

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บสมอง (traumatic brain injury) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก และเป็นสาเหตุใหญ่ของการเสียชีวิตและทุพพลภาพ ในแต่ละปีสหรัฐอเมริกามีผู้บาดเจ็บสมอง 403 คน ต่อแสนประชากร ในจำนวนนี้ 85 คนต่อแสนประชากร ได้รับบาดเจ็บสมองในระดับรุนแรงและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในจำนวนของผู้ที่รอดชีวิตจากการบาดเจ็บสมองพบว่ามีประมาณ 70,000-90,000 คน ที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ สหรัฐอเมริกาสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมากกว่า 6 หมื่นล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี (Maas, Stocchetti & Bullock, 2008) สำหรับในประเทศไทย พบว่ามีจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 จำนวน 9,719 ราย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บสมอง (สำนักงานตำรวจแห่งชาติ, 2556) จากสถิติอุบัติเหตุจราจรในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีผู้พิการจากอุบัติเหตุจราจรกว่า 100,000 คน และมีผู้พิการรายใหม่เพิ่มประมาณ 5,000 คนต่อปี มูลค่าความสูญเสียประมาณ 2 แสนล้านบาทต่อปี (สำนักงานตำรวจแห่งชาติ, 2553)

การบาดเจ็บสมอง เกิดจากแรงภายนอกมากระทำต่อกะโหลกศีรษะและสมอง ทำให้เกิดความผิดปกติของการทำงานของสมอง ส่งผลให้เกิดความพิการของร่างกาย เกิดความบกพร่องของสติสัมปชัญญะ ความรู้สึนึกคิด จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย การเปลี่ยนแปลงภายหลังได้รับบาดเจ็บสมองมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่การบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้เหมือนปกติ ไปจนถึงการได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือสูญเสียสมรรถภาพ (Reilly & Bullock, 2005) ซึ่งการสูญเสียสมรรถภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่พบ ได้แก่ ความบกพร่องด้านการรู้คิด (cognitive impairment) ผู้ป่วยจะมีความสามารถลดลงด้านความรู้สึนึกตัว ความสนใจ สมาธิ ความจำ การคิด การวางแผน การตัดสินใจ การสื่อสาร การแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรม ความบกพร่องทางด้านร่างกาย (physical impairment) ได้แก่ ความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว กล้ามเนื้ออ่อนแรง แขนขาเกร็ง ความบกพร่องด้านจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม (psychiatric, emotion and behavior impairment) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเฉื่อยเมย เฉื่อยชา

อารมณ์แปรปรวน วุ่นวาย วิตกกังวล และซึมเศร้า (Woodward, & Mestecsky, 2011) ความบกพร่องดังกล่าวส่งผลให้ผู้บาดเจ็บสมองไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม และมีความต้องการการดูแลจากผู้ดูแลเพื่อช่วยเหลือในด้านการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมถึงการดูแลด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในขณะที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ต้องเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย ได้แก่ สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร พี่ น้อง หรือญาติ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก (Mathews et al., 2004) ผู้ดูแลหลักจะทำหน้าที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในด้านต่างๆ ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือในเรื่องที่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลแผล การทำความสะอาดแผล การให้อาหารและยาทางสายยาง การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย และการฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่เป็นคนกลางในการติดต่อกับบุคลากรหรือองค์กรทางสุขภาพ ประสานแหล่งประโยชน์ต่างๆ ให้ผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลบางคนต้องเปลี่ยนบทบาททำหน้าที่หัวหน้าครอบครัวรวมถึงหารายได้มาใช้จ่ายในครอบครัวแทนผู้ป่วยที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัว (Mimmes et al., 2000) กิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องกระทำในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีความพิการหลงเหลืออยู่มักมีความซับซ้อน เป็นประสบการณ์ใหม่ที่ต้องการความรู้และทักษะการดูแลที่ต่างจากการดูแลสุขภาพทั่วไป อีกทั้งเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนาน การดูแลอาจใช้เวลา 24 ชั่วโมงต่อวัน และไม่รู้ว่าจะสิ้นสุดเมื่อใด ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองต้องทุ่มเททั้งกำลังกาย กำลังใจ เสียสละเวลาเกือบทั้งหมดเพื่อการดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ จนอาจทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาที่จะดูแลตนเอง (Sawatzky & Fowler-kerry, 2003) จากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองไม่มีเวลาที่จะดูแลเอาใจใส่ตนเองอาจส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบต่างๆ ตามมาได้

ผลกระทบที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้รับพบได้ในหลายๆ ด้าน ในต่างประเทศมีการศึกษาผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง พบว่ามีผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาของ มาร์ส และคณะ (Marsh et al., 2002) ที่ศึกษาผลกระทบของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในช่วง 1 ปี ภายหลังผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บสมองอย่างรุนแรง พบว่าในช่วง 6 เดือนแรกหลังอุบัติเหตุ ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ทำให้แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลต้องใช้ยานอนหลับและดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้น เกิดผลกระทบด้านร่างกายตามมา นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลมีความวิตกกังวล ซึมเศร้า และมีการปรับตัวเข้าสู่สภาวะเครียด 35 และในช่วง 1 ปีภายหลังผู้ป่วย

ได้รับบาดเจ็บสมองอย่างรุนแรง ผู้ดูแลยังคงมีความวิตกกังวลและซึมเศร้าร้อยละ 35 และมีการปรับตัวเข้าสังคมลดลงร้อยละ 25 ฮาสสัน และคณะ (Hassan et al., 2011) ได้กล่าวถึงผลกระทบด้านร่างกายที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้รับว่า การที่ผู้ดูแลต้องทุ่มเทกำลังกายดูแลกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยอาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีอาการปวดกล้ามเนื้อ ได้รับบาดเจ็บของกระดูก ข้ออักเสบ และรู้สึกไม่สบายทางกาย

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย กัญญารัตน์ ผึ้งบรรหาร (2539) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในระยะฟื้นฟู พบว่าความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในระยะฟื้นฟูด้านพฤติกรรม ด้านร่างกาย และด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความเหนื่อยล้าด้านสติปัญญาและการนึกคิดอยู่ในระดับเล็กน้อย และพบว่าจำนวนชั่วโมงที่ผู้ดูแลผู้ป่วยและระดับความพิการของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในระยะฟื้นฟู พิทยาภรณ์ นวลสีทอง (2548) ได้รายงานผลกระทบด้านร่างกายที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้รับจากการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ร่างกายอ่อนแอลง หดแรงแรง คิดอะไรไม่ออก ง่วงนอน และหลงลืม สำหรับการศึกษาผลกระทบด้านจิตใจ คารารัตน์ ปานดี (2549) ได้รายงานการศึกษาผลกระทบด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บสมองซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤตและอันตรายที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและไม่คาดคิด เมื่อเกิดเหตุการณ์กับสมาชิกในครอบครัวส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกิดความเครียดในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริลักษณ์ แก้วศรีวงศ์ (2549) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความเครียด การเผชิญความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่บ้านภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 เดือน ว่าเป็นความเครียดซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้รับจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระดับความพิการของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีความพิการระดับปานกลางและระดับน้อยส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในระดับต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีความพิการในระดับมาก (นิภาวรรณ สามารถกิจ และสุภาภรณ์ ด้วงแพง 2546) ผลกระทบดังกล่าวข้างต้นส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า เหนื่อยล้า หดแรงแรง คิดอะไรไม่ออก และขาดความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจึงต้องการการสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ได้แก่ รัมภ์รดา อินทร (2539) ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยการสอน ชี้แนะ สนับสนุน ให้กำลังใจ และการจัดสิ่งแวดล้อมที่

เมื่ออ่านพบว่าสามารถพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลได้ ต่อมา เขาวรัตน์ ยามอม (2544) ได้ศึกษาผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและความสามารถของญาติในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยใช้ทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของกิง ผลการศึกษาพบว่า วิธีการกำหนดเป้าหมายรวมทั้งวิธีการดูแลและการปฏิบัติร่วมกันระหว่างพยาบาลผู้วิจัยกับญาติผู้ดูแล ช่วยให้ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกายขณะที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่ความสามารถลดลงเมื่อกลับไปดูแลที่บ้าน ส่วนคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การศึกษาของ จุฬารีย์ ถิ่นทิพย์ (2549) ยืนยันได้ว่าการส่งเสริมความสามารถในการดูแลของครอบครัวช่วยลดการเกิดแผลกดทับและข้อยึดติดของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยตามปกติ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ นันทิยา ชินโคตร (2550) ศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง พบว่าช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลหลักได้ดีกว่าการพยาบาลตามปกติ การศึกษาดังกล่าวมาทั้งหมดล้วนแต่เป็นการศึกษาขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล ยกเว้นการศึกษาของเขาวรัตน์ ยามอม (2544) ที่มีการติดตามประเมินความสามารถของผู้ดูแลภายหลังที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว ซึ่งก็พบว่าความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายลดลงจากที่อยู๋โรงพยาบาล การศึกษาที่ผ่านมาจึงไม่สามารถยืนยันถึงความยั่งยืนของการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้ และผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการศึกษาระยะยาวหรือติดตามหลังจำหน่าย และควรหาวิธีการที่จะช่วยส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลให้มีความยั่งยืนเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้มีความเรื้อรังยาวนาน

การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ กิบสัน (Gibson, 1995) เป็นวิธีการหนึ่งที่ได้รับการสนใจและนำมาใช้ในการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติดูแลสุขภาพ เป็นกระบวนการพัฒนาความสามารถของบุคคลที่มุ่งเน้นความสามารถในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นพลวัต คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) เป็นขั้นตอนของการช่วยให้บุคคลค้นพบและเข้าใจเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับตนเอง บุคคลจะมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ได้ 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (emotional responses) โดยบุคคลอาจมีความรู้สึกต่อสิ่งที่เกิดขึ้นได้หลายรูปแบบขึ้นกับการรับรู้สถานการณ์นั้นๆ เช่น การรู้สึกช็อก สับสน ตกใจ วิตกกังวล หรือโกรธเคือง ด้านสติปัญญาการรับรู้ (cognitive responses) บุคคลจะมีการแสวงหาข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจกับสถานการณ์ เบื้องต้นบุคคลอาจเชื่อในทุกสิ่งที่ได้รับการบอกเล่าและอาจมีความรู้สึกไม่แน่นอน ต่อเมื่อเวลาผ่านไปบุคคลจะมีการ

ทบทวนไตร่ตรอง และแสวงหาข้อมูลจากแหล่งที่เชื่อถือได้ ประกอบกับความจริงที่ได้ประจักษ์ เพื่อให้มีความเข้าใจเหตุและผลที่ชัดเจนขึ้น และด้านพฤติกรรม (behavioral responses) บุคคลจะมีการกระทำเพื่อจัดการกับสถานการณ์ โดยจะพยายามทำเท่าที่จะความเป็นไปได้มากที่สุด 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) บุคคลอาจมีความรู้สึกคับข้องใจ ไม่แน่นอน หรือเริ่มมีความตระหนักในเรื่องราวที่เผชิญหรือสิ่งที่ได้กระทำ การสะท้อนคิดเป็นการตั้งคำถามและค้นหาคำตอบด้วยตนเอง เกิดการทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบ เกิดมุมมองใหม่ๆ จนสามารถตัดสินใจที่จะจัดการกับปัญหาเพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น 3) การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ (taking charge) เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การแก้ไขปัญหาเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) เกิดการสะท้อนคิดถึงสิ่งที่กระทำและผลที่ได้รับ สิ่งที่เป็นอุปสรรค หรือเอื้ออำนวย เกิดการเรียนรู้ สามารถเลือกสิ่งที่ดีเพื่อนำไปปฏิบัติต่อไป ขั้นตอนทั้ง 4 สามารถย้อนกลับไปมาอย่างเป็นพลวัตร

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจดังกล่าว ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาความสามารถของบุคคลที่มีปัญหาและมีเหตุปัจจัยนำ คือ ความคับข้องใจ ความรู้สึกขัดแย้ง รับรู้ถึงปัญหาและอุปสรรค และไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง ทั้งนี้ การที่บุคคลจะเข้าสู่กระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอนได้ดีเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับความมุ่งมั่นทุ่มเท (commitment) ที่จะพัฒนาตนเอง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ความเชื่อ ค่านิยม ประสพการณ์เป้าหมายในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ส่วนผลที่ตามมาของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ การรับรู้ในคุณค่าของชีวิต ความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง ความสามารถในการจัดการ (sense of mastery) และความผาสุก (Gibson, 1995) ด้วยแนวคิดดังกล่าวมานี้ จึงได้มีผู้นำมาประยุกต์กับการส่งเสริมความสามารถในการจัดการปัญหาในสถานการณ์ในบุคคลกลุ่มต่างๆ อย่างกว้างขวางซึ่งพบว่าได้ผลดี

ศรีรัตน์ คุ่มสิน (2546) รายงานผลการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 10 ราย และกลุ่มควบคุม 10 ราย ใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคล โดยติดตามที่บ้านเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าผู้ดูแลมีการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและหลังการทดลอง 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีความเครียดหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและหลังการทดลอง 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ พวงทอง เพชรโทน (2547) ได้รายงานผลการศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 ราย พบว่าความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อในความสามารถตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ จากผลการวิจัยดังกล่าวสนับสนุนว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจรายบุคคลสามารถนำมาพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยได้ โดยทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้พลังอำนาจมากขึ้น มีความเชื่อมั่นในความสามารถ และเพิ่มความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้จริง อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งปัญหาในการดูแลมีความแตกต่างกับผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ประกอบกับการบาดเจ็บสมองเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉุกเฉินและวิกฤตที่ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกช็อก ตกใจ วิตกกังวล กลัว และเครียด การเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถช่วยให้ญาติผู้ป่วยค้นพบและเข้าใจเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับตนเอง มีการแสวงหาข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจกับสถานการณ์ และหาวิธีการจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ ได้ นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยนอกหรือเป็นการศึกษาติดตามที่บ้าน วิธีการที่นำมาใช้จึงอาจไม่สามารถนำมาใช้กับการส่งเสริมผู้ดูแลในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งมีความแตกต่างของสภาพการณ์ปัญหา บริบทของการดูแล และสภาพแวดล้อมของการฝึกประสบการณ์

ดังนั้นผู้วิจัยมีความประสงค์ที่จะศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยทำการเสริมสร้างพลังอำนาจตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลและมีการติดตามสนับสนุนที่บ้านหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในการเตรียมญาติผู้ดูแลให้มีความพร้อมก่อนจำหน่าย และสามารถดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2557

นิยามศัพท์

การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลเพื่อช่วยพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในการคิดวิเคราะห์ แสวงหาทางเลือก ตัดสินใจและลงมือปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง แผนกิจกรรมสร้างขึ้นโดยผู้วิจัยตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ กิบสัน (Gibson, 1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอนคือ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล หมายถึง ศักยภาพของผู้ดูแลในการลงมือปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ประเมินได้จากการรับรู้ของผู้ดูแลโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สร้างโดย จารึก ธานีรัตน์ (2544) ประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย 4 ด้าน คือ ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการฟื้นฟูสภาพ และด้านการดูแลทางด้านจิตใจ

ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองซึ่งเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายหรือสายเลือดกับผู้ป่วย ได้แก่ บิดา มารดา สามิ ภรรยา บุตร พี่น้อง หรือญาติ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง หมายถึง บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บที่เกิดจากแรงภายนอกมากระทบที่ศีรษะ ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อสมอง 2 แบบ คือ การบาดเจ็บต่อเนื้อสมองเฉพาะที่และการบาดเจ็บทั่วๆ ไปของเนื้อสมอง ทำให้เกิดความผิดปกติในหน้าที่การทำงานของสมอง ส่งผลให้เกิดความพิการของร่างกาย เกิดความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ ความรู้สึกรู้สีกินคิด จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยมีระดับคะแนนของ กลาสโกว์ โคม่า สเกล (GCS) เมื่อแรกรับไว้ในการศึกษาตั้งแต่ 6-12 คะแนน

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง การบริการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้รับจากพยาบาลประจำการในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบการเข้าเยี่ยม การเตรียมหลักฐานสิทธิการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง การรักษา การพยาบาล และการฝึกทักษะเบื้องต้น เช่น การดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย การดูแลการขับถ่าย การพลิกตะแคงตัว การให้อาหาร เป็นต้น ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะขึ้นอยู่กับพิจารณาและความถนัดของพยาบาลแต่ละคน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved