร่างกายสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง 4) การดูแลทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และ 5) การฝึกผ่อนคลายความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยจัดทำรูปเล่มกะทัดรัด สะดวกและง่ายต่อการพกพา เนื้อหากระชับ อ่านเข้าใจง่าย สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายเหมาะสมกับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

3.4 แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจของพนาร์ตัน เจนจบ (2542) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Gibson (1993) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 แบบประเมินประกอบด้วย 4 ด้าน

ด้านละ 6 ข้อคำถาม คือ การรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง การพัฒนาตนเอง ความพอใจในตนเอง และมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต ซึ่งผู้วิจัยใช้สำหรับติดตามและประเมินความก้าวหน้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมตลอดการศึกษาครั้งนี้ แบบวัดดังกล่าวประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ข้อความที่แสดงถึงระดับการรับรู้พลังอำนาจได้แก่

มากที่สุด	กำหนดคะแนนเท่ากับ	4	น้อย	กำหนดคะแนนเท่ากับ	1
มาก	กำหนดคะแนนเท่ากับ	3	ไม่มีเลย	กำหนดคะแนนเท่ากับ	0
ปานกลาง	กำหนดคะแนนเท่ากับ	2			

คะแนนที่ได้จากแบบวัดมีค่าอยู่ระหว่าง 0-98 คะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง ยิ่งมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองมาก คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 (ต่ำกว่า 48 คะแนน) แสดงถึงมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองต่ำ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ว่ากลุ่มตัวอย่างจะต้องได้คะแนนการรับรู้พลังอำนาจในตนเองร้อยละ 50 ขึ้นไป (ตั้งแต่ 48 คะแนนขึ้นไป) จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ในการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม สื่อประกอบกิจกรรม คู่มือ และแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ หลังจากนั้นจึงนำเครื่องมือดังกล่าวให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความถูกต้องเหมาะสมของข้อความ ความถูกต้อง ครอบคลุมด้านเนื้อหาและการใช้ภาษา จำนวน 5 คน ดังนี้

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหลอดเลือดสมอง
 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ
 พยาบาลผู้ชำนาญการด้านดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย

ภายหลังจากการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการปรับความถูกต้องเหมาะสมของข้อความ ความถูกต้อง ครอบคลุมด้านเนื้อหาและการใช้ภาษา ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลผู้สูงอายุ ไม่มีการปรับแก้ข้อความ หรือข้อเสนอแนะใดๆ เพิ่มเติม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา มีการปรับแก้ข้อความตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่

ข้อความ โรคประจำตัว ปรับข้อความ เป็น โรคประจำตัวที่เกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยจัดให้มีตัวเลือก 4 โรค คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ

ข้อความ ยาที่ใช้ในการรักษา ปรับข้อความ เป็น การใช้ยารักษาอาการซึมเศร้า โดยจัดให้มีตัวเลือก 2 ตัวเลือก คือ ไม่ใช้ หรือใช้ และระบุชื่อยารักษาอาการซึมเศร้า หากมีการใช้ยารักษาอาการซึมเศร้า

ข้อความ คะแนนดัชนีบาร์เธลเอดีแอล ปรับข้อความ เป็น ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และมีการเพิ่มเติมตัวเลือกระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ ต้องช่วยเหลือทั้งหมด ต้องพึ่งพาผู้อื่นระดับรุนแรง ต้องพึ่งพาผู้อื่นระดับปานกลาง และพึ่งพาผู้อื่นน้อยมาก

ข้อความ คะแนนแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา ปรับข้อความ เป็น ระดับการรับรู้ (Cognitive function) และมีการเพิ่มเติมตัวเลือกระดับการรับรู้ ได้แก่ ปกติ และมีความผิดปกติของการรับรู้

ข้อความ คะแนนระดับภาวะซึมเศร้า ปรับข้อความ เป็น ระดับภาวะซึมเศร้า และมีการเพิ่มเติมตัวเลือกระดับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ระดับปกติ ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง

ตัดข้อความ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างต้องเป็นโรคหลอดเลือดสมองในครั้งแรกเท่านั้น

ส่วนที่ 3 ข้อมูลบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีการปรับแก้ข้อความ หรือข้อเสนอแนะใดๆ เพิ่มเติม

1.2 แผนดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ไม่มีการปรับแก้ข้อความ หรือข้อเสนอแนะใดๆเพิ่มเติม นอกจากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไปทดลองใช้จริงกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่สถาบันประสาทวิทยา ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน หลังจากนั้นนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไปทดลองใช้จริงกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า โปรแกรมมีความเหมาะสมด้านการใช้ภาษา ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวสามารถเข้าใจภาษาที่ใช้ในโปรแกรมได้เป็นอย่างดี นอกจากนั้นยังมีความเหมาะสมกับระยะเวลาที่ได้กำหนดไว้ในโปรแกรม

1.3 สื่อประกอบกิจกรรม ประกอบด้วย

1.3.1 วัสดุทัศนภาพหนึ่งประกอบคำบรรยาย ไม่มีการปรับแก้ข้อความ รูปแบบ หรือข้อเสนอแนะใดๆเพิ่มเติม

1.3.2 แผ่นพับชี้แจงรายละเอียดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ไม่มีการปรับแก้ข้อความ รูปแบบ หรือข้อเสนอแนะใดๆเพิ่มเติม

1.3.3 ภาพถ่ายการร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ไม่มีการปรับแก้ข้อความ รูปแบบ หรือข้อเสนอแนะใดๆเพิ่มเติม

1.4 คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับครอบครัว เรื่อง “ดูแลอย่างมีความสุข ไร้ทุกข์ ไร้โรค อยู่กับโรคหลอดเลือดสมอง”

ปรับข้อความในคู่มือเกี่ยวกับการใช้คำที่หลากหลายให้เป็นคำที่เหมือนกันตลอดทั้งเล่ม ได้แก่ การใช้คำว่า “ผู้ป่วย” “ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง” “ผู้สูงอายุ” “ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” “ผู้ป่วยสูงอายุ” “ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” ได้ปรับเป็น “ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” ตลอดทั้งเนื้อหา

ปรับภาพประกอบที่ใช้ในคู่มือ เนื่องจากส่วนใหญ่จะใช้ภาพจากอินเทอร์เน็ต ซึ่งอาจจะมีเรื่องของลิขสิทธิ์ภาพมาเกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงปรับการใช้ภาพที่นำมาจากอินเทอร์เน็ต โดยใช้เป็นการส่วนตัวแบบสัญลักษณ์ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ใช้ในวิดิทัศน์มาใช้แทน

1.5 แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

นำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) โดยค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาควรมีค่าตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป จึงจะถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับดี (Polit and Hungler, 1999 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2554) โดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นว่าคุณข้อคำถามสอดคล้อง/สอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.91

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไปทดลองใช้จริง (Try out) กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่สถาบันประสาทวิทยา ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาคำนวณได้ค่าที่ยอมรับได้ คือ ค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ตั้งแต่ 0.70 (De Vellis, 1991 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2554) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.78 (แสดงในภาคผนวก จ)

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

เริ่มดำเนินการทดลองตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2556 ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยดำเนินการในแผนกประสาทวิทยาชาย และแผนกประสาทวิทยาหญิงของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จัดกลุ่มตัวอย่างเป็น 20 คู่ รวม 40 คน กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกจัดเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม และ 20 คนหลังจัดเป็นกลุ่มทดลองจะได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการที่แผนกประสาทวิทยาชาย และแผนกประสาทวิทยาหญิงของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

1.2 ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวเป็นรายครอบครัว โดยพูดคุยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ในการร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและญาติผู้ดูแลทราบ โดยดำเนินการที่แผนกประสาทวิทยาชาย และแผนกประสาทวิทยาหญิงของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุม ดังนี้

2.1.1 หลังจากได้รับคำยินยอมจากผู้สูงอายุและครอบครัว ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินภาวะซึมเศร้า (Pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า หลังจากนั้นทำการนัดผู้สูงอายุอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6

2.1.2 ผู้วิจัยแจกคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับครอบครัว เรื่อง “ดูแลอย่างมีความสุข ไร้ทุกข์ ไร้โรค อยู่กับโรคหลอดเลือดสมอง” เพื่อเป็นแนวทางสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

2.1.3 เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างกลับบ้าน กลุ่มตัวอย่างได้รับการให้คำแนะนำตามปกติจากพยาบาลประจำการ

2.1.4 หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจตามแพทย์นัด กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกตามปกติ

2.1.5 หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจตามแพทย์นัดหรือผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างมาพบ เพื่อทำการประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test)

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.2.1 หลังจากได้รับคำยินยอมจากผู้สูงอายุและครอบครัว ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินภาวะซึมเศร้า (Pre-test) และประเมินการรับรู้พลังอำนาจ โดยใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และประเมินการรับรู้พลังอำนาจ หลังจากนั้นทำการนัดผู้สูงอายุอีกครั้งหลังจำหน่ายผู้สูงอายุกลับบ้าน 1-2 วัน โดยผู้วิจัยจะเริ่มกิจกรรมตามแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมหลังผู้สูงอายุจำหน่ายกลับบ้าน 1-2 วัน

การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม มีการจัดกิจกรรมทั้งหมดในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง มีรายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมการค้นพบสภาพการณ์จริง

ระยะเวลาที่ใช้ 60 นาที

สถานที่ บ้านผู้สูงอายุ

สื่อประกอบกิจกรรม ประกอบด้วย

1) แผนดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมด้านการค้นพบสภาพการณ์จริง

2) แผ่นพับชี้แจงรายละเอียดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

กิจกรรม ประกอบด้วย

1) การสนทนาเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุและครอบครัว
2) การให้ผู้สูงอายุเล่าสภาพปัญหาและความรู้สึกต่อปัญหาการเจ็บป่วย
3) การให้ครอบครัวแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุ

4) การให้ผู้สูงอายุบอกปัญหาที่ทำให้เกิดความรู้สึกยุ่งยากใจ
5) การให้ผู้สูงอายุเล่าความรู้สึกไม่สบายใจโดยไม่เน้นเรื่องใดเรื่องหนึ่ง
6) การให้ครอบครัวบอกเล่าปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุตามการรับรู้ในบทบาทของครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ

7) พยาบาลสรุปประเด็นกิจกรรมการค้นพบสภาพการณ์จริง

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

ระยะเวลาที่ใช้ 90 นาที

สถานที่ บ้านผู้สูงอายุ

สื่อประกอบกิจกรรม ประกอบด้วย

1) แผนดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมด้านการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

2) วีดิทัศน์ภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย 3 เรื่อง ได้แก่ เรื่องที่ 1 “ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป” เรื่องที่ 2 “สิ่งดีๆ เกิดขึ้นได้ อยู่ที่ใจของเรา” เรื่องที่ 3 “ทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง”

3) คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับครอบครัว เรื่อง “ดูแลอย่างมีความสุข ไร้ทุกข์ ไร้โรค อยู่กับโรคหลอดเลือดสมอง”

กิจกรรม ประกอบด้วย

1) การให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกต่อสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อประเมินสภาพการรับรู้สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหา

2) การให้ผู้สูงอายุเล่าสถานการณ์ความเครียด และวิธีการขจัดความเครียดของผู้สูงอายุในอดีตที่ผ่านมา

3) การให้ผู้สูงอายุบอกความรู้สึกเครียดในปัจจุบันและการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

4) การให้ครอบครัวรับฟังการสนทนาระหว่างผู้วิจัยกับผู้สูงอายุเพื่อเป็นการสื่อสารให้ครอบครัวได้เข้าใจในสภาพปัญหาของผู้สูงอายุโดยใช้การมีประสบการณ์ร่วมกัน

5) การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเรียนรู้ด้วยตนเองจากวีดิทัศน์ภาพหนึ่ง ประกอบคำบรรยาย เรื่องที่ 1 “ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป” เรื่องที่ 2 “สิ่งดีๆ เกิดขึ้นได้ อยู่ที่ใจของเรา”

6) การประเมินความเข้าใจของผู้สูงอายุและครอบครัวโดยให้บอกความเข้าใจและความรู้สึกที่ได้เรียนรู้จากการชมวีดิทัศน์ภาพหนึ่งประกอบคำบรรยาย

7) การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นจากการชมวีดิทัศน์หรือให้ผู้สูงอายุและครอบครัวพูดในสิ่งที่สนใจ

8) การให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขปัญหของตนเองเพื่อให้เกิดสิ่งดีๆ ในชีวิต

9) การแสดงการยอมรับและกล่าวเสริมแรงให้ผู้สูงอายุคิดหาแนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อให้เกิดสิ่งดีๆ ในชีวิตได้

10) การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเรียนรู้ด้วยตนเองจากวีดิทัศน์ภาพหนึ่ง ประกอบคำบรรยาย เรื่องที่ 3 “ทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง”

11) การให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตามทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิต

12) การให้ครอบครัวแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการมีส่วนร่วมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิต

13) การให้กำลังใจและเสริมแรงผู้สูงอายุและครอบครัวที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความสามารถของผู้สูงอายุที่จะปฏิบัติตามทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิตและบทบาทของครอบครัวในการมีส่วนร่วมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิต และ 14) การมอบคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับครอบครัว เรื่อง “ดูแลอย่างมีความสุข ไร้ทุกข์ ไร้โรค อยู่กับโรคหลอดเลือดสมอง” ให้กับครอบครัวเพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ

ระยะเวลาที่ใช้ 90 นาที

สถานที่ บ้านผู้สูงอายุ

สื่อประกอบกิจกรรม ประกอบด้วย

1) แผนดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ

2) คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับครอบครัว เรื่อง “ดูแลอย่างมีความสุข ไร้ทุกข์ ไร้โรค อยู่กับโรคหลอดเลือดสมอง”

กิจกรรม ประกอบด้วย

1) การให้ผู้สูงอายุบอกความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเมื่ออยู่ที่บ้าน

- ผู้สูงอายุที่บ้าน
- 2) การให้ครอบครัวบอกกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือในการดูแล
 - 3) การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวแสดงความคิดเห็นร่วมกันในการเลือกวิธีการปฏิบัติตน และวางแผนตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุตามบทบาทของผู้ป่วยและผู้ดูแล
 - 4) การให้ผู้สูงอายุบอกปัญหาและความรู้สึกในการดูแลตนเอง
 - 5) การให้ครอบครัวบอกปัญหาและความรู้สึกในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุ
 - 6) การให้คำแนะนำกับผู้สูงอายุและครอบครัวโดยการสอนทักษะการปฏิบัติดูแลที่จำเป็น
 - 7) การให้คำปรึกษาปัญหาต่างๆ โดยให้ปฏิบัติตามคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับครอบครัว เรื่อง “ดูแลอย่างเป็นสุข ไร้ทุกข์ ไร้โรค อยู่กับโรคหลอดเลือดสมอง” ที่แจกให้
 - 8) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของครอบครัวและส่งเสริมให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า

ระยะเวลาที่ใช้ 60 นาที

สถานที่ บ้านผู้สูงอายุ

สื่อประกอบกิจกรรม ประกอบด้วย

- 1) แผนดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมด้านการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า
- 2) ภาพถ่ายการร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ครั้งที่ 1-3

กิจกรรม ประกอบด้วย

- 1) การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวพูดถึงความรู้สึกในการเข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 2) การทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 1-3 ให้กับผู้สูงอายุและครอบครัว
- 3) การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวบอกกิจกรรมและการให้การดูแลของครอบครัวที่ปฏิบัติแล้วได้ผลดีเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวัน
- 4) การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวบอกปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแล
- 5) การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวหาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกันเพื่อส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติที่ต่อเนื่อง
- 6) การกล่าวชื่นชมผู้สูงอายุและครอบครัวที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลได้อย่างเหมาะสม
- 7) การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวร่วมกันตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุร่วมกันให้เกิดผลดีและปฏิบัติตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

2.2.2 ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวเป็นรายครอบครัวในสัปดาห์ที่ 6 ที่บ้านผู้สูงอายุเพื่อประเมินประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test) และประเมินการรับรู้พลังอำนาจ และปิดการเข้าร่วมโปรแกรม โดยชี้แจงให้ทราบถึงการบรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือจนงานวิจัยสำเร็จไปได้ด้วยดี ใช้เวลา 60 นาที ทั้งนี้ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ได้สรุปไว้ดังแสดงในภาพที่ 2 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for Social Science for Windows) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. หาค่าความถี่ ร้อยละ ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมด้วยวิธีทดสอบสถิติ Paired t-test โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมด้วยวิธีทดสอบสถิติของ Independent t-test โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย



ภาพที่ 2 สรุปขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่ม วัตก่อนและหลังการทดลอง (Pretest posttest control group design) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำอธิบาย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มที่เข้าร่วม และไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ภาวะซึมเศร้า	\bar{X}	SD	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	19.25	2.27	ปานกลาง	19	25.516	0.000
หลังการทดลอง	9.20	1.32	ไม่มีภาวะซึมเศร้า			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	19.50	2.95	ปานกลาง	19	10.466	0.000
หลังการทดลอง	16.70	2.39	เล็กน้อย			

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (9.20 และ 19.25 ตามลำดับ)

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้ามลดลงจากก่อนการทดลอง (16.70 และ 19.50 ตามลำดับ)

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ก่อนและหลังการทดลอง

ภาวะซึมเศร้า	\bar{X}	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	19.25	2.27	ปานกลาง	38	0.301	0.765
กลุ่มควบคุม	19.50	2.95	ปานกลาง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	9.20	1.30	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	38	12.295	0.000
กลุ่มควบคุม	16.70	2.39	เล็กน้อย			

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองเป็น 19.25 และ 19.50 ตามลำดับ

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม หลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองเป็น 9.20 และ 16.70 ตามลำดับ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่ม วกก่อนและหลังการทดลอง (Pretest posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
2. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุชายและหญิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และเข้ารับการรักษานแบบผู้ป่วยในของแผนกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ต่อไปนี้

1. อายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง มีที่พักอาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร
2. เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจ และสื่อสารภาษาไทยได้
3. มีผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว อย่างน้อย 1 คน
4. ไม่มีความผิดปกติในการรับรู้ (Cognitive function) โดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test) มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน จากคะแนนเต็ม 19 คะแนน
5. มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันโดยต้องพึ่งพาผู้อื่นระดับรุนแรง (5-8 คะแนน) ถึงระดับปานกลาง (9-11 คะแนน) โดยประเมินจากดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ที่มีค่า 5-11 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)
6. มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง (19-24 คะแนน) ถึงระดับเล็กน้อย (13-18 คะแนน) เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และปานกลาง จะมีผลกระทบต่อความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสภาพทั้งสิ้น โดยประเมินจากแบบวัดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2537)
7. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบกึ่งทดลอง คือ อย่างน้อยควรมีจำนวน 30 คน โดยแต่ละกลุ่มไม่ควรต่ำกว่า 15 คน หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากการทดลองมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ซึ่งมีผลทำให้อำนาจการทดสอบเพิ่มขึ้นและความแปรปรวนลดลง ทำให้ค่าสถิติที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด (Burn and Glove, 2005) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการศึกษาครั้งนี้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย ข้อมูลผู้สูงอายุเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือนของครอบครัว

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา ได้แก่ โรคประจำตัวที่เกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การใช้ยารักษาอาการซึมเศร้า ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระดับการรับรู้ (Cognitive function) และระดับภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 3 ประกอบด้วย ข้อมูลบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และการได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Geriatric Depression Scale: GDS) ที่สร้างโดย Yesavage ในปี ค.ศ.1983 อรรถวรรณ ลีทองอินทร์ (2535) ได้นำมาแปลและหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือเท่ากับ 0.94 กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทยโดยนิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2537) ได้นำมาพัฒนาเป็นแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย โดยมีค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.93

2. เครื่องมือทดลอง ประกอบด้วย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) ประกอบด้วย

2.1 แผนดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

2.2 สื่อประกอบกิจกรรม ได้แก่

2.2.1 วิดีทัศน์ภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย 3 เรื่อง ประกอบด้วย เรื่องที่ 1 “ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป” เรื่องที่ 2 “สิ่งดีๆ เกิดขึ้นได้ อยู่ที่ใจของเรา” และเรื่องที่ 3 “ทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง”

2.2.2 แผ่นพับชี้แจงรายละเอียดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

2.2.3 ภาพถ่ายการร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ครั้งที่ 1 กิจกรรมการค้นพบสภาพการณ์จริง ครั้งที่ 2 กิจกรรมการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ และครั้งที่ 3 กิจกรรมการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ

2.3 คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับครอบครัว เรื่อง “ดูแลอย่างมีความสุข ไร้ทุกข์ ไร้โรค อยู่กับโรคหลอดเลือดสมอง”

2.4 แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจของพนารัตน์ เจนจบ (2542) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Gibson (1993) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.91 และหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.78

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

เริ่มดำเนินการทดลองตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2556 ถึง 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยดำเนินการในแผนกประสาทวิทยา ของสถาบันประสาทวิทยา จัดกลุ่มตัวอย่างเป็น 20 คู่ รวม 40 คน กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกจัดเป็นกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ และ 20 คนหลัง จัดเป็นกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัว เพื่อทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการที่แผนกประสาทวิทยาชาย และแผนกประสาทวิทยาหญิงของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

1.2 ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวเป็นรายครอบครัว โดยพูดคุยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ในการร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างและญาติผู้ดูแลทราบ โดยดำเนินการที่แผนกประสาทวิทยาชาย และแผนกประสาทวิทยาหญิงของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

2. ขั้นการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุม ดังนี้

2.1.1 หลังจากได้รับคำยินยอมจากผู้สูงอายุและครอบครัว ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินภาวะซึมเศร้า (Pre-test) โดยใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า หลังจากนั้นทำการนัดผู้สูงอายุอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6

2.1.2 ผู้วิจัยแจกคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับครอบครัว เรื่อง “ดูแลอย่างเป็นสุข ไร้ทุกข์ ไร้โรค อยู่กับโรคหลอดเลือดสมอง” เพื่อเป็นแนวทางสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

2.1.3 เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างกลับบ้าน กลุ่มตัวอย่างได้รับการให้คำแนะนำตามปกติจากพยาบาลประจำการ

2.1.4 หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจตามแพทย์นัด กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำจากพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกตามปกติ

2.1.5 หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 6 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมารับการตรวจตามแพทย์นัดหรือผู้วิจัยนัดกลุ่มตัวอย่างมาพบ เพื่อทำการประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test)

2.2 ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลอง ดังนี้

2.2.1 หลังจากได้รับคำยินยอมจากผู้สูงอายุและครอบครัว ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินภาวะซึมเศร้า (Pre-test) และประเมินการรับรู้พลังอำนาจ โดยใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที

จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และประเมินการรับรู้พลังอำนาจ หลังจากนั้นทำการนัดผู้สูงอายุอีกครั้งหลังจำหน่ายผู้สูงอายุกลับบ้าน 1-2 วัน โดยผู้วิจัยจะเริ่มกิจกรรมตามแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมหลังผู้สูงอายุจำหน่ายกลับบ้าน 1-2 วัน

การจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม มีการจัดกิจกรรมทั้งหมดในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง มีรายละเอียด ดังนี้

- ครั้งที่ 1 : กิจกรรมการค้นพบสภาพการณ์จริง (สัปดาห์ที่ 1)
- ครั้งที่ 2 : กิจกรรมการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (สัปดาห์ที่ 2)
- ครั้งที่ 3 : กิจกรรมการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ (สัปดาห์ที่ 3)
- ครั้งที่ 4 : กิจกรรมการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า (สัปดาห์ที่ 5)

2.2.2 ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวเป็นรายครอบครัวในสัปดาห์ที่ 6 ที่บ้านผู้สูงอายุเพื่อประเมินประเมินภาวะซึมเศร้า (Post-test) และประเมินการรับรู้พลังอำนาจ และปิดการเข้าร่วมโปรแกรม โดยชี้แจงให้ทราบถึงการบรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือจนงานวิจัยสำเร็จไปได้ด้วยดี ใช้เวลา 60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง และนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Package for Social Science for Windows) โดยคำนวณหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั้งหมด แล้วทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมด้วยวิธีทดสอบสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมด้วยวิธีทดสอบสถิติของ Independent t-test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากการสูญเสียพลังอำนาจในตนเองจากภาวะพึ่งพา ภาวะร่างกายและความสามารถที่เปลี่ยนแปลงไปหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ภาพันท์ เจริญสุวรรณ, 2546; จุฑารัตน์ สติปัญญา และคณะ, 2548; วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2552; Sit and others, 2007) นำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจ สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด การจัดการกับภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการสูญเสียพลังอำนาจนั้น จะใช้หลักการของสัมพันธภาพรายบุคคล และรายกลุ่ม โดยผู้บำบัดใช้การพูดคุยกับผู้ป่วย วิเคราะห์สภาพปัญหา เพื่อนำไปสู่การยอมรับปัญหา สาเหตุ และมุ่งหาแนวทางแก้ไขปัญหาของตนเอง รวมถึงการส่งเสริมการปรับตัวที่เหมาะสม โดยมีแนวทางการบำบัด ได้แก่ การบำบัดทางปัญญา การบำบัดความคิดและพฤติกรรม การบำบัดด้วยดนตรีบำบัด การบำบัดด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำจิตบำบัดแบบจิตวิเคราะห์ การบำบัดโดยการแก้ปัญห การให้การปรึกษา และการเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง (สายฝน เอกวารากร, 2554) กิจกรรมเหล่านี้สามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้

แนวคิดของ Miller (1992) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเรื้อรัง เกิดจากการที่ผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจ อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ตนเองไม่สามารถจะควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองได้ ต้องตกอยู่สภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จนทำให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องหรือเกิดความไม่สมดุลของแหล่งพลังอำนาจเกิดขึ้น และนำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง หากการสูญเสียพลังอำนาจเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยที่ไม่ได้รับการแก้ไข จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไร้คุณค่าในตนเอง สูญเสียการยอมรับนับถือตนเอง และนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

พยาบาลผู้สูงอายุเป็นบุคลากรที่มีบทบาทในการจัดรูปแบบกิจกรรมทางการพยาบาลที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองอันเกิดจากการสูญเสียพลังอำนาจในตนเองจากภาวะพึ่งพา ภาวะร่างกายและความสามารถที่เปลี่ยนแปลงไป รูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมสามารถนำมาใช้เพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตระหนักในพลังอำนาจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้มีระดับภาวะซึมเศร่าลดลง

จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของของ Gibson (1995) ที่เป็นกระบวนการของบุคคล ในการพัฒนาความสามารถ ความเชื่อมั่นที่จะทำให้ความคิดของตนเองมีความหมาย รวมทั้งเป็น กระบวนการทางสังคมที่ให้การยอมรับ ส่งเสริม และพัฒนาความสามารถของบุคคลเพื่อให้บุคคล แสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการและแก้ปัญหาของตนเอง โดยสามารถใช้ทรัพยากรที่จำเป็น ในการควบคุมการดำเนินชีวิตตนเอง โดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจะนำไปสู่การตระหนักใน พลังอำนาจตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้มีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Gibson, 1995) คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง ช่วยให้ผู้ใช้บริการยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นกับ ตนเองตามความเป็นจริง (Gibson, 1995) ซึ่งถือเป็นความคิดที่มีต่อตนเองด้านบวก และช่วยลด ความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่อตนเองได้ โดยเป็นการสนับสนุนให้ผู้ใช้บริการประเมินสภาพปัญหา ที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมทั้งเป็นการกระตุ้นให้เกิดการยอมรับหรือตระหนักถึงสภาพของตนเองได้ตาม สภาพความเป็นจริง (Miller, 1992) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีทักษะ ในการทำความเข้าใจกับปัญหา การแสวงหาทางเลือก โดยพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิด มุมมองใหม่ๆ ในการที่จะช่วยแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม (Gibson, 1995) ขั้นตอนการ สะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ เหมาะสม ช่วยทำให้บุคคลรับรู้พลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้บุคคลจะมีความเข้มแข็ง มี ความสามารถ และมีพลังมากขึ้น (สายฝน เอกวารงกูร, 2554) นอกจากนั้นยังเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ ผู้ใช้บริการพัฒนาความรู้สึกรู้พลังที่จะใช้ในการจัดการกับความต้องการในชีวิตประจำวัน (Miller, 1992) รวมทั้งการควบคุมตนเองหรือสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ (ดารณี จามจูรี, 2545) 3) การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ ช่วยสนับสนุนให้ผู้ใช้บริการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ตามที่ได้ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด (Gibson, 1995) เมื่อผู้ใช้บริการ สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการที่ตนเองได้เลือกและกำหนดได้ด้วยตนเอง จะทำให้ผู้ใช้บริการ รับรู้ถึงความสามารถทางด้านร่างกายและอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ อันนำไปสู่การมองเห็น คุณค่าและการนับถือตนเองเพิ่มขึ้น (Miller, 1992) และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า ช่วยให้ ผู้ใช้บริการได้ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสิ่งที่ได้กระทำร่วมกับพยาบาลและครอบครัวใน ขั้นตอนต่างๆ ทั้งสิ่งที่สามารถควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ ขั้นตอนนี้เมื่อผู้ใช้บริการได้รับการ เสริมสร้างพลังอำนาจตามขั้นตอนต่างๆ ข้างต้นแล้ว ผู้ใช้บริการจะปฏิบัติกิจกรรมที่ตนเองเลือกอย่าง ต่อเนื่อง ซึ่งช่วยให้เกิดความมั่นใจในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ด้วยตนเองมากขึ้น (Gibson, 1995) จากเหตุผลดังกล่าวจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผล ถึงการลดภาวะซึมเศร้าได้

สำหรับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) สรุปไว้ว่า เป็นกระบวนการ ร่วมมือกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังให้มีผลสำเร็จ แนวคิดหลักประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) การสื่อสาร ได้แก่ การสื่อสารในเรื่องของอาการและอาการ แสดงของความเจ็บป่วย ความรู้สึกของผู้ป่วย คำแนะนำ และข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย โดยสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทในการทำความเข้าใจ และมีส่วนร่วมในสถานการณ์ต่างๆ ร่วมกับ ผู้ป่วย 2) การตัดสินใจ ได้แก่ ผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้สูงอายุ คือ พยาบาล ผู้ป่วย และ สมาชิกในครอบครัว โดยพยาบาลจะต้องร่วมกับสมาชิกในครอบครัวในการค้นหาข้อมูลของผู้สูงอายุ

และร่วมกันตัดสินใจในการดูแล และ 3) การกระทำร่วมกัน ได้แก่ การกระทำร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความเห็นอกเห็นใจ การรับฟัง และการเป็นหุ้นส่วนกันในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จากแนวคิดดังกล่าวพบว่ามีคุณสมบัติองค์ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้สูงอายุต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวในการดูแลภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และมีองค์ประกอบที่สามารถบูรณาการให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจได้อย่างเหมาะสม

จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ผู้วิจัยทำการศึกษเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือในการวิจัยขึ้น โดยนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสามารถลดภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้ โดยเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีความแตกต่างอย่างชัดเจน โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (ตารางที่ 5) แสดงว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมที่จัดทำขึ้น (Treatment) มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้ามลดลง

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่ได้ทำการศึกษาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ได้แก่ ทมาภรณ์ บุณสมภพ (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม กลุ่มตัวอย่างคือ ภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้าจากการถูกสามีทำทารุณกรรม ระดับปานกลางถึงมาก ที่มาขอรับคำปรึกษา ณ ศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิง จำนวน 20 คน ใช้แบบแผนการวิจัยรูปแบบกลุ่มเดียววัดหลายครั้งแบบอนุกรมเวลา โดยทำการวัดก่อนได้รับโปรแกรม 2 ครั้ง และหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 ครั้ง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของภรรยาระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 และหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าจากการวัดทั้ง 4 ครั้ง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 แตกต่างกับค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยคะแนนของภาวะซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรม 2 ครั้ง มีค่าต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมทั้ง 2 ครั้ง และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 2 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 สอดคล้องกับการศึกษาของ Davison and Degner (1997) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากในครั้งแรก ต่อภาวะ

ซึมเศร้า การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในผู้ป่วยจำนวน 60 ราย โดยใช้วิธีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา และอาการของโรค รวมทั้งการให้คำปรึกษาในระดับบุคคล ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีระดับภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Tsy and Hung (2003) ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อระดับพลังอำนาจ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังจำนวน 50 ราย เป็นเวลา 9 เดือน พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังไม่ปรากฏผลการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัวที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง แต่อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) ซึ่งเป็นกระบวนการร่วมมือกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังให้มีผลสำเร็จมาบูรณาการในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ด้วยเหตุผลที่ว่ากระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจ บุคคลในครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างแรงจูงใจให้เกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจให้เกิดขึ้น โดยอาศัยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลอย่างต่อเนื่อง (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2552) และเนื่องจากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจที่เสื่อมลงไปตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ความคิด การเรียนรู้ และเชาวน์ปัญญา รวมทั้งมีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทำให้ต้องมีภาวะพึ่งพาบุคคลอื่น ร่วมกับการเกิดภาวะซึมเศร้าจากการสูญเสียพลังอำนาจที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดกับตนเองได้ การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบต่างๆ ไป อาจไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรในการทำให้เกิดความมั่นใจในพลังความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงชีวิตตนเองให้ไปในทางที่ดีขึ้นตามเป้าหมายที่ต้องการ การศึกษาครั้งนี้จึงได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) มาบูรณาการร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) เพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และส่งผลให้ลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้เป็นอย่างดี

จากข้อมูลงานวิจัยและแนวคิดที่สนับสนุนในการอภิปรายผลการวิจัย กล่าวได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกิจกรรมทางการพยาบาลที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตระหนักในพลังอำนาจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อันจะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตโดยการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และลดการพึ่งพาจากบุคคลอื่น ซึ่งช่วยทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และต้องดำเนินชีวิตประจำวันอยู่ที่บ้านร่วมกับครอบครัว การนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) มาใช้ในการบำบัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดการสูญเสียพลังอำนาจในตนเองจากภาวะพึ่งพา ภาวะร่างกายและความสามารถที่เปลี่ยนแปลงไปหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป้าหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการสนับสนุนให้แหล่งพลัง

อำนาจของบุคคลมีความเข้มแข็งขึ้น (ทมาภรณ์ บุรณสมภพ, 2547; Miller, 1992) เพื่อให้เกิดความมั่นใจในพลังความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงชีวิตตนเองให้ไปในทางที่ดีขึ้นตามเป้าหมายที่ต้องการ นอกจากนี้การนำแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) มาบูรณาการร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีหลักการสำคัญ 3 ประการ คือ 1) การสื่อสาร ได้แก่ การสื่อสารในเรื่องของอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วย ความรู้สึกของผู้ป่วย คำแนะนำ และข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย โดยสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทในการทำความเข้าใจ และมีส่วนร่วมในสถานการณ์ต่างๆ ร่วมกับผู้ป่วย 2) การตัดสินใจ ได้แก่ ผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้สูงอายุ คือ พยาบาล ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว โดยพยาบาลจะต้องร่วมกับสมาชิกในครอบครัวในการค้นหาข้อมูลของผู้สูงอายุ และร่วมกันตัดสินใจในการดูแล และ 3) การกระทำร่วมกัน ได้แก่ การกระทำร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความเห็นอกเห็นใจ การรับฟัง และการเป็นหุ้นส่วนกันในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น หลักสำคัญดังกล่าวนับได้ว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำ (ภาพันท์ เจริญสุวรรณ, 2546; จุฑารัตน์ สติรปัญญา และ พรชัย สติรปัญญา, 2548) ดังนั้นการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง นับว่าเป็นการให้การสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้

จากหลักฐานและเหตุผลสนับสนุนที่กล่าวมา จึงกล่าวได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการจัดการกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

สมมติฐานข้อที่ 2 ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ผลการวิจัยพบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่เน้นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีความสามารถในการควบคุมและจัดการกับชีวิตตนเองในทุกด้าน เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้สูงอายุเอง และกระบวนการระหว่างบุคคล โดยอาศัยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลซึ่งเกิดอย่างต่อเนื่อง โดยบุคคลมีการกำหนดเป้าหมาย มีการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อขจัดปัญหาและอุปสรรคหรือหาทางออกของปัญหา รวมถึงการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยเน้นให้ครอบครัวมีการสื่อสารกันในเรื่องอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วย ความรู้สึก

ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง คำแนะนำ และข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย โดยครอบครัวมีบทบาทในการทำความเข้าใจ และมีส่วนร่วมในสถานการณ์ต่างๆ ร่วมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้ผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้สูงอายุ คือ พยาบาล ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และสมาชิกในครอบครัว โดยพยาบาลจะต้องร่วมกับสมาชิกในครอบครัวในการค้นหาข้อมูลของผู้สูงอายุ และร่วมกันตัดสินใจในการดูแล และรวมไปถึงการกระทำร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากความเห็นอกเห็นใจ การรับฟัง และการเป็นหุ้นส่วนกันในการจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าจากการสูญเสียพลังอำนาจในตนเองจากภาวะพึ่งพา ภาวะร่างกายและความสามารถที่เปลี่ยนแปลงไปหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เกิดความมั่นใจในพลังความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงชีวิตตนเองให้ไปในทางที่ดีขึ้นตามเป้าหมายที่ต้องการและลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพนอ เตชะอธิก (2541) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีแบบแผนต่อระดับความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างระยะต้นของการฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 20 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน โดยใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเห็นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย โดยพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนด้านความรู้ เป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการปรับตัวและเป็นผู้ให้คำปรึกษาให้ผู้ป่วยเรียนรู้ด้วยตนเองจากสื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยวิเคราะห์การนำไปใช้ในการแก้ไขสถานการณ์ของตนเอง ระยะเวลาของโปรแกรมใช้เวลา 4 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีแบบแผน มีระดับความรู้สึกสูญเสียอำนาจโดยรวมน้อยกว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่ไม่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีแบบแผน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม มีรูปแบบการจัดกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ได้มากที่สุด โดยมีการให้คำแนะนำในเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับไปอยู่ที่บ้าน ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย รวมถึงการดูแลผู้สูงอายุของสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด โดยจะมีการฝึกปฏิบัติการบริหารร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีการแจกเอกสาร หรือคู่มือความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้กับญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองนำไปเป็นแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน อีกทั้งในปัจจุบันการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีแพร่หลายในสื่อต่างๆ มากมาย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างและครอบครัวสามารถค้นหาความรู้และนำมาปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้เพิ่มมากขึ้น รวมถึงความสนใจของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเองที่ตั้งใจจะฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้พึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด และครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเองก็มีความใส่ใจในภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจึงสนใจในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จากเหตุผลดังกล่าวจึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ย

ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมลดลง แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ก่อนและหลังการทดลองพบว่าลดลงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นผลมาจากรูปแบบของการพยาบาลในกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ไม่ได้เน้นถึงกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น อีกทั้งการพยาบาลในกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมจะเป็นกิจกรรมที่กำหนดขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยไม่ได้กำหนดเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าผลการศึกษาวิจัยจะพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลง แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมพบว่า หลังการทดลองกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม จะสามารถทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า เกิดความมั่นใจในพลังความสามารถของตนเอง ในการกระทำการต่างๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงชีวิตตนเองให้ไปในทางที่ดีขึ้นตามเป้าหมายที่ต้องการและลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ โดยผลการศึกษานับสนุนแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Influencing factors) ประกอบไปด้วย ปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal factor) ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม เป้าหมาย และประสบการณ์ ส่วนปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factor) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และพบว่าเมื่อบุคคลมีกำลังใจจะสามารถปฏิบัติทุกวิถีทางเพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ต้องการ กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเข้าสู่กระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งเป็นกระบวนการของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าในการพัฒนาความสามารถ ความเชื่อมั่นที่จะทำให้ความคิดของตนเองมีความหมาย เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการและแก้ปัญหาของตนเอง อีกทั้งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) โดยผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วกลับไปอยู่ที่บ้าน ส่วนใหญ่จะยังคงมีสภาพร่างกายที่อ่อนแรงตามบริเวณแขนขา และต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บุคคลในครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล เป็นรูปแบบทางการพยาบาลที่เน้นหลักการให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม โดยให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ (สมจิต หนเจริญกุล, 2543) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นลักษณะการพยาบาลในบริบทของครอบครัว เป็นการดูแลร่วมกันระหว่างผู้ให้การพยาบาล ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่เป็นผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยนับว่ามีความสำคัญและจำเป็นต่อผลสำเร็จของการดูแล (Sebern, 2005) ดังนั้นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในการศึกษา ครั้งนี้ สามารถนำไปปรับ

ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าตระหนักในพลังอำนาจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เกิดความมั่นใจในพลังความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงชีวิตตนเองให้ไปในทางที่ดีขึ้นตามเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะซึมเศร้ามลดลง และมีความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการบริหารทางการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาลสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น อันส่งผลถึงประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ผู้บริหารทางการพยาบาลจะต้องศึกษารายละเอียดของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนเตรียมบุคลากรทางการพยาบาลในการดำเนินการ การจัดสรรอัตรากำลัง และกำหนดระยะเวลาที่เหมาะสม รวมถึงอำนวยความสะดวกให้กับบุคลากรทางการพยาบาลในการดำเนินการตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

2.1 การจัดกิจกรรมการพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าได้ทั้งในสถานพยาบาล และในชุมชน โดยสามารถศึกษาจากคู่มือการดำเนินโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมาใช้ตามความเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย

2.2 การจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ในทุกกลุ่มโรค เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมของร่างกาย รวมทั้งภาวะที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทำให้เกิดภาวะพึ่งพา การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตโดยการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และลดการพึ่งพาจากบุคคลอื่น

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยต่อไป

1. การศึกษาวิจัยต่อเนื่อง เพื่อติดตามผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยติดตามภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นระยะตามความเหมาะสม เช่น ทุกๆ 1, 3, และ 6 เดือน เพื่อความดำรงอยู่ของผลลัพธ์ที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2. การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการปรับเปลี่ยนจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุมาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งสามารถทำการศึกษได้ทั้งในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และในชุมชน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. (2555). **ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:

<http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>

[9 เมษายน 2555]

ก้องเกียรติ ภูณท์กันทรากกร. (2553). **ประสาทวิทยาทันยุค**. กรุงเทพฯ: พราวเพรส (2002).

กัมมันต์ พันธุมจินดา. (2530). *Clinical epidemiology of cerebrovascular disease*.

ใน จเร ผลประเสริฐ, สุรชัย เคารพธรรม และ กัมมันต์ พันธุมจินดา (บรรณาธิการ), **Stroke:**

Cerebrovascular disease. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.

จงจิต บุญอินทร์. (2551). **ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพเท้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

จงจินตน์ รัตนาภินันท์ชัย. (2542). **การควบคุมการเคลื่อนไหว**. เชียงใหม่: คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จรรยา สัตยากร. (2554). **การจัดการดูแลโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน: แนวคิดและประสบการณ์การพยาบาลในชุมชน**. พิษณุโลก: ทรูกรุ๊ปไทย.

จเร ผลประเสริฐ. (2528). **โรคหลอดเลือดสมอง ประสาทศัลยศาสตร์**. กรุงเทพฯ: เเยอร์บุ๊กพลับลิชเชอร์.

จาวรรรณ จินดามงคล. (2541). **ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จิรัชชาติ ชุมภู. (2550). **การเสริมสร้างพลังอำนาจในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศน์ จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จุฑารัตน์ สติรปัญญา และ พรชัย สติรปัญญา. (2548). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(2), 229-237.

เจียมจิต แสงสุวรรณ. (2535). **โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัยและการจัดการพยาบาล**. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ออฟเซต.

เจียมจิต ไสภณสุขสถิตย์. (2544). **ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้า และการดูแลที่ได้รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ดวงใจ สานติกุล. (2542). **โรคซึมเศร้ารักษาหายได้**. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.

ดารณี จามจรี. (2545). **การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- ดารณี จามจุรี. (2545). พลังอำนาจกับการจัดการความเจ็บป่วยเรื้อรัง (2): การเสริมสร้างพลังอำนาจ. **วารสารกองการพยาบาล**, 29(3), 79-88.
- ทมาภรณ์ บุรณสมภพ. (2547). **ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด ต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทศพร คำผลศิริ และคณะ. (2550). ผลของโปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้านเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง. **จุฬาลงกรณ์เวชสาร**, 50(10), 707-725.
- ธณินทร์ กองศรีสุข. (2550). **โรคซึมเศร้า**. อุบลราชธานี: สิริธรรมออฟเซ็ท.
- นภาพรณ์ แก้วกรรณ. (2533). **ผลการจูงใจญาติต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะพักฟื้น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา ภาสุนันท์. (2545). **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. ขอนแก่น: ม.ป.ท. (อัสสัณเณ).
- นิพนธ์ พงวรินทร์. (2537). แบบวัดซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย. **สารศิริราช**, 46(1), 7-11.
- นิพนธ์ พงวรินทร์. (2544). Epidemiology of stroke. ใน นิพนธ์ พงวรินทร์ (บรรณาธิการ), **โรคหลอดเลือดสมอง (stroke)**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- นิพนธ์ พงวรินทร์. (2544). **โรคหลอดเลือดสมอง (stroke)**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- นิตารัตน์ เซตวรณ. (2543). **การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง และภาวะซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2544). **ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง กรรณสูตร. (2542). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราณี โทแสง. (2548). **ผลของโปรแกรมการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยหัวใจวาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปรียะดา ภัทรสัจธรรม. (2546). **ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปิยะภัทร พัทธาวิวัฒน์พงษ์. (2547). ปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม. ใน กิ่งแก้ว ปาจารย์ (บรรณาธิการ), **การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง**. กรุงเทพฯ: แอล.ที.เพรส
- พนอ เตชะอะอิก. (2541). **ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีแบบแผนต่อระดับความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- พนารัตน์ เจนจบ. (2542). การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรภัทร ธรรมสโรช และ เพิ่มพันธุ์ ธรรมสโรช. (2553). **ประสาทวิทยาทางคลินิก**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: จริยสุนันทวงศ์การพิมพ์.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2537). ครอบครัวในยุคโลกาภิวัตน์ต่อบทบาทพยาบาลที่ก้าวไกล. ในรายงานการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช ในพระราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ครั้งที่ 9. 23-25 พฤศจิกายน 2537 ณ ห้องประชุมคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิกุล นันทชัยพันธ์. (2542). Empowerment. ในเอกสารประกอบการบรรยายเนื่องในโอกาสอบรมคณะกรรมการการพัฒนางานสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลสำหรับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. สิงหาคม 2542 ณ โรงแรมสวนบัวรีสอร์ท อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี.
- พาริดา อิบราฮิม. (2532). อำนาจในการบริหารการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์, 7(4), 206-21
- พาริดา อิบราฮิม. (2542). ปัญหาผู้ป่วยระบบประสาททางอายุรศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ธนาเพรสแอนด์กราฟฟิค.
- ภัทรภกร วิริยวงศ์. (2551). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภาพันธุ์ เจริญสุวรรณค์. (2546). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต. สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มัลลิกา มัติโก. (2530). การดูแลสุขภาพตนเอง: ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชนิพร คนชุม. (2547). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิววรรณ อุณนาภิรักษ์. (2547). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาระบบประสาทและอื่นๆ. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2552). การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส.
- ศิริชัย กาญจนวาสิ, ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ และ ดิเรก ศรีสุโข. (2544). การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.

- ศิริชัย กาญจนวาสี, สุวิมล ติรกานันท์ และ ศิริเดช สุชีวะ. (2543). **การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS สำหรับงานวิจัย: การวิเคราะห์ข้อมูลและแปลความหมาย**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลถาวร. (2545). **ความหวัง ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). **การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 4**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมปรารถนา ทรายสมุท. (2545). **ผลของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยใช้หนังสือการดูแลตัวเองที่มีข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สายฝน เอกวารงกูร. (2554). **รู้จัก เข้าใจ ดูแล ภาวะซึมเศร้า**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ส.เอเชียเพรส (1989).
- สิริกัญจน์ กระจ่างโพธิ์. (2549). **ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมดูแลเท้าและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้า**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิพันธ์ จิตพิมลมาศ. (2543). **โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease)**. ใน กาญจนา จันทร์สูง, จิตติมา ศรีจีระชัย และ พิศาล ไม้เรียง (บรรณาธิการ), **Short Note in Medicine**. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- โสธญา สุดสวระ. (2547). **การสร้างมาตรฐานการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย. (2553). **การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรวรรณ ลีทองอินทร์. (2535). **ผลการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าในบ้านพักคนชรา นักบุญโยเซฟ จังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อวยพร ตันมุขกุล. (2540). **พลังอำนาจกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในวิชาชีพการพยาบาล**. *พยาบาลสาร*, 24(1), 1-9.
- อวยพร เรืองตระกูล. (2553). **สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์ 1**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2554). **การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- American Stroke Association. (2011). **Stroke Statistics** [online]. Available from: <http://www.world-stroke.org> [2011, May 8]
- Anderson, G., and others. (1995). Risk factors for post-stroke depression. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 92(3), 193-198.
- Bainbridge, H.T.J., Cregan, C., and Kulik, C.T. (2006). The effect of multiple roles on caregiver stress outcomes. **Journal of Applied Psychology**, 91(2), 490-497.
- Bakas, T., Austin, J.K., Okonkwo, K.F., Leeis, R.R., and Chadwick, L. (2002). Needs, concerns, strategies, and advice of stroke caregivers the first 6 months after discharge. **Journal of Neuroscience Nursing**, 34(5), 242-252.
- Barbara, G.J. (1976). Problems of physical self loss. In Roy, C. (ed.), **Introduction to nursing: An adaptation model**. New Jersey: Prentice-Hall.
- Beck, A. (1967). **Depression: Clinical experimental and Theoretical aspect**. New York: International Universities Press, INC.
- Beeber, L.S. (1996). Depression in Women. In McBride, A.B., and Austin, J.K. (ed.), **Psychiatric Mental Health Nursing**. 1st ed. Philadelphia: W.B. Saunders Com.
- Benaim, C., Decavel, P., Bentabet, M., Froger, J., Pelissier, J., and Perennou, D. (2010). Sensitivity to change of two depression rating scales for stroke patients. **Clinical Rehabilitation**, 24(3), 251-257.
- Boonyasopun, U., Aree, P., and Avant, K. (2008). Effect of an empowerment-based nutrition promotion program on food consumption and serum lipid levels in hyperlipidemic Thai elderly. **Nursing & Health Sciences**, 10(2), 93-100.
- Boss, B. (1991). Managing communication disorders in stroke. **Nursing Clinics of North America**, 26(4), 985-996.
- Burn, N., and Glove, K.S. (2005). **The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization**. 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Burvill, P.W. (1995). Recent progress in the epidemiology of major depression. **Epidemiologic Reviews**, 17, 21-31.
- Carod-Artal, J., Egido, J.A., Ganzales, J.L., and Seijas, V. (2000). Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke experience of a stroke unit. **Stroke**, 31, 2995-3000.
- Carson, A.J., and others. (2000). Depression after stroke and lesion location: a systematic review. **Lancet**, 356(9224), 122-126.

- Chang, L., Liu, C., and Yen, E. (2008). Effects of an empowerment-based education program for public health nurses in Taiwan. **Journal of Clinical Nursing**, 17(20), 2782-2790.
- Davison, B.J., and Degner, L.F. (1997). Empowerment of men newly diagnosed with prostate cancer. **Cancer Nurs**, 20(3), 187-196.
- De Wit, L., and others. (2008). Anxiety and depression in the first six months after stroke. A longitudinal multicentre study. **Disability & Rehabilitation**, 30(24), 1858-1866.
- Easton, K.L. (1999). **Gerontological Rehabilitation Nursing**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Eastwood, M.R., Rifat S.L., Nobbs H., and Ruderman, J. (1989). Mood disorder following Cerebrovascular accident. **Br J Psychiatry**, 154, 195-200.
- Ekeberg, C., Lagerstrom, M., and Lutzen, K. (1997). Empowerment and occupational Health nursing. **American Association of Occupational Health Nurses**, 45(7), 342-348.
- Farrell, C. (2004). Poststroke Depression in Elderly Patients. **Dimensions of Critical Care Nursing**, 23(6), 264-269.
- Franzen-Dahlin, A., Billing, E., Nasman, P., Martensson, B., Wredling, R., and Murray, V. (2006). Post-stroke depression - effect on the life situation of the significant other. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, 20(4), 412-416.
- Franzen-Dahlin, A., Laska, A.C., Larson, J., Wredling, R., Billing, E., and Murray, V. (2008). Predictors of life situation among significant others of depressed or aphasic stroke patients. **Journal of Clinical Nursing**, 17, 1574-1580.
- Friedemann, M.L., Montgomery, R.J., Rice, C., and Farrell, L. (1999). Family involvement in the nursing home. **Western Journal of Nursing Research**, 21(4), 549-567.
- Friedman, M.M. . (1992). **Family nursing: Theory and practice**. 3rd ed. Norwalk, CT: Appleton and Lange.
- Gaete, J., and Bogouslavsky, J. (2008). Post-stroke depression. **Expert Rev Neurother**, 8(1), 75-92.
- Gibson, C.H. (1991). A concept analysis of empowerment. **Journal of Advanced Nursing**, 16, 354-361.
- Gibson, C.H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. **Journal of Advanced Nursing**, 21, 1201-1210.
- Gilbert, T. (1995). Nursing: Empowerment and the problem of power. **Journal of Advanced Nursing**, 21, 865-871.
- Goldstein, B., and Rosselli, F. (2003). Etiological paradigms of depression: the relationship between perceived causes, empowerment, treatment preferences, and stigma. **Journal of Mental Health**, 12(6), 551-563.

- Gurr, B. (2011). Stroke mood screening on an inpatient stroke unit. **British Journal of Nursing**, 20(2), 94-100.
- Hafsteinsdottir, T.B., and Grypdonck, M. (1997). Being a stroke patient: A review of the literature. **Journal of Advanced Nursing**, 26, 580-588.
- Hama, S., and others. (2007). Depression or apathy and functional recovery after stroke. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, 22(10), 1046-1051.
- Hansson, L., and Bjorkman, T. (2005). Empowerment in people with a mental illness: reliability and validity of the Swedish version of an empowerment scale. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, 19(1), 32-38.
- Investigators, The European Registers of Stroke (EROS). (2009). Incidence of stroke in Europe at the beginning of the 21st century. **Stroke**, 40(5), 1557-1563.
- Kaplan, H.I., and Sadock, B.J. (1989). **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. 5th ed. Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Kneebone, I.I., and Dunmore, E. (2000). Psychological management of post-stroke depression. **British Journal of Clinical Psychology**, 39, 53-65.
- Kurlowicz, L.H. (1994). Depression in hospitalized medically ill elders: evolution of the concept. **Archives of Psychiatric Nursing**, 8(2), 124-136.
- Lakeman, R. (2008). Family and carer participation in mental health care: perspectives of consumers and carers in hospital and home care settings. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 15(3), 203-211.
- Lawrence, E.S., Coshall, C., Dundas, R., Stewart, J., Rudd, A.G., and Howard, R. (2001). Estimates of the prevalence of acute stroke impairments and disability in a multiethnic population. **Stroke**, 32, 1279-1284.
- Lee, A., and Craft-Rosenberg, M. (2002). Ineffective family participation in professional care: A concept analysis of a proposed nursing diagnosis. **Nursing Diagnosis**, 13(1), 5-14.
- Legger, K.E. (1994). Dysplagia in the elderly stroke patient. **Journal of Neuroscience Nursing**, 26(2), 78-84.
- Levesque, L., Ducharme, F., and Lachance, L. (1999). Is there a difference between family caregiving of institutionalized elders with or without dementia?. **Western Journal of Nursing Research**, 21(4), 472-497.
- Li, S., Wang, K., and Lin, J. (2003). Depression and related factors in elderly patients with occlusion stroke. **Journal of Nursing Research (Taiwan Nurses Association)**, 11(1), 9-18.
- Lokk, J., and Delbari, A. (2010). Management of depression in elderly stroke patients. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, 6, 539-549.

- Lynch, A., Glod, C.A., and Fitzgerald, F. (2001). Psychopharmacologic treatment of adolescent depression. **Archives of Psychiatric Nursing**, 15(1), 41-47. Mann, P.S. (2001). **Introduction Statistics**. 4th ed. New York: John Wiley and Sons.
- Matteson, M.A., McConnell, E.S., and Linton, A.D. (1997). **Gerontological Nursing: Concepts and practice**. 2nd ed. Philadelphia: Saunders.
- McCarthy, V., and Freeman, L. (2008). A multidisciplinary concept analysis of empowerment: implications for nursing. **Journal of Theory Construction and Testing**, 12(2), 68-74.
- Miller, J.F. (1992). **Coping with Chronic Illness: Overcoming Powerlessness**. 2nd ed. Philadelphia: FA. Davis.
- Mirza, I., and Jenkins, R. (2004). Risk factors, prevalence, and treatment of anxiety and depressive disorders in Pakistan: systematic review. **BMJ**, 238, 1-5.
- Mower, D.M. (1997). Brain attack: Treating acute ischemia. **Nursing**, 97(3), 34-39.
- Narushima, K., Kosier, J.T., and Robinson, R.G. (2003). A reappraisal of poststroke depression, Intra- and Inter hemispheric lesion location using meta-analysis. **Neuropsychiatry Clin Neurosci**, 15(4), 422-430.
- Nicholl, C., Lincoln, N., Muncaster, K., and Thomas, S. (2002). Cognitions and post-stroke depression. **British Journal of Clinical Psychology**, 41(Part 3), 221-231.
- Nunley, B.L., Hall, L.A., and Rowles, G.D. (2000). Effect to the quality of dyadic relationships on the psychological well-being of elderly care-recipients. **Journal of Gerontological Nursing**, December, 23-31.
- Owen, D.C., Getz, P.A., and Bulla, S. (1995). A comparison of characteristics of patients with completed stroke: those who achieve continence and those who do not. **Rehabilitation Nursing**, 20(4), 197-203.
- Pirkis, J., and others. (2009). The community prevalence of depression in older Australians. **Journal of Affective Disorders**, 115, 54-61.
- Poynter, B., Shuman, M., Diaz-Granados, N., Kapral, M., Grace, S., and Stewart, D. (2009). Sex differences in the prevalence of post-stroke depression: a systematic review. **Psychosomatics**, 50(6), 563-569.
- Provinciali, L., and Coccia, M. (2002). Post-stroke and vascular depression: a critical review. **Neurol Sci**, 22(6), 417-428.
- Robinson, R.G. (1997). Neuropsychiatric consequences of stroke. **Annu Rev Med**, 48(1), 217-229.
- Robinson, R.G. (1998). **The clinical neuropsychiatry of stroke: Cognitive, behavioral and emotional disorder following vascular brain injury**. Cambridge: Cambridge University.

- Robinson-Smith, G. (2004). Verbal indicators of depression in conversations with stroke survivors. **Perspectives in Psychiatric Care**, 40(2), 61-69.
- Rosenbloom-Brunton, D., Henneman, E., and Inouye, S. (2010). Feasibility of family participation in a delirium prevention program for hospitalized older adults. **Journal of Gerontological Nursing**, 36(9), 22-33.
- Roy, S.C. (1984). **Introduction to Nursing an Adaptation Model**. 2nd ed. New Jersey: Prentice-Hall.
- Ryles, S. (1999). A concept analysis of empowerment: its relationship to mental health nursing. **Journal of Advanced Nursing**, 29(3), 600-607.
- Sacco, R., and others. (2006). Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals. **Stroke**, 37(2), 577-617.
- Sebern, M. (2005). Psychometric evaluation of the shared care instrument in sample of home health care family dyads. **Journal of Nursing Measurement**, 13(3), 175-191.
- Sebern, M. (2005). Shared Care, elder and family member skills used to manage burden. **Journal of Advance Nursing**, 52(2), 170-179.
- Sebern, M. (2008). Refinement of the Shared Care Instrument-Revised: a measure of a family care interaction. **Journal of Nursing Measurement**, 16(1), 43-60.
- Shimoda, K., and Robinson, R.G. (1999). The relationship between poststroke depression and lesion location in long-term follow-up. **Biol Psychiatry**, 45(2), 187-192.
- Shinar, D., and others. (1986). Screening for depression in stroke patients: the reliability and validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. **Stroke**, 17(2), 241-245.
- Shuaib, A., and Hachinski, V.C. (1991). Mechanism and management of stroke in the elderly. **CMAJ**, 145(5), 433-443.
- Sit, J., Wong, T., Clinton, M., and Li, L. (2007). Associated factors of post-stroke depression among Hong Kong Chinese: a longitudinal study. **Psychology, Health and Medicine**, 12(2), 117-125.
- Spalletta, G., Guida, G., De Angelis, D., and Caltagiron, C. (2002). Predictors of cognitive level and depression severity are different in patients with left and right hemispheric stroke within the first year of illness. **J Neurol**, 249, 1541-1551.
- Specht, J.P., and others. (2000). Who's the boss? Family/staff partnership in care of persons with dementia. **Nursing Administration Quarterly**, 24(3), 64-77.
- Stull, M.K., and Deatrck, J.A. (1986). Measuring parental participation: part 1. **Comprehensive Pediatric Nursing**, 9, 157-165.

- Sutton, J.D. (2004). **The Depression and Anxious Child: Bring a youngster out of the shadow** [online]. Available from: <http://www.friendlyoakspublications.com/docspeak> [2011, December 8]
- Thomas, S., and Lincoln, N. (2008). Depression and cognitions after stroke: validation of the Stroke Cognitions Questionnaire Revised (SCQR). **Disability and Rehabilitation**, 30(23), 1779-1785.
- Townend, E., Tinson, D., Kwan, J., and Sharpe, M. (2010). 'Feeling sad and useless': an investigation into personal acceptance of disability and its association with depression following stroke. **Clinical Rehabilitation**, 24(6), 555-564.
- Tsay, S.L., and Hung, L.O. (2003). Empowerment of patients with end-stage renal disease- a randomized controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**, 41, 59-65.
- Varekamp, I., Heutink, A., Landman, S., Koning, C., de Vries, G., and van Dijk, F. (2009). Facilitating empowerment in employees with chronic disease: qualitative analysis of the process of change. **Journal of Occupational Rehabilitation**, 19(4), 398-408.
- Vishweshwar, G.R., Kaul, S. and Chandrasekhar, S.F. (2000). Depression Following Cerebrovascular Accident. **JK Science**, 2(1), 18-24.
- Wade, D.T., Legh-Smith, J., and Hewer, R.A. (1987). Depressed mood after stroke. A community study of its frequency. **Br J Psychiatry**, 151, 200-205.
- Weissman, M.M. (2002). Juvenile onset major depression includes childhood and adolescent onset depression and may be heterogeneous. **Archives of General Psychiatry**, 59, 223-224.
- Whyte, E., and Mulsant, B. (2002). Post stroke depression: Epidemiology, pathophysiology, and biological treatment. **Biological Psychiatry**, 52(3), 253-264.
- Whyte, E., Mulsant, B., Vanderbilt, J., Dodge, H., and Ganguli, M. (2004). Depression after stroke: a prospective epidemiological study. **Journal of the American Geriatrics Society**, 52(5), 774-778.
- Wilz, G. (2007). Predictors of subjective impairment after stroke: influence of depression, gender and severity of stroke. **Brain Injury**, 21(1), 39-45.
- World Health Organization. (2008). **Future trends in global mortality: major shifts in cause of death patterns**. World Health Statistics.
- World Health Organization. (2009). **World Stroke Day** [online]. Available from: <http://www.world-stroke.org> [2009, October 12]



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



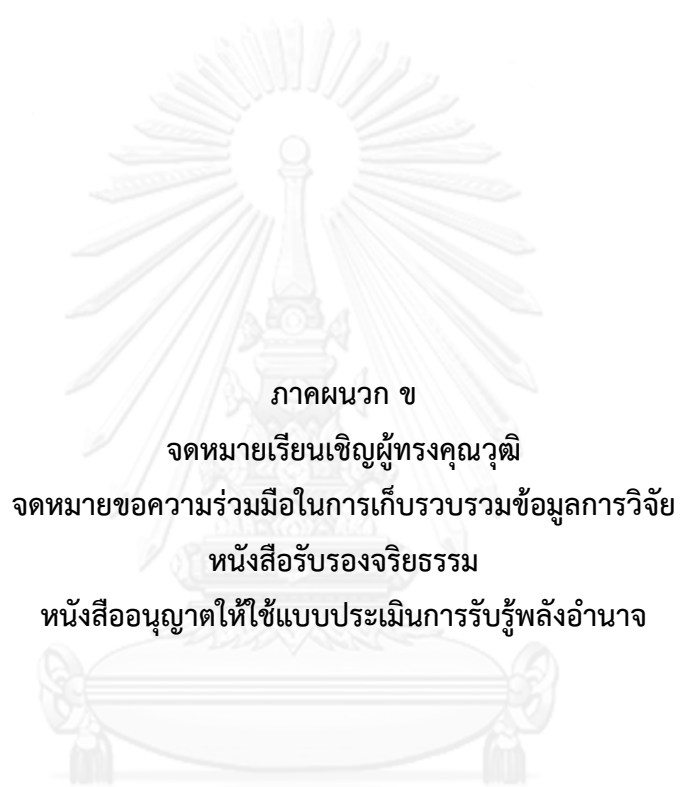
ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. นายแพทย์สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศัทธิยา รัตน์วิมล
อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช
อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. อาจารย์ ดร.ตฤณดา จามจรี
อาจารย์สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
5. นางนลินี พสุคันธภัก
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

จดหมายขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

หนังสือรับรองจริยธรรม

หนังสืออนุญาตให้ใช้แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/2119

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

23 พฤศจิกายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

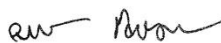
เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายชาฤทธิ วรวิชัยพงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา ที่ปรึกษาผู้อำนวยการด้านวิจัย และหัวหน้าศูนย์วิจัย เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายแพทย์ สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นายชาฤทธิ วรวิชัยพงศ์ โทร. 085-0507-330

ที่ ศธ 0512.11/2119

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

23 พฤศจิกายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายซาฤทธิ วรวิชญพงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คัทรียา รัตนวิมล อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารุณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คัทรียา รัตนวิมล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นายซาฤทธิ วรวิชญพงศ์ โทร. 085-0507-330

ที่ ศธ 0512.11/2119

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

23 พฤศจิกายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒินิช อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารณ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒินิช

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นายชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์ โทร. 085-0507-330

ที่ ศธ 0512.11/ ๒๗๙

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๙ พฤศจิกายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. ดนุลดา จามจรี อาจารย์ประจำสาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ ดร. ดนุลดา จามจรี

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นายชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์ โทร. 085-0507-330

ที่ ศธ 0512.11/ 2117

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๓ พฤศจิกายน 2555

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

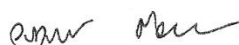
เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นายชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญพัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางนลินี พสุคันธกัศ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รักษาการแทนรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางนลินี พสุคันธกัศ

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญพัฒนา โทร. 0-2218-1158

ชื่อนิสิต

นายชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์ โทร. 085-0507-330

ที่ ศธ 0512.11/ 216-5

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

6 ธันวาคม 2555

เรื่อง ขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม และขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือ และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. แบบเสนอโครงการวิจัย
 2. ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
 3. ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
 4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 5. ประวัติผู้วิจัย

เนื่องด้วย นายชาฤทธิ์ วรวิชญพงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โครงการวิทยานิพนธ์นี้ได้ผ่านการพิจารณาโดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะแล้ว จึงขอเสนอโครงการวิทยานิพนธ์เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากหน่วยงานของท่าน และใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของแผนกประสาทวิทยา จำนวน 40 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม สื่อประกอบกิจกรรมคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับครอบครัว และแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายชาฤทธิ์ วรวิชญพงศ์ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรม ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา โทร. 0-2218-1158
นายชาฤทธิ์ วรวิชญพงศ์ โทร. 085-0507-330

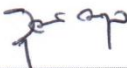



เอกสารเลขที่ 26./2556

คณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

โครงการวิจัย	ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
เลขที่โครงการ	56014
ผู้วิจัยหลัก	นายชาฤทธิ์ วรวิญญพงศ์
สถานที่ดำเนินการวิจัย	สถาบันประสาทวิทยา
เอกสารที่พิจารณาอนุมัติ	1. แบบเสนอโครงการวิจัย (วันที่รับเอกสาร 22 พฤษภาคม 2556) 2. เอกสารแนะนำอาสาสมัคร (วันที่รับเอกสาร 22 พฤษภาคม 2556) 3. ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (วันที่รับเอกสาร 22 พฤษภาคม 2556) 4. แบบเก็บรวบรวมข้อมูล (วันที่รับเอกสาร 22 พฤษภาคม 2556)
วันที่พิจารณาอนุมัติ	14 มิถุนายน 2556

คณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา ได้พิจารณาโครงการวิจัยฉบับภาษาไทยและ/หรือฉบับภาษาอังกฤษแล้ว มีมติ อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยดังกล่าวในสถาบันประสาทวิทยาได้ ทั้งนี้โดยใช้รายละเอียดตามเอกสารฉบับภาษาไทยเป็นหลัก


ประธานคณะกรรมการ
(นายสุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล)


กรรมการและเลขานุการ
(นางสาวพิมพ์ชนก พุฒขาว)

รับรองตั้งแต่วันที่ 14 มิถุนายน 2556 ถึงวันที่ 14 มิถุนายน 2557

ที่ ศธ ๖๓๙๙(๒๓)/๓๖๖๒



บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
๒๓๙ ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ
อำเภอเมืองเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๕๕

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๒๐๓๗ ลงวันที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๕

ตามที่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีความประสงค์จะขออนุญาตให้ นายชาฤทธิ์ วรวิญพงค์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของ พนาร์ตน์ เจนจบ ไปใช้ในงานวิจัยนั้น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินดีต้อนุญาตให้นำ เครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สรศักดิ์ ลีรัตนาวลี)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

งานบริการการศึกษา
โทร.๐๕๓-๙๔๒๔๒๓
โทรสาร.๐๕๓-๙๔๒๔๓๕



ภาคผนวก ค
เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/Participant Information sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อผู้วิจัย นายชาฤทธิ์ วรวิญญพงศ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) 670/1 โรงพยาบาลเปาโล เมโมเรียล พหลโยธิน (แผนกผู้ป่วยวิกฤต อาคาร 4 ชั้น 2) ถนนพหลโยธิน แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400

(ที่บ้าน) 670/1 โรงพยาบาลเปาโล เมโมเรียล พหลโยธิน (หอพักพยาบาล) ถนนพหลโยธิน แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน): 02-279-7000 ต่อ 40298, 40299 (ที่บ้าน): -

มือถือ: 091-004-2214 E-mail Address: charitwora@gmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัยที่เปรียบเทียบได้กับการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

3.2 เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 ประชากร คือ ผู้สูงอายุเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

4.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุชายและหญิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของแผนกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

1) อายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง มีที่พักอาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร

2) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจ และสื่อสารภาษาไทยได้
 3) มีผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัว อย่างน้อย 1 คน
 4) ไม่มีความผิดปกติในการรับรู้ (Cognitive function) โดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test) มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน จากคะแนนเต็ม 19 คะแนน

5) มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันโดยต้องพึ่งพาผู้อื่นระดับรุนแรง (5-8 คะแนน) ถึงระดับปานกลาง (9-11 คะแนน) โดยประเมินจากดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ที่มีค่า 5-11 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)

6) มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง (19-24 คะแนน) ถึงระดับเล็กน้อย (13-18 คะแนน) เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และปานกลาง จะมีผลกระทบต่อความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสภาพทั้งสิ้น โดยประเมินจากแบบวัดระดับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2537)

7) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์พิจารณากลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย

1) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ หรือเข้ารับการรักษาด้วยอาการแทรกซ้อนของโรคในแผนกผู้ป่วยใน

2) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งตามระยะเวลาที่กำหนด

3) ครอบครัวไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งตามระยะเวลาที่กำหนด

4.3 การแบ่งกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองออกเป็น 2 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 20 คน โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม จำนวน 20 คน รวมผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 40 คน

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้ดำเนินการวิจัย คือ นายชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์ ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่มาเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 40 คน โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม จำนวน 20 คน

กลุ่มทดลอง จัดกิจกรรมรวม 4 ครั้ง ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมเป็นรายครอบครัวที่บ้านผู้สูงอายุ 4 ครั้ง สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 60 นาที สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 90 นาที สัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลาประมาณ 90 นาที เว้นการจัดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 ส่วนสัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลาประมาณ 60 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแผนดำเนินการโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 1) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย 2) เครื่องมือทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ประกอบด้วย แผนดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม สื่อประกอบกิจกรรม คือ วิดีทัศน์ภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย 3 เรื่อง เรื่องที่ 1 “ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป” เรื่องที่ 2 “สิ่งดีๆ เกิดขึ้นได้ อยู่ที่ใจของเรา” เรื่องที่ 3 “ทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” แผ่นพับชี้แจงรายละเอียดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ภาพถ่ายการร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับครอบครัว เรื่อง “ดูแลอย่างมีความสุข ไร้ทุกข์ ไร้โรค อยู่กับโรคหลอดเลือดสมอง” และแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มควบคุม จัดกิจกรรม 2 ครั้ง โดยจัดกิจกรรมเป็นรายครอบครัวที่สถาบันประสาทวิทยา ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 6 ที่บ้านผู้สูงอายุ ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที ประกอบด้วย การประเมินภาวะซึมเศร้า กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยได้รับคำแนะนำจากพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกตามปกติ และผู้วิจัยแจกคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับครอบครัว เรื่อง “ดูแลอย่างมีความสุข ไร้ทุกข์ ไร้โรค อยู่กับโรคหลอดเลือดสมอง” เพื่อเป็นแนวทางสำหรับครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

6. การคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตามเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย และการใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อการคัดกรองได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยา

7. การใช้เวชระเบียน ได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันประสาทวิทยาและจากผู้สูงอายุเอง

8. การดำเนินการวิจัยจะมีการถ่ายภาพการร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม และจะมีการพรางใบหน้าของอาสาสมัครในทุกภาพที่นำไปเผยแพร่

9. การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้านการเพิ่มพลังอำนาจในตนเองในการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยมีการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแผนการดำเนินการโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้น และส่งเสริมความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

10. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่แต่ประการใด

11. หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้โดยติดต่อผู้วิจัย คือ นายชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์ ได้ตลอดเวลา หมายเลขโทรศัพท์ 091-0042214 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

12. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

13. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าพาหนะ ค่าชดเชยการเสียเวลา แต่ท่านจะได้รับของที่ระลึกในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

14. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการวิจัย สถาบันประสาทวิทยา ศูนย์วิจัยสถาบันประสาทวิทยา ชั้น 4 ตึกวิจัยประสาทวิทยา/MRI สถาบันประสาทวิทยา ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 02-3547076 ต่อ 2402 โทรสาร 02-3545357 E-mail: ppimcha@yahoo.com ในเวลาราชการ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

**ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)**

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ชื่อ-นามสกุล.....ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้

ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้า
ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อผู้วิจัย นายชาฤทธิ์ วรวิญญพงศ์

ที่อยู่ติดต่อ 670/1 โรงพยาบาลเปาโล เมโมเรียล พหลโยธิน (แผนกผู้ป่วยวิกฤต อาคาร 4
ชั้น 2) ถนนพหลโยธิน แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 091-004-2214

E-mail Address: charitwora@gmail.com

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจาก
การวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**
จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
โดยข้าพเจ้ายินยอม เข้าร่วมการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมราย
ครอบครัวที่บ้านผู้สูงอายุทั้งหมด 4 ครั้ง ได้แก่ สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 60 นาที สัปดาห์ที่ 2 ใช้
เวลาประมาณ 90 นาที สัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลาประมาณ 90 นาที เว้นการจัดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 4 ส่วน
สัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลาประมาณ 60 นาที รวมกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง และตอบแบบประเมินการรับรู้
พลังอำนาจ และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 6 รวมระยะเวลาการจัดกิจกรรมทั้งหมด 6
สัปดาห์

ข้าพเจ้า ยินยอม ไม่ยินยอม ในการถ่ายภาพการร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลัง
อำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยมีการพรางใบหน้าของอาสาสมัครในทุกภาพที่นำไปเผยแพร่

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล**
ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น และจะได้รับการ
ดูแลจากเจ้าหน้าที่เช่นเดิม

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะ
นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการวิจัยสถาบันประสาทวิทยา ศูนย์วิจัยสถาบันประสาท

วิทยา ชั้น 4 ตึกวิจัยประสาทวิทยา/MRI สถาบันประสาทวิทยา ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 02-3547076 ต่อ 2402 โทรสาร 02-3545357 E-mail: ppimcha@yahoo.com
ในเวลาราชการ

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....
(นายชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์) (.....)
ผู้วิจัยหลัก ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)

2. เครื่องมือทดลอง ประกอบด้วย

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ประกอบด้วย

2.1. แผนดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

2.1. สื่อประกอบกิจกรรม ได้แก่

2.1.1 วีดิทัศน์ภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย

2.1.2 แผ่นพับชี้แจงรายละเอียดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบ

ครอบครัวมีส่วนร่วม

2.1.3 กรอบภาพถ่ายการร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบ

ครอบครัวมีส่วนร่วม

2.3 คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับครอบครัว เรื่อง “ดูแลอย่าง
เป็นสุข ไร้ทุกข์ ไร้โรค อยู่กับโรคหลอดเลือดสมอง”

2.4 แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 1 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ.....ปี (นับจำนวนปีเต็ม)
3. สถานภาพสมรส () 1. โสด () 2. สมรส
() 3. หย่า หรือแยกกันอยู่ () 4. หม้าย
4. ศาสนา () 1. พุทธ () 2. คริสต์
() 3. อิสลาม
5. ระดับการศึกษา () 1. ระดับประถม () 2. ระดับมัธยม
() 3. ระดับปริญญา () 4. อื่นๆ โปรดระบุ
6. อาชีพ () 1. ไม่ได้ทำงาน () 2. รับจ้าง
() 3. ค้าขาย () 4. รับราชการ
() 5. เกษตรกรรม (ทำไร่ ทำนา ทำสวน)
() 6. อื่นๆ โปรดระบุ.....
6. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว
() 1. ต่ำกว่า 5,000 บาท () 2. 5,000-10,000 บาท
() 3. มากกว่า 10,000 บาท

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา

คำชี้แจง ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์และจากแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง

1. โรคประจำตัวที่เกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
() 1. ไม่มีโรคประจำตัว
() 2. โรคความดันโลหิตสูง
() 3. โรคเบาหวาน
() 4. โรคไขมันในเลือดสูง
() 5. โรคหัวใจ
2. การใช้ยารักษาอาการซึมเศร้า
() 1. ไม่ใช่ () 2. ใช่ โปรดระบุ.....

3. ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (คะแนนดัชนีบาร์เธลเอดีแอล.....คะแนน)
- () 1. คะแนน 0-4 คะแนน (ต้องช่วยเหลือทั้งหมด)
- () 2. คะแนน 5-8 คะแนน (ต้องพึ่งพาผู้อื่นระดับรุนแรง)
- () 3. คะแนน 9-11 คะแนน (ต้องพึ่งพาผู้อื่นระดับปานกลาง)
- () 4. คะแนน 12 คะแนนขึ้นไป (พึ่งพาผู้อื่นน้อยมาก)
4. ระดับการรับรู้ (Cognitive function) (คะแนนแบบทดสอบสภาพจิตจู่หา.....คะแนน)
- () 1. คะแนน 15-19 คะแนน
- () 2. คะแนน 0-14 คะแนน (มีความผิดปกติของ cognitive function)
5. ระดับภาวะซึมเศร้า (คะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย.....คะแนน)
- () 1. คะแนน 0-12 คะแนน (ปกติ)
- () 2. คะแนน 13-18 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย)
- () 3. คะแนน 19-24 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง)
- () 4. คะแนน 25-30 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลของบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ.....ปี (นับจำนวนปีเต็ม)
3. สถานภาพสมรส () 1. โสด () 2. สมรส
() 3. หย่า หรือแยกกันอยู่ () 4. หม้าย
4. ศาสนา () 1. พุทธ () 2. คริสต์
() 3. อิสลาม
5. ระดับการศึกษา () 1. ระดับประถม () 2. ระดับมัธยม
() 3. ระดับปริญญา () 4. อื่นๆ โปรดระบุ.....
6. อาชีพ () 1. ไม่ได้ทำงาน () 2. รับจ้าง
() 3. ค้าขาย () 4. รับราชการ
() 5. เกษตรกรรม (ทำไร่ ทำนา ทำสวน)
() 6. อื่นๆ โปรดระบุ.....
7. รายได้ต่อเดือนของครอบครัว () 1. ต่ำกว่า 5,000 บาท () 2. 5,000-10,000 บาท
() 3. มากกว่า 10,000 บาท
8. ท่านมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในฐานะ.....
9. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง () 1. ไม่มี () 2. มี

10. การได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

() 1. ไม่มี

() 2. มี จาก.....



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตัวอย่างแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale)

คำชี้แจง

โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา

ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน

ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อความ	ความรู้สึกของท่าน		สำหรับผู้วิจัย
	ใช่	ไม่ใช่	
1. คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้			<input type="checkbox"/>
2. คุณไม่ชอบทำอะไรในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ			<input type="checkbox"/>
3. คุณรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร			<input type="checkbox"/>
4. คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ			<input type="checkbox"/>
5. คุณหวังว่าจะมีสิ่งที่ดี เกิดขึ้นในวันข้างหน้า			<input type="checkbox"/>
6. คุณมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้			<input type="checkbox"/>
7. ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกอารมณ์ดี			<input type="checkbox"/>
8. คุณรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับคุณ			<input type="checkbox"/>
9. ส่วนใหญ่คุณรู้สึกมีความสุข			<input type="checkbox"/>
10. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกไม่มีที่พึ่ง			<input type="checkbox"/>
11. คุณรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อยๆ			<input type="checkbox"/>
12. คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน			<input type="checkbox"/>
13. บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า			<input type="checkbox"/>
14. คุณคิดว่าความจำของคุณไม่ดีเท่าคนอื่น			<input type="checkbox"/>
15. การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้ เป็นเรื่องน่ายินดีหรือไม่			<input type="checkbox"/>
16. คุณรู้สึกหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อยๆ			<input type="checkbox"/>
17. คุณรู้สึกว่าชีวิตคุณค่อนข้างไม่มีคุณค่า			<input type="checkbox"/>
18. คุณรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา			<input type="checkbox"/>
19. คุณรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก			<input type="checkbox"/>
20. คุณรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ๆ			<input type="checkbox"/>
21. คุณรู้สึกกระตือรือร้น			<input type="checkbox"/>
22. คุณรู้สึกสิ้นหวัง			<input type="checkbox"/>
23. คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ			<input type="checkbox"/>

ข้อความ	ความรู้สึกของท่าน		สำหรับผู้วิจัย
	ใช่	ไม่ใช่	
24. คุณอารมณ์เสื่อง่ายกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ อยู่เสมอ			<input type="checkbox"/>
25. คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ			<input type="checkbox"/>
26. คุณมีความตั้งใจในการทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ไม่นาน			<input type="checkbox"/>
27. คุณรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า			<input type="checkbox"/>
28. คุณไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น			<input type="checkbox"/>
29. คุณตัดสินใจอะไรได้เร็ว			<input type="checkbox"/>
30. คุณมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน			<input type="checkbox"/>
รวมคะแนน			

หมายเหตุ

คำตอบ

ข้อคำถามที่

คะแนน

ใช่

2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26, 28

1 คะแนน

ไม่ใช่

1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30

1 คะแนน

การแปลผลคะแนน ตามรายละเอียดดังนี้

0-12 คะแนน หมายถึง ปกติ

13-18 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

19-24 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง

25-30 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือทดลอง

ตัวอย่างแผนดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ครั้งที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง

แนวคิด

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดเลือดสมอง จะส่งผลกระทบต่อความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดเลือดสมอง สาเหตุที่สำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดเลือดสมอง คือการที่ผู้สูงอายุมีการสูญเสียพลังอำนาจจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองได้ และต้องพึ่งพาศูนย์บุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ถ้าผู้สูงอายุไม่ได้รับการแก้ไขการสูญเสียพลังอำนาจ และเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความนับถือในตนเอง จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการพยายามทำให้บุคคลยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง ทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องโดยในขั้นตอนนี้จะมีการตอบสนองของบุคคลทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (Emotional) ด้านสติปัญญา (Cognitive) และด้านพฤติกรรม (Behavioral) สำหรับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดเลือดสมองที่สร้างขึ้นนี้ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ช่วยให้ผู้รับบริการยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง ซึ่งถือเป็นความคิดที่มีต่อตนเองด้านบวก และช่วยลดความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีต่อตนเองได้ โดยเป็นการสนับสนุนให้ผู้รับบริการประเมินสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมทั้งเป็นการกระตุ้นให้เกิดการยอมรับหรือตระหนักรู้กับสภาพของตนเองได้ตามสภาพความเป็นจริง ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดเลือดสมองมีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจด้านการตระหนักรู้ในตนเอง เกิดจากผู้สูงอายุสามารถค้นหาและประเมินสภาพของตนเองได้ตามความเป็นจริง ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเองส่งผลถึงการลดภาวะซึมเศร้าได้

วัตถุประสงค์

1. สร้างบรรยากาศเป็นกันเองและสร้างความไว้วางใจระหว่างพยาบาล กับผู้สูงอายุและครอบครัว
2. ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวระบายความรู้สึกไม่สบายใจ และทำให้รู้สึกผ่อนคลาย
3. ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับพยาบาลได้

ผู้จัดกิจกรรม นายชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดเลือดสมอง และครอบครัว

สถานที่ บ้านผู้สูงอายุ

ระยะเวลา 60 นาที

สื่อประกอบกิจกรรม

- แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ครั้งที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง

- แผ่นพับชี้แจงรายละเอียดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ขั้นตอนการดำเนินการ	เนื้อเรื่องและตัวอย่างการใช้แนวคำถามนำ	ระยะเวลา
1. จัดสิ่งแวดล้อม สถานที่ และบรรยากาศให้เป็นส่วนตัว อยู่ในที่ซึ่งไม่พลุกพล่าน ผู้สูงอายุนั่งเอนบนเตียง ครอบครัว และพยาบาลนั่งเก้าอี้ข้างเตียง	พยาบาล: กล่าวทักทาย “สวัสดีครับ คุณสะดวกไหม ถ้าจะมาขอเยี่ยมอาการผู้ป่วย ครอบครัว และพูดคุยด้วย” ผู้สูงอายุ:..... ครอบครัว:.....	2 นาที
2. พยาบาลแนะนำตนเองกับผู้สูงอายุและครอบครัว และกล่าวทบทวนการยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม	พยาบาล: บอกชื่อตนเองและบอกกิจกรรม เช่น “ผมชื่อ.....เป็นพยาบาล จะมาขอเยี่ยม และพูดคุยกับคุณ และครอบครัวในเวลาที่คุณและครอบครัวสะดวก เพื่อคุณและครอบครัวจะได้รับทราบข้อมูลที่นำเสนอเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ” พยาบาล: กล่าวทบทวนการยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม เช่น “ไม่ทราบว่าคุณและครอบครัวจะอนุญาตให้เยี่ยม และพูดคุยได้หรือเปล่า” ผู้สูงอายุ:..... ครอบครัว:..... พยาบาล: กล่าวเปิดโอกาสให้สิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมสนทนา “หากคุณและครอบครัวไม่พร้อม ก็ไม่เป็นไรนะครับ ไม่ต้องกลัวจะมีผลต่อการรักษาของคุณ” ผู้สูงอายุ:..... ครอบครัว:.....	3 นาที
3. พยาบาลกล่าวแนะนำการเข้าร่วมโปรแกรมให้กับผู้สูงอายุและครอบครัวได้รับทราบ (มอบแผ่นพับรายละเอียดของโปรแกรมให้ผู้สูงอายุและครอบครัว)	พยาบาล: “ถ้าคุณและครอบครัวสนใจจะพูดคุยกัน และอนุญาตให้ผมมาเยี่ยม ผมจะขออนุญาตเล่ารายละเอียดต่างๆ ให้คุณและครอบครัวทราบ สักเล็กน้อย ซึ่งการเยี่ยมลักษณะนี้เรียกว่า โครงการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยที่ผมจะมาพบคุณ และติดตามเยี่ยมบ้าน รวมทั้งหมด 4 ครั้ง	5 นาที

ขั้นตอนการดำเนินการ	เนื้อเรื่องและตัวอย่างการใช้แนวคำถามนำ	ระยะเวลา
	<p>ในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ซึ่งแต่ละครั้งจะมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของคุณ เชื่อว่าจะเป็นการช่วยให้คุณและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งในแต่ละครั้งจะมีรายละเอียดตามเอกสารนี้”</p> <p>ผู้สูงอายุ:.....</p> <p>ครอบครัว:.....</p> <p>พยาบาล: ให้ผู้สูงอายุ และครอบครัวอ่านรายละเอียด และในกรณีที่ไม่สามารถอ่านได้พยาบาลอาจจะอธิบายสรุปให้ฟัง พร้อมทั้งสังเกตอาการปฏิกิริยาของผู้สูงอายุและครอบครัวว่ามีความสนใจมากน้อยเพียงใด</p> <p>พยาบาล: “เมื่อคุณและครอบครัวได้ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการแล้ว คุณและครอบครัวมีอะไรจะสอบถามเพิ่มเติมบ้างครับ”</p> <p>ผู้สูงอายุ:.....</p> <p>ครอบครัว:.....</p>	
<p>4. พยาบาลกล่าวนำเปิดการสนทนาเกี่ยวกับสภาพทั่วไปของผู้สูงอายุ สภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุและครอบครัวขณะอยู่โรงพยาบาล</p>	<p>พยาบาล: “พักอยู่ที่นี้ เป็นอย่างไรบ้างครับ ได้รับความสะดวกสบายหรือเปล่าครับ” หรือ “พักผ่อนนอนหลับได้ดีมั๊ยครับในช่วงนี้”</p> <p>ผู้สูงอายุ:.....</p> <p>ครอบครัว:.....</p> <p>พยาบาล: รับฟังผู้สูงอายุและครอบครัวเล่าถึงสภาพทั่วไปและความรู้สึกต่างๆ ให้ความสนใจเนื้อหาอื่นๆ พร้อมกับพยักหน้าและสบตาขณะที่ผู้สูงอายุพูดด้วยท่าทางที่ตั้งใจและผ่อนคลาย</p>	5 นาที
<p>5. พยาบาลให้ผู้สูงอายุเล่าสภาพปัญหา และความรู้สึกต่อปัญหาการเจ็บป่วย</p>	<p>พยาบาล: ถามถึงอาการปัจจุบันของผู้สูงอายุ “ตอนนี้คุณหมอบอกเกี่ยวกับอาการอย่างไรบ้าง” หรือ “คุณรู้สึกต่ออาการเจ็บป่วยขณะนี้อย่างไรบ้าง”</p> <p>ผู้สูงอายุ:.....</p>	5 นาที
<p>6. พยาบาลให้ครอบครัวแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุ</p>	<p>พยาบาล: “คุณมีความคิดเห็นอย่างไรบ้างเกี่ยวกับสภาพที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ”</p> <p>ครอบครัว:.....</p>	5 นาที

ขั้นตอนการดำเนินการ	เนื้อเรื่องและตัวอย่างการใช้แนวคำถามนำ	ระยะเวลา
7. พยาบาลให้ผู้สูงอายุบอกปัญหาที่ทำให้เกิดความยุ่งยากใจ	<p>พยาบาล: หลังจากที่ผู้สูงอายุและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก พยาบาลอาจกล่าวให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว “ผมรู้สึกเห็นใจคุณมาก และผมจะพยายามประสานงานเพื่อให้คุณได้รับการดูแลที่ดีที่สุด” แล้วจึงเริ่มต้นกล่าวกระตุ้นให้ผู้สูงอายุสำรวจปัญหา เช่น “สำหรับอาการเจ็บป่วยขณะนี้ คุณคิดว่าอะไรคือสิ่งที่มีความยุ่งยาก” หรือ “มีอะไรหนักใจบ้างครับ”</p> <p>ผู้สูงอายุ:.....</p>	5 นาที
8. พยาบาลให้ผู้สูงอายุเล่าโดยไม่ต้องเน้นเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึกไม่สบายใจ	<p>พยาบาล: “ยังมีเรื่องอื่นๆ อีกมั๊ยครับ ที่คุณอยากจะเล่าให้ผมฟัง”</p> <p>ผู้สูงอายุ:.....</p>	5 นาที
9. พยาบาลให้ครอบครัวบอกเล่าปัญหา และความต้องการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุตามการรับรู้ในบทบาทของครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ	<p>พยาบาล: “ในฐานะที่คุณเป็นบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุ คุณคิดว่ามีเรื่องใดบ้างที่เป็นปัญหาสำหรับคุณ”</p> <p>ครอบครัว:.....</p> <p>พยาบาล: “ในบทบาทที่คุณต้องดูแลผู้สูงอายุในระยะต่อจากนี้ไป คุณคิดว่าคุณมีความต้องการอย่างไรในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวของคุณ”</p> <p>ครอบครัว:.....</p>	5 นาที
10. พยาบาลให้ผู้สูงอายุบอกความรู้สึกหลังจากที่ได้ระบายความรู้สึกยุ่งยากต่างๆ เพื่อประเมินสภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุ	<p>พยาบาล: “หลังจากที่คุณได้พูดในสิ่งต่างๆ ในวันนี้แล้ว คุณรู้สึกอย่างไรบ้างครับ”</p> <p>ผู้สูงอายุ:.....</p> <p>พยาบาล: สังเกตอาการปฏิกิริยาของผู้สูงอายุขณะที่พูดถึงความรู้สึก</p>	5 นาที
11. พยาบาลให้ครอบครัวบอกความรู้สึก หลังจากระบายความรู้สึกเกี่ยวกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ และปัญหาเกี่ยวกับการดูแล เพื่อประเมินความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ	<p>พยาบาล: “ในบทบาทของครอบครัวผู้สูงอายุหลังจากที่คุณได้พูดในสิ่งต่างๆ ในวันนี้แล้ว คุณรู้สึกอย่างไรบ้างครับ”</p> <p>ครอบครัว:.....</p> <p>พยาบาล: สังเกตอาการปฏิกิริยาของครอบครัวขณะที่พูดถึงความรู้สึก</p>	5 นาที

ขั้นตอนการดำเนินการ	เนื้อเรื่องและตัวอย่างการใช้แนวคำถามนำ	ระยะเวลา
12. พยาบาลสรุปประเด็นการสนทนา	พยาบาล: กล่าวสรุปประเด็นในการร่วมกิจกรรม การค้นพบสภาพการณ์จริง และสังเกต อากัปกริยาผู้สูงอายุและครอบครัวขณะที่ พยาบาลสรุปประเด็นการสนทนา	5 นาที
13. พยาบาลกล่าวปิดการสนทนา และนัดผู้สูงอายุและครอบครัวในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม ในครั้งต่อไป	พยาบาล: “สำหรับวันนี้ ผมคงจะต้องขอลากลับ ก่อน และเราจะพบกันอีกครั้งต่อไปเพื่อช่วยกันคิด หาแนวทางในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ว่า จะต้องทำอะไรกันบ้าง เมื่อผู้สูงอายุออกจาก โรงพยาบาลแล้ว ในวันที่.....เวลา..... สวัสดีครับ”	5 นาที

การประเมินผล

- สังเกตการมีส่วนร่วมในกิจกรรม
- สังเกตความสนใจและการซักถาม

บันทึกสรุปประเด็นสำคัญจากกิจกรรมขั้นตอนการค้นพบสภาพการณ์จริง

- สภาพปัญหา/ความต้องการการช่วยเหลือของผู้สูงอายุ และครอบครัว

.....

.....

.....

.....

.....

- ความรู้สึกของผู้สูงอายุ และครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมการค้นพบสภาพการณ์จริง

.....

.....

.....

.....

.....

- พฤติกรรมของผู้สูงอายุ และครอบครัวที่สังเกตได้

.....

.....

.....

.....

.....

ครั้งที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

แนวคิด

การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาและเกิดความคับข้องใจมากขึ้นก็จะส่งผลให้บุคคลพัฒนาตนเองเพื่อการเปลี่ยนแปลง บุคคลจะกลับมามองปัญหา ประเมิน วิเคราะห์สถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่างๆ ให้เข้าใจชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ระยะนี้ช่วยให้บุคคลเกิดการพัฒนาความรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมตนเอง และกล้าที่จะเผชิญความจริง ทำให้เปลี่ยนความคิดจากเดิมที่คิดว่าตนเองไม่สามารถดูแลตนเองได้ดี ก็จะเกิดความคิดว่าตนเองไม่ได้ไร้ความสามารถ สิ่งที่ได้กระทำมีความสำคัญที่จะช่วยให้ตนเองมีอำนาจดีขึ้น บุคคลจะได้มาซึ่งทางเลือกต่างๆ ในการปฏิบัติหลังจากการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างละเอียด รับรู้ถึงความเข้มแข็งของตนเอง ความสามารถของตนเอง เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจ ทักษะในการดูแลตนเอง กล่าวได้ว่าขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณมีความสำคัญนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม ช่วยให้บุคคลรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้ บุคคลจะมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถและมีพลังมากขึ้น สำหรับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นนี้เป็นกิจกรรมที่พยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ช่วยให้ผู้รับบริการมีทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา การแสวงหาทางเลือก โดยพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ๆ ใน การที่จะช่วยแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม ขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม ช่วยทำให้บุคคลรับรู้พลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้บุคคลจะมีความเข้มแข็ง มีความสามารถ และมีพลังมากขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้รับบริการพัฒนาความรู้สึกมีพลังที่จะใช้ในการจัดการกับความ ต้องการในชีวิตประจำวัน รวมทั้งการควบคุมตนเองหรือสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจด้าน พลังงาน เกิดจากผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองมีความสามารถที่จะควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเองส่งผลถึงการลดภาวะซึมเศร้าได้

วัตถุประสงค์

1. ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้ใช้ความสามารถในการเรียนรู้และคิดพิจารณาไตร่ตรอง เพื่อทำความเข้าใจสภาพปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ
2. ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเรียนรู้และหาแนวทางที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ
3. ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวตระหนักถึงความเข้มแข็ง และมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีอาการที่ดีขึ้น

ผู้จัดกิจกรรม นายชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และครอบครัว

สถานที่ บ้านผู้สูงอายุ

ระยะเวลา 90 นาที

สื่อประกอบกิจกรรม

- แผนดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ครั้งที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ
- วิดีทัศน์ภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย 3 เรื่อง ได้แก่
 - 1) ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป
 - 2) สิ่งดีๆ ที่เกิดขึ้นได้ อยู่ที่ใจของเรา
 - 3) ทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
- คู่มือ “ดูแลอย่างเป็นสุข ไร้ทุกข์ ไร้โรค อยู่กับโรคหลอดเลือดสมอง” สำหรับครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ครั้งที่ 3 การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ

แนวคิด

การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาที่ตนคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด การตัดสินใจจะอยู่ภายใต้เงื่อนไข คือ เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ เหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์ สร้างความยอมรับและสามารถเปิดกว้างในการที่บุคคลอื่นจะนำไปใช้เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ สำหรับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นนี้ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว สนับสนุนให้ผู้รับบริการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองตามที่ได้ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด เมื่อผู้รับบริการสามารถปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการที่ตนเองได้เลือกและกำหนดได้ด้วยตนเอง จะทำให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงความสามารถทางด้านร่างกายและอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ อันนำไปสู่การมองเห็นคุณค่าและการนับถือตนเองเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการที่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจด้านกายภาพและพลังงาน เกิดจากผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าคุณมีความสามารถ ศักยภาพด้านร่างกาย ที่จะควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเองส่งผลถึงการลดภาวะซึมเศร้าได้

วัตถุประสงค์

1. ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้แสวงหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองตามความต้องการและความสนใจของตนเองเพื่อตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ
2. ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวพัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหา พัฒนาความสามารถและความเข้มแข็งของจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเอง และรู้สึกมีพลังอำนาจที่จะสามารถจัดการกับปัญหา และตอบสนองความต้องการของตนเองได้ โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และชี้แนะอย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้สำเร็จตามเป้าหมาย

ผู้จัดกิจกรรม นายชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และครอบครัว

สถานที่ บ้านผู้สูงอายุ

ระยะเวลา 90 นาที

สื่อประกอบกิจกรรม

- แผนดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ครั้งที่ 3 การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ
- คู่มือ “ดูแลอย่างเป็นสุข ไร้ทุกข์ ไร้โรค อยู่กับโรคหลอดเลือดสมอง” สำหรับครอบครัวผู้สูงอายุ

ครั้งที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า

แนวคิด

การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในระยะนี้เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามวิธีการที่เลือกปฏิบัติ พยาบาลและผู้ป่วยจะร่วมมือกันแก้ไขปัญหา และเมื่อนำวิธีการที่เลือกไปใช้ในการปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลจะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลัง มีความสามารถ มีศักยภาพในตนเอง และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหาที่ แม้ว่าสถานการณ์จะเปลี่ยนแปลงไป สำหรับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างขึ้นนี้ เป็นกิจกรรมการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวพูดถึงความรู้สึกในการเข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ การทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 1-3 ให้กับผู้สูงอายุและครอบครัว การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวบอกกิจกรรมและการให้การดูแลของครอบครัวที่ปฏิบัติแล้วได้ผลดีเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตประจำวัน การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวบอกปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดูแล การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวหาแนวทางแก้ปัญหาาร่วมกันเพื่อส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติที่ต่อเนื่อง การกล่าวชื่นชมผู้สูงอายุและครอบครัวที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลได้อย่างเหมาะสม การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุและครอบครัวร่วมกันตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุร่วมกันให้เกิดผลดีและปฏิบัติตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

1. ให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเกิดความรู้สึกมั่นใจในวิธีปฏิบัติดูแลสุขภาพที่ได้ผ่านการตัดสินใจเลือกอย่างเหมาะสม เพื่อให้คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่าต่อไป
2. ยุติโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้การสิ้นสุดสัมพันธภาพดำเนินไปอย่างเหมาะสม

ผู้จัดกิจกรรม นายชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และครอบครัว

สถานที่ บ้านผู้สูงอายุ

ระยะเวลา 60 นาที

สื่อประกอบกิจกรรม

- ภาพถ่ายการร่วมกิจกรรมระหว่างผู้สูงอายุ ครอบครัว และพยาบาล

ตัวอย่างวีดิทัศน์ภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย



ตัวอย่างวีดิทัศน์ภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย



ตัวอย่างวีดิทัศน์ภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย



ตัวอย่างบทวิพากษ์ภาพหนึ่งประกอบคำบรรยาย
เรื่อง ทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง


ลำดับ	ภาพ	เสียงบรรยาย
1	ข้อความ “ทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง”	(ตลอดการบรรยายมีเพลงบรรเลงประกอบ) “ทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง”
2	ภาพผู้สูงอายุเพศหญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการอัมพาต หรือแขนขาอ่อนแรง ภาพผู้สูงอายุเพศหญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีสีหน้าท่าทางวิตกกังวล เศร้าหมอง ไม่สดชื่นแจ่มใส	“ภายหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการสูญเสียความสามารถในการควบคุมร่างกายของตนเอง โดยมีอาการแขนขาอ่อนแรง หรือการเป็นอัมพาต ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเคยกระทำได้มาก่อน ทำให้ต้องตกอยู่ในภาวะพึ่งพาบุคคลอื่นในการช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกจากนั้นยังรวมถึงผลกระทบด้านจิตใจที่จะทำให้ผู้สูงอายุวิตกกังวล กลัว คับข้องใจ รู้สึกไร้ประโยชน์ ไร้คุณค่า ซึ่งเป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพได้มาก”
3	ภาพผู้สูงอายุเพศหญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองฝึกกายภาพบำบัด	“ดังนั้น เพื่อเป็นการจัดการกับผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจึงต้องปฏิบัติตามทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิตหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิตดังกล่าวนี้ ก็คือ การปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองนั่นเอง”
4	ข้อความ “การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” ภาพผู้สูงอายุเพศหญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองฝึกกิจวัตรประจำวัน เช่น รับประทานอาหาร ภาพผู้สูงอายุเพศหญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองฝึกเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วย	“การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกระบวนการรักษาแบบองค์รวม โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุฟื้นตัวมากที่สุด หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเคลื่อนไหวช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพของตนเอง การฟื้นฟูสมรรถภาพจะสำเร็จได้ผลดีไม่น้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ทีมผู้ให้การรักษาระยะเวลาที่เริ่มรักษา และสิ่งที่สำคัญที่สุด คือ ความร่วมมือของผู้สูงอายุ และครอบครัวนั่นเอง”

ลำดับ	ภาพ	เสียงบรรยาย
5	<p>ภาพผู้สูงอายุเพศหญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองรับประทานยาเพื่อรักษาอาการ</p> <p>ภาพผู้สูงอายุเพศหญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองฝึกเดินโดยมีครอบครัวช่วยเหลือ</p> <p>ภาพผู้สูงอายุเพศหญิงโรคหลอดเลือดสมองไหว้พระ แสดงถึงการปรับตัวทางด้านจิตสังคม</p>	<p>“ทางเลือกใหม่ในการปฏิบัติตัวเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองนั้น มีความครอบคลุมในหลายมิติด้วยกัน ประกอบด้วย การปฏิบัติเพื่อป้องกัน ฝ้าระวัง รักษาความเจ็บป่วย และภาวะแทรกซ้อน การปรับเปลี่ยนกิจกรรมต่างๆ ให้เหมาะสมกับความพิการที่เหลืออยู่ การฝึกหัดให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด โดยเป็นภาระแก่ครอบครัวน้อยที่สุด การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุและครอบครัวยอมรับและปรับตัวทางจิตสังคม รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลับเข้าร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและสังคม”</p>
6	<p>ข้อความ “ทางเลือกในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ”</p>	<p>“ทางเลือกในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ”</p>
7	<p>ข้อความ “การทำกายภาพบำบัดด้วยตนเอง”</p> <p>ภาพผู้สูงอายุเพศหญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองฝึกเคลื่อนไหวข้อต่อด้วยตนเอง</p>	<p>“การทำกายภาพบำบัดด้วยตนเอง โดยการยืด แขนขึ้นและลง การงอและเหยียดข้อศอก การกระดกข้อมือขึ้นและลง การยกสะโพกขึ้นและลง การลุกนั่งข้างเตียง การฝึกลุกยืนและการฝึกยืน การฝึกเดิน การเคลื่อนย้ายจากเตียงไปรถเข็น การเคลื่อนย้ายจากรถเข็นไปที่เตียง การปฏิบัติดังที่กล่าวนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดข้อยึดติดและกล้ามเนื้อลีบอ่อนแรง”</p>
8	<p>ข้อความ “การฝึกกิจวัตรประจำวัน”</p> <p>ภาพผู้สูงอายุเพศหญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองฝึกกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทาน อาหาร การฝึกช่วยเหลือตนเองในการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายตนเองจากเตียงมารถเข็น การอาบน้ำ</p>	<p>“ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องฝึกฝนวิธีการช่วยเหลือตนเอง ตลอดจนการใช้อุปกรณ์ในการช่วยเหลือที่จำเป็น เพื่อทดแทนร่างกายส่วนที่ไม่สามารถทำงานได้”</p> <p>“ชนิดของกิจวัตรประจำวันที่ต้องฝึกฝนในการดูแลตนเอง ได้แก่ การฝึกการรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การตกแต่งทรงผม การดูแลฟัน การโกนหนวดเครา การดูแลตกแต่งทรงผม การดูแลฟัน การแต่งตัว การขับถ่าย รวมถึงการเคลื่อนย้ายตนเองไปในที่ต่างๆ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนี้ ผู้สูงอายุที่มีอาการอ่อนแรงของแขนขาข้างใดข้าง</p>

ลำดับ	ภาพ	เสียงบรรยาย
		หนึ่งสามารถใช้แขนข้างที่มีแรงปกติในการปฏิบัติ จะทำให้ผู้สูงอายุทำได้เอง แต่ช่วงแรกบุคคลในครอบครัวต้องให้การช่วยเหลือ จนกว่าผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้การใช้แขนขาที่ตีมาดูแลตนเองได้”
9	ข้อความ “การฟื้นฟูสภาพจิตใจตนเองหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง” ภาพผู้สูงอายุเพศหญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ฟังดนตรี ดูโทรทัศน์ พูดคุยกับบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน	“การฟื้นฟูสภาพจิตใจตนเองหลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เมื่อมีความไม่สบายใจ หรือความยุ่งยากใจจะต้องฝึกกิจกรรมที่ทำให้ตนเองรู้สึกผ่อนคลาย เพื่อลดความวิตกกังวล ความเครียด และเป็นการผ่อนคลายไปในตัว กิจกรรมที่สามารถทำได้ เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย การฝึกการหายใจเข้าออก การฝึกสมาธิ การฟังดนตรี การดูโทรทัศน์ เป็นต้น”
10	ข้อความ “ครอบครัวกับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง”	“ครอบครัวกับการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง”
11	ภาพผู้สูงอายุเพศหญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีกิจกรรมร่วมกับบุคคลในครอบครัว เช่น การรับประทานอาหารร่วมกัน การนั่งพูดคุยกัน	“บุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุกลับไปอยู่ที่บ้านแล้ว ผู้สูงอายุต้องดำเนินชีวิตอยู่กับบุคคลในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวในด้านการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลทางด้านจิตใจ โดยการใช้เวลาในการพูดคุยกับผู้สูงอายุ การให้กำลังใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจที่ดี และมีความก้าวหน้าที่ดีในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้เหมือนปกติได้เร็วมากขึ้น”
12	ภาพผู้สูงอายุเพศหญิงที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง นั่งพูดคุยกับครอบครัว และพยาบาลด้วยสีหน้าท่าทางยิ้มแย้มแจ่มใส และความสุข	“จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีทางเลือกในการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้หลายแนวทางด้วยกัน เพื่อทำให้ตนเองมีความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพของตนเอง ซึ่งทางเลือกต่างๆ นั้นล้วนแล้วแต่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุเองทั้งสิ้น แต่อย่างไร

ลำดับ	ภาพ	เสียงบรรยาย
		ก็ตามการปฏิบัติตามทางเลือกต่างๆ นั้น ผู้สูงอายุไม่ได้ปฏิบัติโดยลำพัง แต่ยังมีบุคคลในครอบครัวให้การสนับสนุน และให้กำลังใจอย่างเต็มที่ และนอกจากนั้นยังมีบุคลากรทางด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นพยาบาล แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่อื่นๆ ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพอย่างยั่งยืน”
13	ข้อความ “จัดทำโดย นายชอุทิศ วรวิชญพงศ์ นิสิตปริญญาโทบริหารธุรกิจ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย” “อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา”	(ดนตรีบรรเลง)

ตัวอย่างแผนพับชี้แจงรายละเอียดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม



รายละเอียดโปรแกรม

การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
สำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง



โดย
นายชยาฤทธิ์ วรรณบุญพงศ์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นิสิตปริญญาโทบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา
รองศาสตราจารย์ ดร.ธีรพร เกศพิชญวัฒนา


การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

สำหรับผู้ใช้เขาไม้เท้าหรือรถเข็น

» การให้ครอบครัวรับฟังสภาพปัญหาผู้สูงอายุ และความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทครอบครัวต่อการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุปฏิบัติตามทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิต

» การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเรียนรู้ด้วยตนเองจากการชมวีดิทัศน์ บอกความรู้สึกที่ได้เรียนรู้ ซักถามเพิ่มเติม พูดสิ่งที่สนใจจากการชมวีดิทัศน์

» พยาบาลให้กำลังใจ เสริมแรงผู้สูงอายุที่จะปฏิบัติตามทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิต และครอบครัวที่จะสนับสนุนการปฏิบัติของผู้สูงอายุ และมอบคู่มือการดูแลผู้สูงอายุสำหรับครอบครัว



การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม


สำหรับผู้ใช้เขาน้ำหรือรถเข็น

» พยาบาลให้คำแนะนำ คำปรึกษา และสอนทักษะการปฏิบัติดูแลที่จำเป็นให้กับผู้สูงอายุและครอบครัว และส่งเสริมให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

» กิจกรรมการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า

» การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวพูดความรู้สึกในการร่วมกิจกรรม บอกกิจกรรมที่ปฏิบัติแล้วได้ผลดี บอกปัญหาการปฏิบัติ หาแนวทางแก้ปัญหาพร้อมกัน และตั้งเป้าหมายการปฏิบัติต่อเนื่อง

» พยาบาลทบทวนกิจกรรมผ่านภาพถ่าย ประทับใจในการร่วมกิจกรรม กล่าวสนับสนุน และชื่นชมผู้สูงอายุและครอบครัวที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง



การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

สำหรับผู้ใช้เขาไม้เท้าหรือรถเข็น

ประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรม

▶ ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้เข้าร่วมกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการเพิ่มพลังอำนาจในตนเองในการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวัน และส่งเสริมความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

▶ บุคคลในครอบครัวที่ได้รับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะได้เข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจ และยอมรับในสภาพที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ สามารถปฏิบัติในการดูแลเมื่อผู้สูงอายุกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างมั่นใจ นอกจากนี้ยังมีแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้สูงอายุด้วย



การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

สำหรับผู้ใช้บริการหลอดเลือดสมอง

ตารางการจัดกิจกรรม

ครั้งที่	วัน/เวลา	กิจกรรม
1		<ul style="list-style-type: none"> ☑ กิจกรรมการสัมพบสถาปนากิจกรรมจริง ☑ ระยะเวลา 60 นาที ☑ สถานที่ บ้านผู้สูงอายุ
2		<ul style="list-style-type: none"> ☑ กิจกรรมการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ☑ ระยะเวลา 90 นาที ☑ สถานที่ บ้านผู้สูงอายุ
3		<ul style="list-style-type: none"> ☑ กิจกรรมการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ ☑ ระยะเวลา 90 นาที ☑ สถานที่ บ้านผู้สูงอายุ
4		<ul style="list-style-type: none"> ☑ กิจกรรมการลงมือซึ่งการปฏิบัติที่คิดค้น ☑ ระยะเวลา 60 นาที ☑ สถานที่ บ้านผู้สูงอายุ



การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

สำหรับผู้ใช้บริการหลอดเลือดสมอง

รายละเอียดของกิจกรรม

กิจกรรมการสัมพบสถาปนากิจกรรมจริง

- ▶ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุและครอบครัว
- ▶ การให้ผู้สูงอายุเล่าสภาพการเจ็บป่วย บอกปัญหาที่ทำไม่ได้อย่างใจ เล่าความรู้สึกไม่สบายใจ
- ▶ การได้ครอบครัวแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ บอกเล่าปัญหาและความต้องการตามการรับรู้ในบทบาทของครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ
- ▶ พยาบาลสรุปประเด็นการสัมพบสถาปนากิจกรรมจริง

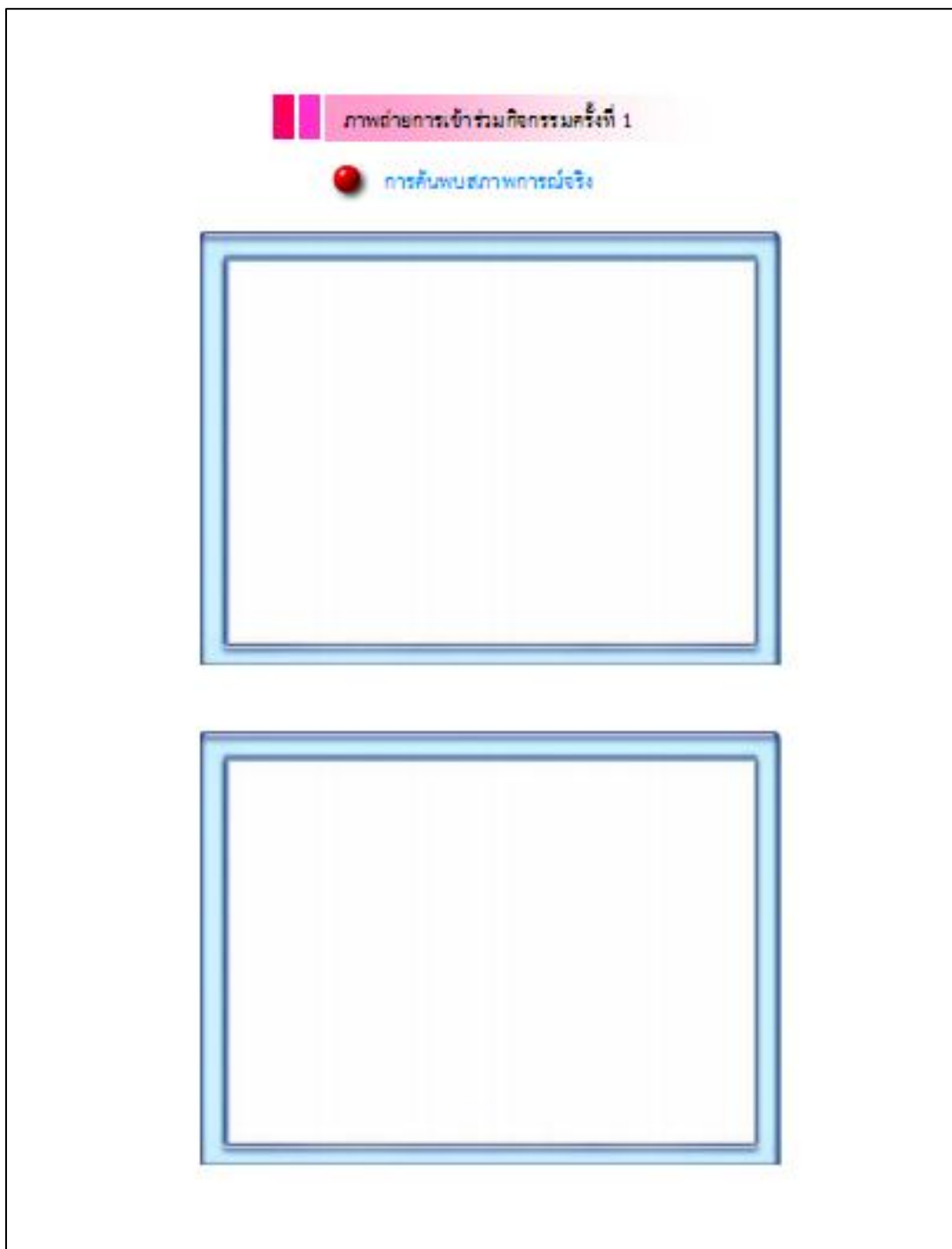
กิจกรรมการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

- ▶ การให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นต่อสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง เล่าสถานการณ์ความเครียดและวิธีจัดการความเครียดในอดีต บอกความรู้สึกเครียดและการเรียนรู้ในปัจจุบัน แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางเพื่อให้เกิดสิ่งดี และความสามารถปฏิบัติตามทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิต

การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

สำหรับผู้ใช้บริการหลอดเลือดสมอง

ตัวอย่างกรอบภาพถ่ายการร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม



ตัวอย่างคู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับครอบครัว
เรื่อง “ดูแลอย่างเป็นสุข ไร้ทุกข์ ไร้โรค อยู่กับโรคหลอดเลือดสมอง”



ดูแลอย่างเป็นสุข ไร้ทุกข์ ไร้โรค อยู่กับโรคหลอดเลือดสมอง

คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
สำหรับครอบครัว



จัดทำโดย

นายชาตฤทธิ วรรณพงษ์

นิสิตปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

คู่มือการดูแล

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คำนำ

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่มีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุทั้งสิ้น โดยเฉพาะในกรณีที่มีผู้สูงอายุเกิดโรคหลอดเลือดสมองในครั้งแรก จะทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการดูแลสำหรับครอบครัว ผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ดังนั้นครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความก้าวหน้าฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองให้ได้มากที่สุด

ด้วยเหตุนี้ คู่มือ “ดูแลอย่างเป็นสุข ไร้ทุกข์ ไร้โรค อยู่กับโรคหลอดเลือดสมอง” เล่มนี้ จึงได้ถูกจัดทำขึ้นเพื่อเป็นประโยชน์สำหรับครอบครัวผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ประสบปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการมีส่วนร่วมในการดูแล อีกทั้งยังช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีท่ามกลางปัญหา หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยจากโรคหลอดเลือดสมอง

ชาอุทัย วรวิชญพงศ์
พฤศจิกายน 2555

สารบัญ


เรื่อง	หน้า
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ	1
โรคหลอดเลือดสมองคืออะไร	1
สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง	2
อาการของโรคหลอดเลือดสมอง	3
การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง	4
ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อผู้สูงอายุ และครอบครัว	5
การดูแลด้านจิตใจสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	6
ปฏิกิริยาทางจิตใจที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	6
แนวทางการดูแลด้านจิตใจผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	7
การดูแลด้านร่างกายสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	10
การทำกายภาพบำบัดผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	10
การจัดท่านอน	10
การเคลื่อนไหวข้อต่อ	
และการเคลื่อนย้ายตัวผู้สูงอายุเอง	11
การยกแขนขึ้นและลง	11
การงอและเหยียดข้อศอก	11
การระดกข้อมือขึ้นและลง	12
การยกสะโพกขึ้นและลง	12
การลุกนั่งข้างเดียว	13
การฝึกนั่ง	13
การฝึกลุกยืนและการฝึกยืน	14
การฝึกเดิน	14
การเคลื่อนย้ายตัวจากเตียงไปรถเข็น	15
การเคลื่อนย้ายตัวจากรถเข็นไปเตียง	16


 สารบัญ


เรื่อง	หน้า
การฝึกกิจวัตรประจำวัน	17
ชนิดของกิจวัตรประจำวันทางร่างกายขั้นพื้นฐาน	17
การดูแลทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	19
การเลือกอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	19
การใช้ยาในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	20
การฝึกผ่อนคลายความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง	22
การฝึกหายใจและคลายกล้ามเนื้อ	22
การฝึกการหายใจ	23
การทำสมาธิเบื้องต้น	24
การใช้เทคนิคความเย็น	25
เอกสารอ้างอิง	26

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมองคืออะไร

 โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง ทำให้เกิดการรบกวนต่อระบบการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้เซลล์สมองถูกทำลาย และสูญเสียการทำงานที่ของร่างกายที่สมองส่วนนั้นควบคุมการทำงานอยู่ โดยผู้ป่วยจะแสดงอาการต่างๆ เช่น มีอาการแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ได้ หรือพูดไม่ชัด หรือที่นิยมเรียกกันว่า โรคอัมพฤกษ์หรืออัมพาต



 โรคหลอดเลือดสมองมีอุบัติการณ์สูงในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นสาเหตุของการเกิดความพิการที่สำคัญในผู้สูงอายุ

ถาม คำว่า อัมพฤกษ์ของคำว่า "โรคอัมพาต"

ตอบ คำว่า อัมพาต ในภาษาชาวบ้าน ก็หมายถึง โรคหลอดเลือดสมองซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติในระบบประสาทอย่างอัมพฤกษ์ โดยความหมายที่ไปก็ตรงหมายถึง แขนขาซีกใดซีกหนึ่งอ่อนแรงไปหรือเดินไม่ได้

คู่มือการดูแล

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวอย่างแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงการรับรู้พลังอำนาจของตัวท่านในระหว่างการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ขอให้ท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วพิจารณาว่าข้อความต่อไปนี้จะตรงกับความรู้สึกของท่านหรือไม่ มากน้อยเพียงใด จากนั้นให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียวและกรุณาตอบทุกข้อ โดยการเลือกตอบให้พิจารณาดังนี้

- มากที่สุด หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้นั้นตรงกับความรู้สึกหรือการรับรู้ของท่านมากที่สุด
 มาก หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้นั้นตรงกับความรู้สึกหรือการรับรู้ของท่านมาก
 ปานกลาง หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้นั้นตรงกับความรู้สึกหรือการรับรู้ของท่านปานกลาง
 น้อย หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้นั้นตรงกับความรู้สึกหรือการรับรู้ของท่านน้อย
 ไม่มีเลย หมายถึง ข้อความที่ระบุไว้นั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือการรับรู้ของท่านเลย

ข้อความ	ข้อความตรงกับความรู้สึกของท่าน				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่มีเลย
ด้านความรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง (ข้อ 1-6)					
1. ท่านสามารถทำความเข้าใจกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ยุ่งยากในขณะดูแลตนเอง					
2. ท่านสามารถเจรจาทอรองกับแพทย์และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม					
3. ท่านสามารถซักถามข้อข้องใจจากแพทย์และพยาบาลได้					
.....					
.....					
.....					
22. ท่านไม่ได้เป็นภาระของคนอื่น					
23. ท่านสามารถทำประโยชน์ต่อผู้อื่นได้แม้จะเจ็บป่วย					
24. ท่านสามารถนำประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองไปถ่ายทอดเพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น					



ภาคผนวก จ
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 7 คะแนนภาวะซึมเศร้า จำแนกตามกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อน	หลัง	ผลต่าง	ก่อน	หลัง	ผลต่าง
1	17	9	-8	15	12	-3
2	22	10	-12	24	21	-3
3	23	8	-15	22	16	-6
4	18	9	-9	17	15	-2
5	21	11	-10	22	18	-4
6	21	10	-11	22	18	-4
7	18	10	-8	18	15	-3
8	15	7	-8	16	14	-2
9	21	10	-11	20	17	-3
10	20	10	-10	23	19	-4
11	20	11	-9	22	19	-3
12	17	7	-10	17	16	-1
13	21	10	-11	23	20	-3
14	20	10	-10	23	20	-3
15	17	7	-10	15	13	-2
16	22	10	-12	19	16	-3
17	17	9	-8	17	15	-2
18	21	10	-11	20	17	-3
19	17	9	-8	18	17	-1
20	17	7	-10	17	16	-1
Mean	19.25	9.20	-10.05	19.50	16.70	-2.80
SD	2.27	1.32	1.76	2.95	2.39	1.19

ตารางที่ 8 คะแนนภาวะซึมเศร้า ระดับภาวะซึมเศร้า และคะแนนการรับรู้พลังอำนาจ ในกลุ่มทดลอง

คนที่	ก่อนให้โปรแกรม			หลังให้โปรแกรม		
	คะแนนภาวะซึมเศร้า	ระดับภาวะซึมเศร้า	คะแนนการรับรู้พลังอำนาจ	คะแนนภาวะซึมเศร้า	ระดับภาวะซึมเศร้า	คะแนนการรับรู้พลังอำนาจ
1	17	เล็กน้อย	23	9	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	59
2	22	ปานกลาง	23	10	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	59
3	23	ปานกลาง	23	8	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	62
4	18	เล็กน้อย	22	9	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	63
5	21	ปานกลาง	22	11	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	63
6	21	ปานกลาง	24	10	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	63
7	18	เล็กน้อย	22	10	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	63
8	15	เล็กน้อย	20	7	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	61
9	21	ปานกลาง	24	10	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	56
10	20	ปานกลาง	23	10	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	59
11	20	ปานกลาง	21	11	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	57
12	17	เล็กน้อย	22	7	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	62
13	21	ปานกลาง	24	10	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	54
14	20	ปานกลาง	24	10	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	55
15	17	เล็กน้อย	26	7	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	66
16	22	ปานกลาง	29	10	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	65
17	17	เล็กน้อย	28	9	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	68
18	21	ปานกลาง	24	10	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	65
19	17	เล็กน้อย	24	9	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	65
20	17	เล็กน้อย	25	7	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	60

แสดงการหาค่าความเที่ยงเครื่องมือ
แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.783	24

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ข้อที่ 1	24.1333	14.878	.650	.754
ข้อที่ 2	24.2333	16.116	.309	.776
ข้อที่ 3	24.2667	16.409	.337	.775
ข้อที่ 4	23.8667	14.395	.750	.746
ข้อที่ 5	24.2667	16.271	.294	.777
ข้อที่ 6	24.2000	16.786	.224	.780
ข้อที่ 7	24.2667	16.616	.266	.778
ข้อที่ 8	24.2000	16.855	.199	.781
ข้อที่ 9	24.2000	16.234	.426	.771
ข้อที่ 10	24.2000	17.200	.042	.791
ข้อที่ 11	24.2667	16.202	.410	.771
ข้อที่ 12	24.2333	15.564	.571	.762
ข้อที่ 13	24.3000	16.562	.336	.775
ข้อที่ 14	24.3333	15.816	.419	.770
ข้อที่ 15	24.2333	16.254	.346	.774
ข้อที่ 16	24.2667	15.237	.500	.764
ข้อที่ 17	24.2667	17.099	.064	.790
ข้อที่ 18	24.4333	16.392	.191	.785
ข้อที่ 19	24.2000	16.579	.299	.777
ข้อที่ 20	24.3000	16.562	.240	.780
ข้อที่ 21	24.2667	16.754	.218	.781
ข้อที่ 22	24.2000	16.028	.381	.772
ข้อที่ 23	24.6667	17.057	.064	.791
ข้อที่ 24	24.8667	16.395	.216	.783

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายชาฤทธิ์ วรวิชัยพงศ์ เกิดวันพุธ ที่ 15 มิถุนายน พุทธศักราช 2526 ที่จังหวัดพิษณุโลก สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต โครงการร่วมผลิตบัณฑิตสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก เมื่อปีการศึกษา 2548 สำเร็จการฝึกอบรมระยะสั้นสาขาการสอนการพยาบาลในคลินิก ที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี เมื่อปีการศึกษา 2549 และเข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2553 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยวิกฤต (Intensive care unit) โรงพยาบาลเปาโล เมโมเรียล พหลโยธิน กรุงเทพมหานคร



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY