

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. การบาดเจ็บสมอง

- 1.1 ความหมายของการบาดเจ็บสมอง
- 1.2 สาเหตุของการบาดเจ็บสมอง
- 1.3 พยาธิสรีรวิทยาของการบาดเจ็บสมอง
- 1.4 ความรุนแรงของการบาดเจ็บสมอง
- 1.5 ผลกระทบจากการบาดเจ็บสมอง
- 1.6 ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

- 2.1 ความหมายของผู้ดูแล
- 2.2 บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

3. ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

- 3.1 ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล
- 3.2 การประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล
- 3.3 การส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

4. การเสริมสร้างพลังอำนาจ

- 4.1 ความหมายการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 4.2 คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 4.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล
- 4.4 ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- 4.5 ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

5. การเสริมสร้างพลังอำนาจกับการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล

การบาดเจ็บสมอง

ความหมายของการบาดเจ็บสมอง

การบาดเจ็บสมองเป็นปัญหาที่สำคัญและพบได้บ่อยจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ การบาดเจ็บมักเกิดจากอุบัติเหตุจราจร เช่น การขับจักรยานยนต์ รถยนต์ ผู้เดินถนนถูกรถชน จากการถูกทำร้ายร่างกาย เช่น ถูกตีบริเวณศีรษะ ถูกยิงบริเวณศีรษะ และจากการเล่นกีฬา (จเร ผลประเสริฐ, ชาญวิทย์ ดันติพิพัฒน์ และ ธนิต วัชรพุก, 2547) จากการศึกษาค้นคว้าได้มีผู้ให้ความหมายของการบาดเจ็บสมองไว้ซึ่งมีความหมายคล้ายคลึงกัน ดังนี้ ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย (2551) ให้ความหมายการบาดเจ็บสมองว่า เป็นการบาดเจ็บที่เกิดจากแรงที่เข้ามากระทบต่อศีรษะและร่างกายแล้วก่อให้เกิดความบาดเจ็บต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะ และ สมอง กับเส้นประสาทสมอง บาร์เกอร์ (Barker, 2002) กล่าวว่าบาดเจ็บสมองเป็นการบาดเจ็บที่ส่งผลให้สมองมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านความสามารถด้านร่างกาย ความรู้คิด สติปัญญา และอารมณ์ วูดวอร์ด และ เมสเทคกี (Woodward & Mestecky, 2011) ได้ให้ความหมายการบาดเจ็บสมองว่าเป็นการบาดเจ็บที่เกิดจากแรงภายนอกมากระทำต่อศีรษะ ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อสมอง 2 แบบ คือ การบาดเจ็บต่อเนื้อสมองเฉพาะที่ (focal) ได้แก่ สมองช้ำ สมองฉีกขาด ซึ่งจะทำให้มีเลือดออกหรือคั่งในสมอง และการบาดเจ็บทั่วไปของเนื้อสมอง (diffuse brain injury) ได้แก่ การกระแทกต่อเนื้อสมอง (brain concussion) การบาดเจ็บแบบกระจายของแอกซอน (axon)

จากความหมายที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การบาดเจ็บสมอง หมายถึง การได้รับบาดเจ็บที่เกิดจากแรงภายนอกมากระทบที่ศีรษะ ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อสมอง 2 แบบ คือ การบาดเจ็บต่อเนื้อสมองเฉพาะที่และการบาดเจ็บทั่วไปของเนื้อสมอง ทำให้เกิดความผิดปกติในหน้าที่การทำงานของสมอง ส่งผลให้เกิดความพิการของร่างกาย เกิดความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ ความรู้สึนึกคิด จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย

สาเหตุของการบาดเจ็บสมอง

การบาดเจ็บสมองเกิดได้จากหลายสาเหตุ ที่พบได้ในอันดับต้น ๆ ได้แก่

1. อุบัติเหตุจราจร พบเป็นอันดับต้นๆ ในต่างประเทศพบได้ถึงร้อยละ 50 (Scot, 2005) และในประเทศไทยพบได้ร้อยละ 50 (นครชัย เฟื่อนปฐุม, 2541)
2. การทำร้ายร่างกายหรือการใช้ความรุนแรง ในต่างประเทศพบได้ถึงร้อยละ 12 (Scot, 2005) และในประเทศไทยพบได้ร้อยละ 8 (นครชัย เฟื่อนปฐุม, 2541)

3. อุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม พบได้ร้อยละ 18 (นครชัย เฟื่อนปฐม, 2541)

4. อุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา พบได้ร้อยละ 10 (Scot, 2005)

พยาธิสรีรวิทยาของการบาดเจ็บสมอง

การบาดเจ็บสมองสามารถแบ่งตามพยาธิสรีรวิทยาได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ การบาดเจ็บสมองแบบปฐมภูมิ (primary injury) และ การบาดเจ็บสมองแบบทุติยภูมิ (secondary injury) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การบาดเจ็บสมองแบบปฐมภูมิ คือ การบาดเจ็บสมองที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับแรงกระทำ หรือ การเคลื่อนที่ของศีรษะอย่างรุนแรงและรวดเร็วทำให้เกิดการชกเข้าต่อเนื้อสมอง เกิดการฉีกขาดหรือมีเลือดออก อาการแสดงของการได้รับบาดเจ็บจะสัมพันธ์กับความรุนแรงโดยตรงกับตำแหน่งของสมองที่เกิดพยาธิสภาพ (Reilly & Bullok, 2005) ลักษณะการบาดเจ็บของสมองแบบปฐมภูมิประกอบด้วย

1.1 สมองได้รับความกระทบกระเทือน (cerebral concussion) เป็นการสูญเสียความรู้สึกตัวทันทีทันใดอยู่ชั่วขณะหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะไม่เกิน 10 นาที แล้วรู้สึกตัวเป็นปกติโดยไม่ปรากฏลักษณะทางพยาธิสรีรวิทยา หรืออาการทางระบบประสาทหลงเหลืออยู่ แต่อาจมีอาการหลงลืมหลังการบาดเจ็บ (post traumatic amnesia) หรืออาการหลงลืมก่อนการบาดเจ็บ (retrograde amnesia) (Reilly & Bullok, 2005)

1.2 สมองช้ำ (cerebral contusion) เป็นการบาดเจ็บสมองโดยเกิดเป็นแผลที่เนื้อสมอง อาจพบเลือดออกจากเส้นเลือดฝอย สมองจะมีลักษณะบวมช้ำ สีคล้ำ ลักษณะรอยนูนของสมอง (gyrus) และส่วนที่เป็นร่อง (sulcus) จะหายไป ผู้ป่วยจะหมดสติทันทีที่เกิดเหตุและหมดสติอยู่นานเป็นชั่วโมงหรือเป็นวันทั้งที่ไม่มีการขยายตัวของก้อนเลือด ความรุนแรงของภาวะสมองช้ำขึ้นอยู่กับขนาดและอาการบวมของสมอง (Woodward & Mestecky, 2011)

1.3 สมองฉีกขาด (laceration) เกิดจากการที่ศีรษะถูกตีแทงหรือมีการแตกยุบของกะโหลกศีรษะ ส่งผลให้มีการฉีกขาดของเยื่อหุ้มสมองหรือหลอดเลือดทำให้เกิดการตกเลือดอยู่ในช่องระหว่างด้านในของกะโหลกศีรษะ และนอกเยื่อหุ้มสมองชั้นดรา ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางระบบประสาทตามมา (Reilly & Bullok, 2005)

1.4 การบาดเจ็บทั่วๆ ไปของแอกซอน (diffused axonal injury [DAI]) เป็นการบาดเจ็บทั่วๆ ไปของสมองจากการเพิ่มและลดความเร็วของแรงที่มากระทำต่อสมอง ทำให้เกิดแรงเหวี่ยงที่เนื้อสมองทั่วไป ใยประสาทจะถูกยืด ฉีกขาด ส่งผลให้ผู้ป่วยหมดสติทันทีและหมดสติด้านกว่า 6 ชั่วโมงโดยไม่พบพยาธิสภาพเฉพาะที่ของสมอง แต่จะพบความผิดปกติในหน้าที่ของระบบประสาททั่วไป มี

การบวมของสมองทั่วไป อาการแสดงที่พบคือ ผู้ป่วยหมดสติทันทีภายหลังได้รับบาดเจ็บ และหมดสติเป็นเวลานาน มีอาการผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic dysfunction) เช่น ความดันโลหิตสูง เหงื่อออก อุณหภูมิของร่างกายสูงขึ้น (Woodward & Mestecky, 2011)

2. การบาดเจ็บสมองแบบทุติยภูมิ เป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นภายหลังจากการเกิดการบาดเจ็บแบบปฐมภูมิ อาจใช้ระยะเวลาในการเกิดเป็นหลายนาที หลายชั่วโมงหรือหลายวัน พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นเกิดจากการมีสิ่งกีดขวางที่ค่อยๆ ขยายขนาดเพิ่มขึ้น การบาดเจ็บสมองชนิดทุติยภูมิ ประกอบด้วย (Woodward & Mestecky, 2011)

2.1 ก้อนเลือดในชั้นเนื้อดura (extradural, epidural hematoma) เป็นก้อนเลือดที่รวมตัวจากการมีเลือดออกจากหลอดเลือดดำซูปไฟเรียแซกจิตอล ไซแนสหลอดเลือดแดงมิดเดิลเมนิเจีย (Middle meningeal artery) บริเวณกะโหลกศีรษะและเยื่อหุ้มสมองชั้นดura ผู้ป่วยจะหมดสติและรู้สึกตัวระยะหนึ่ง (lucid interval) อาจเป็นนาทีหรือชั่วโมงหลังจากนั้นจะหมดสติและอาการเลวลงอย่างรวดเร็วเนื่องจากก้อนเลือดขยายใหญ่และกดเนื้อสมองทำให้สมองเคลื่อน

2.2 ก้อนเลือดใต้ชั้นดura (subdural hematoma) เกิดจากการที่มีเลือดออกจากหลอดเลือดดำใต้เยื่อดura และอยู่เหนือเยื่อแรนดอยด์แบ่งเป็น 3 แบบตามระยะเวลา ได้แก่ แบบเฉียบพลัน (acute subdural hematoma) เกิดภายใน 48 ชั่วโมง แบบกึ่งเฉียบพลัน (subacute subdural hematoma) เกิดระหว่าง 2 วันถึง 2 สัปดาห์และแบบเรื้อรัง (chronic subdural hematoma) จะแสดงอาการภายหลัง 2 สัปดาห์ขึ้นไป

2.3 เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง (subarachnoid hemorrhage) เกิดจากการฉีกขาดของเส้นเลือดดำที่เชื่อมโยงระหว่างผิวของสมองและหลอดเลือดดำทำให้มีเลือดออกที่ช่องใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลางระหว่างเยื่อหุ้มสมองชั้นกลางกับชั้นในซึ่งอยู่รอบๆ สมองผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะรุนแรงเฉียบพลัน คลื่นไส้ อาเจียน สับสน หรือซึมลง บางครั้งอาจชักได้

2.4 ก้อนเลือดในเนื้อสมอง (intracerebral hematoma) เกิดจากก้อนเลือดขนาดเล็กในสมอง ข้างรวมตัวกันเป็นก้อนเลือดขนาดใหญ่ หรือเป็นการฉีกขาดของหลอดเลือดภายในเนื้อสมอง พบบ่อยบริเวณสมองส่วนหน้าและเทมโปรัล (temporal) อาการและอาการแสดงขึ้นอยู่กับตำแหน่งของเนื้อสมองที่ซ้ำ ขนาดของก้อนเลือดและระยะเวลาของการตกเลือด ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะ ความรู้สึกลดลงจนหมดสติ ม่านตาขยายข้างเดียวทำให้ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง (increase intracranial pressure) และสมองเคลื่อน (brain herniation) ตามมา

2.5 สมองบวม (brain edema) เป็นภาวะที่เนื้อสมองเพิ่มปริมาตรเนื่องจากมีการเพิ่มของจำนวนน้ำทั้งนอกหรือในเซลล์หรือการเพิ่มของน้ำหล่อเลี้ยงสมองมีก้อนเลือดในเนื้อสมองเนื่องจากได้รับบาดเจ็บสมองผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะรุนแรง อาเจียน มองเห็นภาพซ้อน ซึมลง ทำให้ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูงและสมองเคลื่อนตามมา

ความรุนแรงของการบาดเจ็บสมอง

ความรุนแรงของการบาดเจ็บสมองมีวิธีแบ่งความรุนแรงของการบาดเจ็บสมองได้หลายวิธี ในปัจจุบันมีวิธีที่นิยมใช้อยู่ 3 วิธี ได้แก่

1. การแบ่งความรุนแรงของการบาดเจ็บสมองโดยใช้การสูญเสียความจำหลังจากได้รับบาดเจ็บสมอง โดยประเมินจากระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มสูญเสียความจำหลังจากได้รับบาดเจ็บสมองจนถึงเวลาที่สามารถจำเหตุการณ์ (Smith & Greenwald, 2003) ดังนี้

1.1 ผู้บาดเจ็บสมองที่มีระยะเวลาสูญเสียความทรงจำหลังได้รับบาดเจ็บสมองน้อยกว่า 30 นาที หมายถึง การบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย

1.2 ผู้บาดเจ็บสมองที่มีระยะเวลาสูญเสียความทรงจำหลังได้รับบาดเจ็บสมองนาน 30 นาทีถึง 24 ชั่วโมง หมายถึง การบาดเจ็บสมองระดับปานกลาง

1.3 ผู้บาดเจ็บสมองที่มีระยะเวลาสูญเสียความทรงจำหลังได้รับบาดเจ็บสมองนานกว่า 24 ชั่วโมง หมายถึง การบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง

2. การแบ่งความรุนแรงของการบาดเจ็บสมองโดยใช้ระยะเวลาของการหมดสติหลังได้รับบาดเจ็บสมอง (Pangillinan, 2014) ดังนี้

2.1 ผู้บาดเจ็บสมองที่มีระยะเวลาหมดสติหลังได้รับบาดเจ็บสมองน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที หมายถึง การบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย

2.2 ผู้บาดเจ็บสมองที่มีระยะเวลาหมดสติหลังได้รับบาดเจ็บสมองนานกว่า 30 นาทีถึง 6 ชั่วโมง หมายถึง การบาดเจ็บสมองระดับปานกลาง

2.3 ผู้บาดเจ็บสมองที่มีระยะเวลาหมดสติหลังได้รับบาดเจ็บสมองนานกว่า 6 ชั่วโมง หมายถึง การบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง

3. การแบ่งความรุนแรงของการบาดเจ็บสมองโดยใช้ผลรวมคะแนนของแบบประเมินกลาสโกว์ โคมา สเกล (Glasgow Coma Scale [GCS]) ซึ่งเป็นเครื่องมือในการประเมินระดับการรู้สติหรือความรู้สึกตัวที่สร้างขึ้นโดยทีสเดลและเจนเนตต์ (Teasdale & Jennett, 1974 cited in Woodward & Mestecky, 2011) เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของสมองเกี่ยวกับระดับการตื่นตัว (arousal) และการรับรู้ถึงสิ่งเร้าที่มากระตุ้นหรือความรุนแรงของการหมดความรู้สึกของผู้บาดเจ็บสมองในระยะแรกหลังการได้รับบาดเจ็บ โดยประเมินจากพฤติกรรมตอบสนองที่ดีที่สุดของผู้บาดเจ็บสมอง 3 ด้าน ได้แก่ การลืมตา การพูด และการเคลื่อนไหว แล้วกำหนดให้ค่าพฤติกรรมตอบสนองเป็นตัวเลขรายละเอียดของแบบประเมินกลาสโกว์ โคมา สเกล มีดังนี้

ด้านที่ 1 การลืมตาที่ผู้บาดเจ็บสมองสามารถตอบสนองได้ดีที่สุด

(best eye opening [E])

สามารถลืมตาได้เอง	4	คะแนน
ลืมตาเมื่อถูกเรียก	3	คะแนน
ลืมตาเมื่อเจ็บ	2	คะแนน
ไม่ลืมตาเลย	1	คะแนน

ด้านที่ 2 การใช้คำพูดที่ผู้บาดเจ็บสมองสามารถตอบสนองได้ดีที่สุด

(best verbal response [V])

พูดตอบคำถามได้ทันทีและถูกต้อง	5	คะแนน
พูดได้เป็นประโยคแต่สับสน	4	คะแนน
พูดเป็นคำๆ	3	คะแนน
ส่งเสียงไม่เป็นคำพูดหรือครวญคราง	2	คะแนน
ไม่ส่งเสียงเลย	1	คะแนน

ด้านที่ 3 การเคลื่อนไหวของแขนหรือขาที่ผู้บาดเจ็บสมองสามารถตอบสนองได้ดีที่สุด (best motor response [M])

สามารถเคลื่อนไหวตามคำสั่งได้ถูกต้อง	6	คะแนน
ไม่ทำตามคำสั่งแต่ทราบตำแหน่งที่เจ็บ	5	คะแนน
ชักแขนขาหนีความเจ็บปวด	4	คะแนน
มีการเกร็งบิดงอของแขนเข้าหาลำตัวเมื่อเจ็บปวด (abnormal flexion or decortications)	3	คะแนน
มีการบิดเหยียดของแขนออกนอกลำตัวเมื่อเจ็บปวด (abnormal extension or decerebration)	2	คะแนน
ไม่มีการเคลื่อนไหวเลย	1	คะแนน

ผลรวมของคะแนนที่ได้จากการประเมินกลาสโกว์ โคม่า สเกล อยู่ระหว่าง 3-15 คะแนน กรณีที่ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ การแทนค่าด้านการใช้คำพูดที่ผู้บาดเจ็บสมองสามารถตอบสนองได้ดีที่สุดนั้น จะใช้การแทนค่าประมาณการ คือ ให้ 5 คะแนน ในผู้ป่วยที่ดูเหมือนจะพูดคุ้ยได้ ให้ 3 คะแนน ในผู้ป่วยที่ยังมีข้อสงสัยในความสามารถของการพูด และให้ 1 คะแนนในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีการตอบสนองเลย (Matis & Birbilis, 2008) แบบประเมินกลาสโกว์ โคม่า สเกล นอกจากจะใช้ประเมินระดับความรู้สึกตัวแล้ว ผลรวมของคะแนนจากแบบประเมินนี้ยังสามารถบ่งบอกถึงระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บสมองได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้

3.1 การบาดเจ็บสมองเล็กน้อย หมายถึง ผู้ป่วยที่มีระดับคะแนน 13-15 คะแนน พบได้ร้อยละ 85-90 ของการบาดเจ็บสมองทั้งหมด (Matis & Birbilis, 2008) ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจไม่หมดสติ หรืออาจหมดสติไปชั่วคราว มีช่วงระยะเวลาที่ไม่รู้สึกตัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที อาจจำเหตุการณ์ก่อนหลังได้รับอุบัติเหตุไม่ได้ สามารถทำตามคำสั่งและตอบคำถามได้ในทันที อาจมีสับสนบ้างในบางครั้ง ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ อ่อนล้า สมาธิสั้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสที่อาการทางระบบประสาทจะเลวลงเนื่องจากเลือดออกในกะโหลกศีรษะประมาณ ร้อยละ 3 (Silver, Mcallister, & Yudofsky, 2005)

3.2 การบาดเจ็บสมองระดับปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีระดับคะแนน 9-12 คะแนน พบได้ร้อยละ 5-10 ของการบาดเจ็บสมองทั้งหมด (Matis & Birbilis, 2008) ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีพยาธิสภาพที่เส้นประสาทสมองและเนื้อสมองจากการที่มีเลือดออกหรือมีการบวมของเนื้อสมองเกิดความบกพร่องทางสติปัญญาและการเคลื่อนไหวร่างกายผู้ป่วยจะสูญเสียระดับความรู้สึกตัวเป็นระยะเวลานาน หลับเกือบตลอดเวลา จะตื่นเมื่อถูกปลุกหรือได้รับความเจ็บปวด (Silver, Mcallister, & Yudofsky, 2005)

3.3 การบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีระดับคะแนน 3-8 คะแนน พบได้ร้อยละ 5 ของการบาดเจ็บสมองทั้งหมด (Matis & Birbilis, 2008) โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการทำลายโครงสร้างของสมองเป็นบริเวณกว้าง มักพบแผลนิกซามีเลือดคั่ง และเกิดการตายของเนื้อสมองบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ ทำให้การทำหน้าที่ของสมองเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยจะมีระดับความรู้สึกตัวน้อยมากหรือไม่รู้สึกตัวเลย ไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ อาจส่งเสียงไม่เป็นคำพูดเมื่อได้รับความเจ็บปวด เคลื่อนไหวแขนขาหนี งอ หรือเหยียดในท่าผิดปกติ หรือไม่มีการเคลื่อนไหวเลย (Silver, Mcallister, & Yudofsky, 2005) ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมสุขภาพจนพ้นระยะวิกฤต ในรายที่รอดชีวิตต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องและยาวนาน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งความรุนแรงของการบาดเจ็บสมองโดยใช้ผลรวมของคะแนนกลาสโกว์ โคม่า สเกล เพื่อให้เห็นภาพรวมของระดับความรู้สึกตัวและระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บสมองของผู้ป่วยชัดเจนยิ่งขึ้น

ผลกระทบของการบาดเจ็บสมอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบาดเจ็บสมองส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัวในหลายด้าน ดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบของการบาดเจ็บสมองต่อผู้ป่วยผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บสมองทำให้เซลล์สมองได้รับการกระทบกระเทือน ถูกกดและเสื่อมหน้าที่ได้ ส่งผลให้อวัยวะที่อยู่ภายใต้การควบคุมของสมองเกิดการสูญเสียหน้าที่ ทำให้มีความพิการเกิดขึ้น การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองต้องใช้ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน (Woodward & Mestecky, 2011) ผลกระทบต่อผู้ป่วยภายหลังได้รับบาดเจ็บสมองพบได้หลายด้าน ดังนี้

1.1 ความบกพร่องด้านร่างกาย (physical impairment) เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บสมอง ส่งผลให้สมองได้รับความกระทบกระเทือนทำให้เกิดความบกพร่องด้านร่างกายตามมา ซึ่งความบกพร่องด้านร่างกายที่พบได้บ่อย ได้แก่

1.1.1 ความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว (motor impairment) เกิดจากการมีพยาธิสภาพที่สมองส่วนเซเรเบลลัม (cerebellum) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวและควบคุมการทรงตัวในท่าตรง หากมีพยาธิสภาพกดทับบริเวณแกนสมอง (brain stem) จะทำให้มีอาการตึงตัวของกล้ามเนื้ออย่างรุนแรงและทำให้เกิดอาการเซของลำตัว (truncal ataxia) ไม่สามารถแกว่งแขนสลับกันได้และมีอาการสั่น (intention tremor) เมื่อมีพยาธิสภาพบริเวณสมองส่วนฟรอนโต-พารีทัล (fronto-parietal lobes) จะมีการชักกระตุกบริเวณใบหน้าแขนหรือขา ด้านตรงข้ามกับพยาธิสภาพทำให้เกิดอัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) การที่มีพยาธิสภาพที่ปมประสาท (basal ganglia) ทำให้มีการกระตุกของกล้ามเนื้อมัดเล็กๆ ที่มือ เท้า หน้า และลิ้น โดยเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ไม่สม่ำเสมอ อยู่นอกเหนืออำนาจจิตใจและเกิดเป็นช่วงระยะเวลาสั้น (chorea) (Reilly & Bullok, 2005) นอกจากนี้ยังพบว่าการเคลื่อนไหวผิดปกติของมือ เท้า และหน้า โดยเคลื่อนไหวแบบบิดเบี้ยวไปมาเหมือนตัวหนอน ไร้จุดหมายและควบคุมไม่ได้ บางครั้งกล้ามเนื้ออาจมีอาการเกร็งร่วมด้วย อาการนี้จะหายเมื่อผู้ป่วยหลับ (Mantell, 2010) การเกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรืออัมพาตทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถวางแผนการเคลื่อนไหวได้ ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ เช่น กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง (rigidity) การทรงตัวลดลง เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การเกิดแผลกดทับ และข้อติดแข็ง (Woodward & Mestecky, 2011)

1.1.2 ความบกพร่องด้านการพูดและการสื่อสารภาษา (speech and language impairment) ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้าย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติในการพูดและการสื่อสารภาษา คือ ไม่สามารถเข้าใจความหมายของการสื่อสารภาษา (receptive or sensory aphasia) เกิดจากการมีพยาธิสภาพของสมองบริเวณเวอร์นิคส์ (Wernicke's area) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจภาษาจากการฟังและการอ่านได้ หากมีพยาธิสภาพของสมองบริเวณโบรคา (Broca's area) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของริมฝีปาก ขากรรไกร ลิ้น เพดานอ่อนและสายเสียง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองด้วยการสื่อสารภาษาได้ (motor or expressive aphasia) (กัมมันต์ พันธุมจินดา และ มีชัย สีใส, 2549) ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติในการพูดหรือการเขียนเพื่อการสื่อสาร คือ

สามารถเข้าใจภาษาพูด ภาษาเขียนหรือสัญลักษณ์ต่างๆ แต่ไม่สามารถพูดได้อย่างคล่องแคล่วและไม่สามารถเขียนเป็นประโยคได้ และถ้ามีพยาธิสภาพของสมองบริเวณเวอร์นิคส์และโบคา จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารและเข้าใจความหมายของการสื่อภาษา (expressive-receptive aphasia) ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทั้งการพูด การฟัง การอ่านและการเขียน เรียกว่า global aphasia (Mantell, 2010)

1.1.3 การสูญเสียสายตาข้างเดียว (homonymous hemianopsia) เนื่องจากมีพยาธิสภาพของสมองกลีบบน (parietal lobe) กลีบข้าง (temporal lobe) และกลีบหลัง (occipital lobe) จะทำให้ความชัดเจนของการมองเห็นลดลง หรือตามสายตาดูถูกตัดขาด เกิดการสูญเสียสายตาแบบครึ่งหนึ่งของแนวสายตา และหากเกิดร่วมกับการกระทบกระเทือนของประสาทสมองคู่ที่ 3, 4 และ 6 มีผลกระทบต่อการประสานการมองเห็นจากการไม่สามารถควบคุมกล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหวตาให้กลอกตาไปมาได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมองเห็นสิ่งแวดล้อมทางซ้ายและมองเห็นภาพซ้อน (diplopia) (Reilly & Bullok, 2005)

1.1.4 ความผิดปกติด้านการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ (sensory-perceptual deficit) พบในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของสมองกลีบบน (parietal lobe) และเปลือกสมอง (cerebral cortex) ทำให้การรับรู้บกพร่อง ผู้ป่วยไม่สามารถจำสิ่งของได้ด้วยการสัมผัส (astereogenesis) สูญเสียความสามารถในการแยกแยะจุดสองจุด (two-point discrimination) หากมีพยาธิสภาพของสมองบริเวณซีกซ้ายจะทำให้ผู้ป่วยอ่านหนังสือไม่ได้ (alexia) เขียนไม่ได้ (agraphia) คำนวณไม่ได้ (acalculia) จำชื่อนิ้วมือแต่ละนิ้วไม่ได้ (finger agnosia) ไม่รู้จักทางซ้ายและขวา (right-left disorientation) ทำให้มีปัญหาในการคาดคะเนระยะทางและการตัดสินใจซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอุบัติเหตุได้ (Reilly & Bullok, 2005) นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในเรื่องการแต่งกาย ไม่สามารถสวมใส่เสื้อผ้าได้เอง (Woodward & Mestecky, 2011)

1.1.5 อาการชักภายหลังได้รับบาดเจ็บ (posttraumatic epilepsy) แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ อาการชักระยะแรก (early epilepsy) เกิดภายใน 1 สัปดาห์หลังบาดเจ็บสมองโดยไม่มีสาเหตุอื่น และอาการชักระยะหลัง (late epilepsy) เกิดภายหลังจากได้รับบาดเจ็บสมอง 1 สัปดาห์ อาการชักจะพบมากในผู้ป่วยที่มีก้อนเลือดในกะโหลกศีรษะที่ต้องได้รับการผ่าตัดพบได้ร้อยละ 35 อาการชักที่เกิดขึ้นในสัปดาห์แรกพบได้ร้อยละ 25 ผู้ป่วยที่มีการแตกและยุบของกะโหลกศีรษะพบได้ร้อยละ 17 (Jennett, 2005) ซึ่งอาการชักพบได้ตั้งแต่ 2-3 วัน หลังการบาดเจ็บสมองจนถึง 6-8 เดือน (Reilly & Bullok, 2005) อาการชักถือว่าเป็นความพิการอย่างหนึ่งของร่างกายเนื่องจากทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงานและการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน

1.1.6 กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับความกระทบกระเทือน (post-concussion syndrome) ได้แก่ อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เห็นภาพซ้อน นอนไม่หลับ และอาการสั่น ซึ่งอาการที่พบบ่อยที่สุดคือ อาการปวดศีรษะ รองลงมา คือ เวียนศีรษะ (Woodward & Mestecky, 2011)

1.1.7 มีความผิดปกติของการจับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ สมองส่วนที่ทำหน้าที่ในการควบคุมการกลืนปัสสาวะและอุจจาระคือ สมองกลืนหน้าและแกนสมอง เมื่อเกิดพยาธิสภาพบริเวณสมองดังกล่าวส่งผลให้ความสามารถในการทำงานของกระเพาะปัสสาวะลดลง เกิดอาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ (Reilly & Bullok, 2005) การที่ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกรู้ตัวที่เปลี่ยนแปลงไปและมีความบกพร่องในการสื่อสาร ผู้ป่วยจึงไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการจับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้

1.2 ความบกพร่องด้านการรู้คิด (cognitive impairment) เกิดจากการที่สมองได้รับความกระทบกระเทือนหรือบาดเจ็บ ทำให้มีการทำลายโดยตรงต่อ ซีรีบรัล คอर्टิเคซ (cerebral cortex) ส่งผลให้การทำหน้าที่ของสมองผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถลดลงในด้านความรู้สึกรู้ตัว ความจำ ความสนใจ สมาธิ การคิด การวางแผน การตัดสินใจ การสื่อสาร การแสดงออกทางอารมณ์ และมีพฤติกรรมที่ผิดปกติไป (Reilly & Bullok, 2005) สามารถแบ่งได้เป็น 5 ด้าน ได้แก่

1.2.1 ความบกพร่องด้านความจำ (memory impairment) ความจำ คือ การคงไว้ซึ่งข้อมูลที่ได้รับเข้าไปในสมอง กระบวนการที่ทำให้เกิดความจำประกอบด้วยกระบวนการบันทึก การคงไว้ซึ่งข้อมูล และการเรียกข้อมูลมาใช้ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวต้องอาศัยสมรรถภาพพื้นฐานของสมองด้านภาษา สมาธิ และการรับรู้ การที่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีการเปลี่ยนแปลงด้านความจำเป็นผลมาจากการที่ลิมบิก ซีสเต็ม (limbic system) ถูกทำลาย ทำให้มีการลดลงของความจำ ถ้าผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่สมองซีกขวาจะมีปัญหาความจำเกี่ยวกับสิ่งที่ได้เห็นและต้องใช้การตัดสินใจที่รวดเร็ว ถ้ามีพยาธิสภาพที่สมองซีกซ้ายผู้ป่วยจะมีปัญหาในเรื่องความจำด้านภาษา (Reilly & Bullok, 2005) และที่พบบ่อยที่สุดคือการลืม (amnesia) ผู้ป่วยอาจสูญเสียความจำที่เพิ่งผ่านมา (recent memory) หรือสูญเสียความจำในอดีต (remote memory) หากผู้ป่วยมีความจำบกพร่องเป็นระยะเวลานานจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติในการตอบสนอง รับรู้ซ้ำ ความคิด ความรู้ ความเข้าใจลดลง (Mantell, 2010)

1.2.2 ความบกพร่องด้านการรับรู้ (perceptual impairment) การได้รับบาดเจ็บสมองทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว สับสน สูญเสียการรับรู้ด้านเวลาและสถานที่ ไม่สามารถเข้าใจแนวคิดที่เป็นนามธรรม ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการตัดสินใจ และบกพร่องในการแก้ปัญหา และไม่สามารถรับคำสั่งได้มากกว่า 1 หรือ 2 ขั้นตอนได้อย่าง (Woodward & Mestecky, 2011)

1.2.3 ความบกพร่องด้านความตั้งใจ/สมาธิ (attention/concentration impairment) ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีพยาธิสภาพบริเวณแกนสมองหรือบริเวณพรีฟรอนทัล (prefrontal area) ทำให้สมาธิสั้นลง ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ไม่ดี มีการตอบสนองช้า คิดช้า และตัดสินใจช้า หันเหความสนใจได้ง่าย พบได้ในระยะ 1-3 เดือนหลังการบาดเจ็บสมอง (Silver, Mcallister, & Yudofsky, 2005)

1.2.4 ความบกพร่องด้านการใช้ภาษาและการสื่อสาร (language and communication impairment) ผู้ป่วยที่ได้รับความกระทบกระเทือนหรือบาดเจ็บบริเวณซูปีเรีย เทม โปร์ล (Superior

Temporal Gyrus) หรือบริเวณเวอร์นิคส์ (Wernicke's area) ซึ่งเป็นบริเวณที่มีความสำคัญในการแปลความหมายของสิ่งที่มองเห็นและได้ยิน จึงพบว่าผู้ป่วยสามารถพูดได้ แต่มีความบกพร่องในการเข้าใจสิ่งที่พูดและเขียน พูดได้แต่จับใจความไม่ได้ ตอบไม่ตรงคำถาม (Silver, Mcallister & Yudofsky, 2005) หากมีพยาธิสภาพบริเวณโบรคา (Broca's area) ซึ่งอยู่บริเวณส่วนหลังของสมองกลีบหน้า (frontal lobe) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของริมฝีปาก ขากรรไกร ลิ้น เพดานอ่อนและสายเสียง ผู้ป่วยสามารถเข้าใจในสิ่งที่เห็น หรือสิ่งที่คนอื่นพูด แต่ไม่สามารถพูดหรืออธิบายให้ผู้อื่นเข้าใจได้ (กัมมันต์ พันธุมจินดา และ มีชัย สีใส, 2549)

1.2.5 ความบกพร่องด้านการควบคุม (executive impairment) เป็นความบกพร่องด้านความสามารถของบุคคลในการกำหนดเป้าหมาย และแสดงออกของพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การมีความสนใจ ความตั้งใจ การวางแผนการ ทำให้ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมการแสดงออกต่อสังคมไม่เหมาะสมเกิดพฤติกรรมเอาตัวเองเป็นศูนย์กลาง (impaired social capacity resulting in self-centered behavior) (Woodward & Mestecky, 2011)

1.3 ความบกพร่องด้านบุคลิกภาพและพฤติกรรม (personality and behavioral impairment) เกิดจากการที่มีพยาธิสภาพที่สมองกลีบหน้า (frontal lobes) ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการควบคุมอารมณ์ แสดงพฤติกรรมเหมือนเด็ก ถือตนเองเป็นสำคัญขาดการเอาใจใส่ต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม มีพฤติกรรมในสังคมไม่เหมาะสม ขาดเหตุผลในการตัดสินใจ ปราศจากความรู้สึกและอารมณ์ ไม่รู้จักตนเอง (Woodward & Mestecky, 2011) และยังพบว่าผู้ป่วยมีอารมณ์ไม่เหมาะสมหรือเปลี่ยนแปลงง่าย แยกตัวเองไม่ยอมเข้าสังคมหรือร่วมทำกิจกรรม ผู้ป่วยมีพฤติกรรมของการพูดซ้ำในคำหรือประโยคเดิม มีพฤติกรรมที่พึ่งพาบุคคลอื่น ผู้ป่วยบางรายอาจมีพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่รุนแรงได้ (Mantell, 2010)

1.4 ความบกพร่องด้านจิตใจ (psychological impairment) การได้รับบาดเจ็บสมองนอกจากจะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายแล้วยังส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วย ซึ่งผลกระทบต่อด้านจิตใจที่เกิดขึ้นจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับความบกพร่องด้านร่างกายที่หลงเหลืออยู่ทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระและต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน (Mantell, 2010) นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับบุคลิกลักษณะของแต่ละบุคคล พื้นฐานด้านจิตใจ บทบาทและหน้าที่ของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่เปลี่ยนแปลงไป และสัมพันธภาพภายในครอบครัว (Cummings & Mega, 2003) ปัญหาด้านจิตใจที่พบ ได้แก่

1.4.1 ภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นปัญหาด้านจิตใจที่พบได้มากที่สุดในการบาดเจ็บสมอง โดยพบได้ร้อยละ 10-77 ของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายร้อยละ 14 ของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่เสียชีวิตทั้งหมด ภาวะซึมเศร้านี้เกิดจากการมีพยาธิ

สภาพของสมองบริเวณฟรอนทัล เทม โปรัล และปมประสาท โดยเฉพาะสมองบริเวณฟรอนทัล ด้านซ้ายจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้เร็วและรุนแรงกว่าสมองบริเวณ ฟรอนทัลด้านขวา (Woodward & Mestecky, 2011)

1.4.2 ความวิตกกังวล (anxiety) เป็นอาการที่มีผลสืบเนื่องมาจากกลุ่มอาการภายหลังที่สมองได้รับความกระทบกระเทือน หรือเกิดจากการได้รับบาดเจ็บบริเวณระบบประสาทลิมบิก การได้รับบาดเจ็บสมองด้านขวามีโอกาสเกิดความวิตกกังวลได้มากกว่าการได้รับบาดเจ็บสมองด้านซ้าย (Cummings & Mega, 2003)

1.4.3 การสูญเสีย (loss) การสูญเสียในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่พบ ได้แก่ การสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ ความคิด สติปัญญา รวมถึงการสูญเสียคู่สมรสและสมาชิกในครอบครัว การตอบสนองการสูญเสียของบุคคลแตกต่างกัน ไปขึ้นอยู่กับ 1) ความรุนแรงของการสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยเฉพาะการกลืนปัสสาวะ อุจจาระ และการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลเกิดการสูญเสีย 2) สภาพทางเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม ทำให้ขาดรายได้ ส่งผลต่อการดำเนินชีวิต 3) สังคมและวัฒนธรรม และ 4) กลุ่มบุคคลที่ให้การช่วยเหลือในขณะที่ยังเกิดการสูญเสียในขณะนั้น (Cummings & Mega, 2003)

1.4.4 อาการก้าวร้าวและกระวนกระวาย (aggressiveness and agitation) การที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บสมองทั้งแบบรุนแรงน้อยถึงรุนแรงมาก มีการบาดเจ็บทั่วไปของสมอง มีก้อนเลือดภายในสมอง หรือการที่ได้รับความบาดเจ็บชนิดที่มีการแทงทะลุเข้าไปในกะโหลกศีรษะ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแยกแยะสิ่งที่มากระตุ้น เกิดการสับสน ไม่สามารถจัดระบบความคิดและยับยั้งพฤติกรรมที่แสดงความก้าวร้าวได้ (Woodward & Mestecky, 2011)

1.4.5 อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายและการแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม (mood and affect lability) อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายเกิดจากการได้รับบาดเจ็บของสมองกลีบหน้าบริเวณเบ้าตา (orbitofrontal cortex) ผู้ป่วยจะมีการแสดงอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงจากอารมณ์หนึ่งเป็นอีกอารมณ์หนึ่งอย่างรวดเร็วจากอารมณ์ที่มีความสุข โกรธ ฉุนเฉียวง่ายในช่วงเวลาสั้นๆ (Salmond & Sahakian, 2005) ความบกพร่องด้านร่างกายและความบกพร่องด้านการรู้คิดเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และการแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม

1.5 ความบกพร่องด้านสังคม (social impairment) จากความบกพร่องในด้านร่างกาย จิตใจ และการรู้คิด ทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการปรับตัว และมีความบกพร่องด้านทักษะการเข้าสังคม มีความยากลำบากในการสร้างสัมพันธภาพและการมีเพื่อน ทำให้มีพฤติกรรมในการอยู่ในสังคมที่ไม่เหมาะสม จากการศึกษาของวิส และคณะ (Wise et al., 2010) พบว่าภายหลังได้รับบาดเจ็บสมอง 1 ปี มีผู้ป่วยที่สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ร้อยละ 81 ผู้ป่วยส่วนที่เหลือยังไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้

2. ผลกระทบของการบาดเจ็บสมองต่อครอบครัว การบาดเจ็บสมองนอกจากส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโดยตรงแล้ว ความพิการหรือความบกพร่องที่หลงเหลืออยู่ของผู้ป่วยยังส่งผลกระทบต่อญาติและครอบครัว จากการศึกษาของ นิภาวรรณ สามารถกิจและ สุภาภรณ์ ค้วงแพง (2544) ที่ศึกษาถึงผลกระทบของการบาดเจ็บสมองที่มีต่อผู้ป่วยและครอบครัว พบว่า สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บสมองที่มีระดับความพิการและไม่รู้สติ จะได้รับผลกระทบที่เกิดจากการบาดเจ็บสมองแตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีความพิการในระดับเล็กน้อยและปานกลางมีผลกระทบต่อครอบครัวอยู่ในระดับต่ำกว่าครอบครัวที่ผู้ป่วยมีระดับความพิการอยู่ในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ผลกระทบของการบาดเจ็บสมองที่มีต่อครอบครัวสามารถสรุปได้ ดังนี้

2.1 ผลกระทบต่อโครงสร้างครอบครัว เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บสมองจะมีความบกพร่องด้านร่างกาย สูญเสียความทรงจำ มีการเปลี่ยนแปลงของสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก ตลอดจนมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ต้องพึ่งพาผู้อื่น สมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ รวมทั้งรู้สึกเป็นภาระ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย พฤติกรรม และแยกตัวออกจากสังคม (Marsh, Kersel & Havill, 1998) ผู้ที่ได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นคู่สมรสซึ่งเป็นภรรยา ที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ นอกจากจะมีหน้าที่ในการทำงานหารายได้มาดูแลสมาชิกในครอบครัวแล้ว ยังต้องมียุติบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย และอาจจะต้องรับหน้าที่เป็นผู้จัดการครอบครัว ต้องตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัวแทนสามีซึ่งได้รับบาดเจ็บสมอง ซึ่งบทบาทเหล่านี้สมาชิกในครอบครัวไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน และในกรณีที่ผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่ทั้งทางร่างกาย สติปัญญา บุคลิกภาพ และพฤติกรรม มีผลทำให้บทบาทและความรับผิดชอบของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป และยังเป็นภาระต่อครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ทำให้สมาชิกรายใดรายหนึ่งในครอบครัวต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน (นิภาวรรณ สามารถกิจและ สุภาภรณ์ ค้วงแพง, 2546)

2.2 ผลกระทบด้านจิตใจ การบาดเจ็บสมองเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน นำมาซึ่งภาวะวิกฤตของชีวิตและการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงทำให้ผู้ป่วยมีอาการไม่แน่นอน อยู่ระหว่างความเป็นกับความตาย ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของครอบครัว (นิภาวรรณ สามารถกิจและ สุภาภรณ์ ค้วงแพง, 2544) บางรายมีการตอบสนองออกมาในลักษณะซึมเศร้า หวาดกลัว สิ้นหวัง เอะอะไววาย เกิดความกลัวว่าผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บ กลัวผู้ป่วยจะพิการ และกลัวการสูญเสียสมาชิกในครอบครัว

2.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บสมองทำให้มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงเนื่องจากต้องใช้เทคโนโลยีเข้ามาร่วมวินิจฉัย เช่น การตรวจภาพด้วยรังสีคอมพิวเตอร์ สมอง การรักษา การผ่าตัด กรณีผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่หารายได้มาเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัวเกิดความพิการจากการบาดเจ็บ ต้องใช้เวลาในการรักษาและฟื้นฟูสภาพที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติหรือต้องลาออกจากงาน ส่งผลให้ครอบครัวขาดรายได้

จะเห็นได้ว่าอาการทางคลินิกของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ทำให้เกิดผลกระทบด้านร่างกาย ได้แก่ ความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว ความบกพร่องด้านการพูดและการสื่อสารภาษา การสูญเสียสายตา ด้านเดียว ความผิดปกติด้านการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ อาการชักภายหลังได้รับบาดเจ็บ และมีความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบด้านการรู้คิด ด้านบุคลิกภาพและพฤติกรรม และความบกพร่องด้านจิตใจ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลจากบุคคลอื่น ซึ่งคือผู้ดูแลนั่นเอง

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

เนื่องจากการบาดเจ็บสมองส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงระดับการรู้สึกร่างกาย มีข้อจำกัดหรือความบกพร่องทางด้านร่างกาย ความคิด สติปัญญา และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ความบกพร่องหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความสามารถในการรู้คิด การตัดสินใจของผู้ป่วย ทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจึงต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมที่ไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง โดยความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจะขึ้นอยู่กับระดับความพิการของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีระดับความพิการทั้งทางร่างกายและจิตใจหลงเหลืออยู่มากจะมีความต้องการการดูแลจากผู้ดูแลมากกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความพิการเล็กน้อยหรือปานกลาง (นิภาวรรณ สามารถกิจ และ สุภาภรณ์ ค้างคอง, 2544) ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ได้แก่

1. ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย จากการที่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีข้อจำกัดหรือมีความบกพร่องด้านร่างกาย ซึ่งข้อจำกัดดังกล่าวอาจเกิดจากความพิการหรือความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง โดยความบกพร่องในการดูแลตนเองที่ลดลงขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บระดับการรู้สึกร่างกายและความพิการที่หลงเหลืออยู่ (Woodward & Mesteky, 2011) จากการศึกษาของ แอทกินสัน (Atkinson, 1992) ที่ศึกษาถึงประสิทธิภาพการดูแลในกลุ่มผู้ดูแลทั้งชายและหญิงที่ดูแลผู้ป่วยที่สูญเสียความสามารถด้านร่างกายจากการมีพยาธิสภาพที่สมอง ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ผู้ดูแลมักจะทำกิจกรรมการดูแลในเรื่องการอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การทำความสะอาด

สะอาดแผล ดูแลให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย รวมถึงการดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และจากการศึกษาของ ชันญชิตาโพธิประสาธ (2547) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองพบว่า มีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับไปอยู่บ้านร้อยละ 40 ผู้ป่วยบางรายเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า 1 อย่าง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบได้แก่ อุบัติเหตุ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ และแผลกดทับ ดังนั้นผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีความบกพร่องด้านร่างกายและจิตใจหลงเหลืออยู่ มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย มีความต้องการการดูแลจากผู้ดูแลด้านร่างกาย ได้แก่ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้นได้

2. ความต้องการการดูแลด้านจิตใจ การที่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความพิการด้านร่างกายหลงเหลืออยู่ ทำให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่เคยปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น และต้องเรียนรู้การที่จะมีชีวิตรอดภายใต้ข้อจำกัดต่างๆ ของร่างกาย ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยมาก ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง หดหู่กำลังใจ ความภาคภูมิใจและความมีคุณค่าในตนเองลดลง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีปัญหาทางด้านจิตใจโดยตรงจากการได้รับบาดเจ็บสมองที่มีความผิดปกติของสมองกลีบหน้า กลีบข้าง และปมประสาท ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า (Reilly & Bullock, 2005) ถ้าผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บบริเวณต่างๆ ไปของสมองจะทำให้เกิดอาการก้าวร้าวและวุ่นวาย ส่วนผู้ป่วยที่มีความผิดปกติที่ระบบลิมบิก จะทำให้ผู้ป่วยแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม ขาดความขัดเกลา (Woodward & Mestecky, 2011) ดังนั้นผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจึงต้องการการดูแลด้านจิตใจจากผู้ดูแลด้วยความเข้าใจ สนับสนุนและให้กำลังใจ เพื่อประคับประคองจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับกับสภาพและความสามารถที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ภายใต้ข้อจำกัดของร่างกายและจิตใจที่มีอยู่ ทำให้คุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ดีขึ้น

การได้รับบาดเจ็บสมองมีผลกระทบกับผู้ป่วยและครอบครัวมาก ผู้ป่วยมีปัญหาและความต้องการการดูแลที่ซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยยังมีความพิการหลงเหลืออยู่ กล่าวคือ ผู้ป่วยยังมีความบกพร่องด้านร่างกาย ด้านการรู้คิด สถิติปัญญา สมาธิ ความจำ ความตั้งใจ การรับรู้และความรู้สึก รวมถึงมีความบกพร่องด้านจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งความบกพร่องเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น แม้ว่าผู้ป่วยจะอยู่ในระยะพักฟื้นแล้วก็ตาม และยังต้องการการดูแลเป็นระยะเวลานาน นอกจากนี้ผู้ป่วยยังต้องการการดูแลเพื่อช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ ดังนั้นเมื่อมีบุคคลในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยที่ต้องการการพึ่งพาและต้องการการดูแลจากผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแลที่ต้องให้การช่วยเหลือดูแลและเป็นที่พึ่งพาของผู้ป่วย จึงต้องรับผลกระทบและเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยกลับมาพักฟื้นและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ความหมายของผู้ดูแล

ความหมายของผู้ดูแลมีนักวิชาการกล่าวไว้หลากหลาย Wood (1991) มองว่าผู้ดูแลหมายถึง บุคคลซึ่งทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย โดยคอยสนับสนุน ช่วยเหลือบุคคลหรือกลุ่มคนในการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น ในขณะที่เดวิส (Davis, 1992) มองว่า ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วย ทพพลภาพ หรือบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น ได้แก่ สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตรที่มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายหรือสายเลือดในทางการพยาบาล โอเร็ม (Orem, 1995) ให้ความหมายผู้ดูแล (dependent agent) หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยช่วยดูแลส่งเสริมความอยู่รอดและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องพึ่งพาเนื่องจากบุคคลนั้น ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ ซึ่งผู้ดูแลอาจได้แก่ สามี ภรรยา หรือญาติ

สำหรับประเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยนั้น ฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985) อธิบายถึงผู้ดูแลไว้ใน 2 ลักษณะ โดยจำแนกตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยและการใช้เวลาในการดูแลดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (direct care) มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ช่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า ป้อนอาหารหรือให้อาหารทางสายยาง ช่วยดูแลเรื่องการขับถ่าย ทำความสะอาดแผล ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา เป็นต้น โดยให้เวลาในการดูแลอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอมากกว่าคนอื่นๆ

2. ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึง บุคคลที่มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การกระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชนหรืองานสังคม ดูแลเรื่องการเดินทางในการตรวจรักษา เป็นต้น หรืออาจปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรงเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ดูแล คือ บุคคลที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรงและทำหน้าที่ช่วยเหลือในการจัดการด้านอื่นๆ ต่อผู้ป่วย และเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในการวิจัยครั้งนี้จึงมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในทางกฎหมายหรือทางสายเลือดโดยเป็น บิดามารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือญาติที่อยู่ในครอบครัว โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างในการดูแลผู้ป่วย

บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีความพิการหลงเหลืออยู่พบว่ามีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ดังนั้นผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจึงต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมผู้ดูแลควรมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ดังนี้

1. การดูแลร่างกาย (physical caring behaviors) ประกอบด้วยการดูแลทั้งหมด 2 ส่วน ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น ดังนี้

1.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในการทำกิจกรรมตั้งแต่ตื่นนอนจนถึงเข้านอน โดยผู้ดูแลจะให้ความช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองพยายามช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองทำไม่ได้ พร้อมทั้งให้กำลังใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ช่วยป้องกันและแก้ไขความพิการ ส่งเสริมให้มีการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย มีร่างกายที่แข็งแรง (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2551) การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีดังนี้

1.1.1 การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองควรได้รับอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เนื่องจากจะทำให้มีภาวะโภชนาการที่ดี ส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาท รวมถึงระบบการเรียนรู้ ความจำดีขึ้น (Groff, Gropper, & Hunt, 1995) ทำให้ระดับความพิการทางระบบประสาททั้งด้านร่างกายและจิตใจดี ความเสี่ยงของการติดเชื้อและการเกิดแผลกดทับลดลง การหายใจของแผลดีขึ้น (LeMone & Burke, 2000) โดยผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในรายที่รับประทานอาหารทางปากได้ ในช่วงแรกอาจยังไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ผู้ดูแลต้องให้ความช่วยเหลือในการป้อนอาหาร ในรายที่ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้แต่ไม่สะดวก หรือทำได้ช้า ผู้ดูแลควรปล่อยให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรับประทานอาหารเองโดยจัดหาอุปกรณ์ที่เหมาะสมให้ เช่น ขามก้นลึก ขามปากกว้าง ถ้วยมีหู ช้อนที่มีซี่ติดกับมือ (กิ่งแก้ว ปาจริย, 2547) ในรายที่ต้องอาหารทางสายยางที่ผ่านทางจมูกหรือปาก ผู้ดูแลต้องเตรียมอาหารตามสูตรของแผนการรักษาของแพทย์รวมถึงวิธีการจัดเตรียมอาหาร การเก็บรักษาอาหาร (เพลินดา ศิริปการ, 2544)

1.1.2 การแต่งกาย ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในรายที่สามารถสามใส่เสื้อผ้าได้เองบางส่วนเนื่องจากมีความผิดปกติในเรื่องของการเคลื่อนไหว ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือในการจัดเตรียมเสื้อผ้าที่ขนาดค่อนข้างหลวมและถอดได้สะดวกให้แก่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเท่าที่

จำเป็น ในรายที่ระดับความรู้สึกตัวยังไม่ปกติ ผู้ดูแลต้องให้ความช่วยเหลือในการสวมใส่เสื้อผ้าทั้งหมดให้แก่ผู้ป่วย

1.1.3 การทำความสะอาดร่างกายและการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล เป็นสิ่งที่ต้องทำเป็นประจำ เพื่อขจัดสิ่งสกปรกและของเสียที่ขับออกทางผิวหนัง นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรู้สึกสดชื่น ผ่อนคลายความตึงเครียด และกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ช่วยให้หายอ่อนเพลีย (อัญรา หล่อวิจิตร, 2544) การทำความสะอาดร่างกายของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองโดยการอาบน้ำที่ห้องน้ำหรือบนเตียง ควรทำก่อนหรือหลังอาหาร 1 ชั่วโมง และผู้ป่วยบาดเจ็บสมองต้องได้รับการอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง (สุปราณี เสนนาดิษฐ์ และ มณี อาภานันท์กุล, 2552) ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่สามารถเคลื่อนย้ายตัวเองไปห้องน้ำและสามารถอาบน้ำได้เอง ผู้ดูแลต้องเตรียมอุปกรณ์การทำความสะอาดร่างกายให้แก่ผู้ป่วย เช่น แก้วสำหรับให้น้ำอาบ น้ำ สบู่ ผ้าเช็ดตัว แปรงสีฟัน ยาสระผม เป็นต้น และให้การช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองไม่สามารถทำได้ ในรายที่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองไม่สามารถเดินไปห้องน้ำเองได้แต่สามารถเช็ดตัวได้เองที่เตียง ผู้ดูแลช่วยเหลือโดยการเตรียมอุปกรณ์ในการทำทำความสะอาดร่างกายมาให้ผู้ป่วย และกระตุ้นให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง โดยผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองไม่สามารถทำได้ และในรายที่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือในการทำทำความสะอาดร่างกายให้แก่ผู้ป่วยทั้งหมด

1.1.4 การเคลื่อนไหว ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีกำลังแขนขาทั้งสองข้างปกติ ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองในการเคลื่อนย้ายจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง ทำให้เกิดการฟื้นฟูสภาพร่างกายและส่งผลให้ส่วนต่างๆ ของร่างกายมีการเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2547) ในรายที่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีกำลังแขนขาอ่อนแรงแต่สามารถเคลื่อนย้ายตัวเองได้ถ้ามีผู้ช่วยเหลือหรืออุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น ไม้ค้ำยัน ไม้พยุงตัว ผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งเท่าที่จำเป็น และกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้แขนหรือขาข้างที่อ่อนแรงในการเคลื่อนย้ายด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังแขนหรือขาข้างที่อ่อนแรงด้วย ในรายที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนย้ายได้ด้วยตัวเอง ต้องนอนอยู่บนเตียง ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือดูแลในเรื่องของการพลิกตะแคงตัว เปลี่ยนท่า ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว ช่วยเหลือในการออกกำลังกายให้แก่ผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นตามมา เช่น แผลกดทับ ปอดอักเสบ การอุดตันของหลอดเลือดดำส่วนลึก ท้องผูก

1.1.5 การพักผ่อน ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจะมีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการนอนได้ (Catalane, 1999) ผู้ดูแลจึงต้องมีการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรู้สึกผ่อนคลาย สงบ รวมถึงการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรู้สึกผ่อนคลาย ไม่เกิดความเครียด พักผ่อนนอนหลับได้ หรือ

การจัดเครื่องดื่มนุ่นๆ เช่น นม ให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง หรือปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาในการให้ยานอนหลับ (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2551)

1.2 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรงจะมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความรู้สึกและการรับรู้ ความสามารถในการตัดสินใจต่อสิ่งแวดล้อมและสถานการณ์รอบข้าง ลดลง การเคลื่อนไหวในการหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายลดลง ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุต่างๆ ได้ (Woodward & Mestecky, 2011)

1.2.1 การป้องกันการสำลัก ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในระดับปานกลางถึงรุนแรง เมื่อพ้นระยะวิกฤตบางรายอาจมีปัญหาในด้านการกลืนเนื่องจากการลดลงการควบคุมริมฝีปากและลิ้น มีความผิดปกติในการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อลิ้นทำให้ลิ้นทำงานไม่ปกติ ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีโอกาสเสี่ยงต่อการสำลัก (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2547) ดังนั้นควรจัดให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองอยู่ในท่าศีรษะสูง 30-45 องศา ในขณะที่ให้อาหาร และ 1 ชั่วโมงภายหลังให้อาหาร ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่รับประทานอาหารได้เอง ผู้ดูแลควรจัดเตรียมอาหารที่ผู้ป่วยเคี้ยวและกลืนได้ง่าย ในผู้ป่วยที่ต้องให้อาหารทางสายยางผ่านจมูกหรือปาก ผู้ดูแลจะต้องตรวจสอบให้แน่ใจทุกครั้งก่อนให้อาหารว่าสายยางอยู่ในกระเพาะอาหาร และตรวจการทำงานของลำไส้ดูปริมาณอาหารที่ค้างคั่งจากการให้มื่อก่อน ขณะให้อาหารควรให้อาหารผ่านทางสายยางช้าๆ สำหรับในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีคาท่อเจาะคอหรือมีเสมหะและน้ำลายมาก ผู้ดูแลต้องดูแลให้ทางเดินหายใจโล่งก่อนให้อาหารทางสายยางทุกครั้ง เพื่อป้องกันการสำลักที่อาจเกิดขึ้นได้ (สุปราณี เสนนาดิษฐ์ และ มณี อาภานันท์กุล, 2552)

1.2.2 การป้องกันการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีปัญหาด้านร่างกายหลงเหลืออยู่ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ด้วยตนเองจะทำให้มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ ของร่างกาย เนื่องจากมีความบกพร่องของการรับรู้ความรู้สึกของร่างกายด้านความเจ็บปวด การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ความสามารถในการเปลี่ยนท่านอน ทำให้มีแรงกดเฉพาะที่เกิดขึ้นร่วมกับความกดของเนื้อเยื่อลดลงจากการที่ไม่สามารถควบคุมการขยับถ่าย ได้ มีปัสสาวะมากผิดปกติเกิดความชื้นและของร่างกาย มีการกลืนไถลตัวของผู้ป่วยและมีภาวะโภชนาการเปลี่ยนแปลง (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2551) ดังนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลช่วยพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองอย่างน้อยทุก 1-2 ชั่วโมง การเปลี่ยนท่าผู้ป่วยบาดเจ็บสมองโดยวิธีการยกแทนวิธีการลากตัวผู้ป่วย มีการจัดทำผู้ป่วยบาดเจ็บสมองไม่ให้มีการกลืนไถล ช่วยนวดบริเวณปุ่มกระดูกและหลังอย่างนุ่มนวลเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต จัดหาหมอนหรือฟองน้ำรองบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ เพื่อลดแรงกดของผิวหนัง ดูแลความสะอาดของร่างกายของผู้ป่วย ตลอดจนดูแลความสะอาดของเสื้อผ้าและเครื่องนอนของผู้ป่วยไม่ให้ยับ (สุปราณี เสนนาดิษฐ์ และ มณี อาภานันท์กุล, 2552)

1.2.3 การป้องกันข้อติดแข็ง เกิดจากผู้ป่วยอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ ไม่ยอมเคลื่อนไหว หรือออกกำลังกายข้อต่างๆ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและและสรีรวิทยาของเนื้อเยื่อ ประสานที่เรียงตัวกันหลวมๆ ถูกแทนที่ด้วยเนื้อเยื่อที่เรียงตัวกันแน่นขึ้นเบะกล้ามเนื้อรอบๆ ข้อต่อ หดสั้นลง ส่งผลให้เกิดข้อติดแข็ง ทำให้เกิดการเกร็งของกล้ามเนื้อ โดยข้อติดแข็งที่พบบ่อยได้แก่ ข้อศอก ข้อมือ นิ้วมือ สะโพก เข่าและเท้า (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2547) ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องให้การดูแลโดยการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีการเคลื่อนไหว มีการออกกำลังโดยการหมุนข้อตามองศาของข้อ นั้นๆ และมีการจัดทำของข้อต่างๆ ให้อยู่ในแนวปกติ โดยมีการนำไม้กระดานหรือหมอนมาช่วย ประคองไว้ กระตุ้นให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองใช้แขนหรือขาข้างที่ปกติช่วยแขนหรือขาข้างที่มีพยาธิสภาพในการออกกำลัง ให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสามารถงอเหยียด แกว่งแขนหรือขาที่มีพยาธิสภาพ (สุปราณี เสนนาดิษฐ์ และ มณี อาภาณันทิกุล, 2552)

1.2.4 การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีโอกาสที่จะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ เนื่องจากมีความผิดปกติในเรื่องของการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ (Woodward & Mestecky, 2011) ทำให้มีความจำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะหรือใช้วัสดุรองรับภายนอก เช่น ถุงพลาสติก ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เป็นต้น ดังนั้นเป้าหมายของการให้การดูแลผู้ป่วยจึงมุ่งที่จะป้องกันการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ดูแลต้องให้การดูแลในการฝึกการขับถ่ายปัสสาวะ การดูแลความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ การดูแลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองดื่มน้ำประมาณวันละ 2,500-3,000 มิลลิลิตร/วัน ถ้าไม่มีข้อห้าม การเปลี่ยนสายสวนและวัสดุรองรับภายนอกอย่างสม่ำเสมอ (สุปราณี เสนนาดิษฐ์ และ มณี อาภาณันทิกุล, 2552)

1.2.5 การป้องกันโรคปอดอักเสบและปอดแฟบ เป็นภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่นอนนาน โดยเฉพาะในรายที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบและปอดแฟบ โดยการพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ดูแลให้อาหารแก่ผู้ป่วยอย่างถูกวิธีเพื่อป้องกันการสำลักอาหารซึ่งจะทำให้เกิดปอดอักเสบได้ (Woodward & Mestecky, 2011)

1.2.6 การป้องกันการลิบของกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจะมีปัญหาในเรื่องของการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง เป็นสาเหตุทำให้เกิดการลิบของกล้ามเนื้อในข้างที่มีพยาธิสภาพ โดยจะทำให้กล้ามเนื้อมีกำลังและความตึงตัวลดลง ผู้ดูแลจึงต้องมีการกระตุ้นและช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในการออกกำลัง และเกร็งกล้ามเนื้อแขนและขาอย่างสม่ำเสมอ ในรายที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ดูแลต้องคอยออกกำลังกายแขนและขาให้ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ การป้องกันการลิบของกล้ามเนื้อ (กึ่งแก้ว ปาจริย์, 2547)

1.2.7 การป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดดำส่วนลึก เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่นอนนานๆ ผู้ดูแลต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีการ

เคลื่อนไหวร่างกาย ดูแลช่วยพลิกตะแคงตัวให้อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง ออกกำลังกายให้ผู้ป่วยโดยการหมุนข้อตามองศาของข้อนั้นๆ ใช้หมอนหรือวัสดุรองปลายเท้าให้สูงขึ้น และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ

1.2.8 การป้องกันอุบัติเหตุ การที่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความบกพร่องด้านร่างกายทำให้ความสามารถการเคลื่อนไหวลดลง มีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้และความรู้สึก มีความผิดปกติด้านสติปัญญา ความจำ ภาษาและการสื่อสาร ทำให้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ (Woodward & Mestecky, 2011) ดังนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุของผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยการเก็บสิ่งของมีคมต่างๆ เคลื่อนย้ายสิ่งกีดขวางที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายออกไป จัดเตรียมอุปกรณ์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรม เช่น ไม้ค้ำยัน รถเข็น เครื่องพยุงตัว เป็นต้น และตรวจสอบอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่ดีทุกครั้ง ดูแลให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตราย เช่น การขับรถ การทำงานที่โลดโผน การดื่มสุรา

1.2.9 การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้แก่ การมาตรวจตามนัด การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น (Woodward & Mestecky, 2011) ผู้ดูแลต้องพาผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมาตรวจตามที่แพทย์นัด เพื่อให้แพทย์ได้มีการติดตามความก้าวหน้าของการรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย และการตรวจดูอาการแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ การดูแลให้ผู้บาดเจ็บสมองให้ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ สังเกตอาการข้างเคียงของยา และสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น ปวดศีรษะอย่างรุนแรง อาเจียนพุ่ง ชัก สับสนมากขึ้น เอะอะว๊ายวาย หรือซึมหลับตลอดเวลา ถ้าพบอาการผิดปกติควรรีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์

2. การดูแลด้านจิตใจ สำหรับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองด้านจิตใจ ผู้ดูแลควรยึดหลักการส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความจริงเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น หรือสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามความเหมาะสม นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องให้การดูแลด้วยความรัก ความเมตตา เพื่อช่วยเหลือชีวิตของผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (Mantell, 2010) การดูแลด้านจิตใจ ได้แก่

2.1 การป้องกันภาวะซึมเศร้า (depression) ผู้ดูแลต้องรับฟังการระบายความรู้สึก ความคับข้องใจของผู้บาดเจ็บสมองและยอมรับความรู้สึกของผู้ป่วยที่แสดงออกมา ปลอบโยนให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ ให้ความเข้าใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้คิดและตัดสินใจด้วยตนเอง พยายามพูดคุยให้ผู้บาดเจ็บสมองรู้สึกสบายใจ (Woodward & Mestecky, 2011) นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องใช้คำพูด

ที่สั้นๆ เข้าใจง่าย หรืออาจต้องพูดหรือถามซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ มีการใช้ถ้อยคำที่สุภาพเหมาะสม และคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองด้วย

2.2 การป้องกันความวิตกกังวล (anxiety) ผู้ดูแลต้องรับฟังการระบายความคับข้องใจของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและยอมรับความรู้สึกของผู้ป่วยที่แสดงออกมา ปลอดภัยให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ พยายามพูดคุยให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรู้สึกสบายใจ

2.3 การป้องกันการเกิดการสูญเสีย ผู้ดูแลต้องให้ความสำคัญในเรื่องของการค้นหาสิ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสีย ให้ความช่วยเหลือเท่าที่จะทำได้ มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการสูญเสีย กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายด้านที่มีพยาธิสภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกหรือปฏิเสธในสิ่งที่ผู้ป่วยได้รับด้วยตนเอง กล่าวชมเชยและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะทำกิจกรรมนั้นๆ ได้สำเร็จ (Woodward & Mestecky, 2011)

2.4 การป้องกันพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองส่วนใหญ่จะมีการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การแสดงอาการที่ก้าวร้าว เอะอะโวยวาย โดยที่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่แสดงออกได้ (Mantell, 2010) ผู้ดูแลอาจมีการเตือนสติผู้ป่วยบาดเจ็บสมองด้วยถ้อยคำที่อ่อนโยนพร้อมทั้งมีการสัมผัสร่างกายของผู้ป่วยร่วมด้วย ต่อมาควรเพิกเฉยต่อพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกอย่างไม่เหมาะสมนั้น โดยไม่คำหนิหรือแสดงการยอมรับ มีการชมเชยเมื่อผู้ป่วยมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมที่เหมาะสม (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2547)

2.5 การป้องกันอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายและการแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม มักเกิดควบคู่กับการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ผู้ดูแลต้องไม่คล้อยตามอารมณ์ของผู้ป่วย มีการสัมผัสและเตือนสติผู้ป่วยบาดเจ็บสมองด้วยท่าทางนุ่มนวล (กิ่งแก้ว ปาจริย์, 2547) นอกจากนี้ผู้ดูแลต้องให้การดูแลในเรื่องของการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ให้กำลังใจ จัดสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรู้สึกผ่อนคลาย จัดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ชมเชยเมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บสมองลดอาการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม

จะเห็นได้ว่าบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีความยุ่งยาก ซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีการเปลี่ยนแปลงในระบบการดูแลตนเอง มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ด้านการนึกคิดและการตัดสินใจ ทำให้มีความต้องการการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ผู้ดูแลจะต้องทำหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองและอยู่ในภาวะพึ่งพา ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจถึงความสำคัญและความจำเป็นของการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งต้องมีทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจึงจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของ Mackay (1992) ที่ศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง 2 กลุ่ม กลุ่มแรกจำนวน 17 ราย ได้รับการรักษาโดยมีโปรแกรมการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บสมอง และกลุ่มที่ 2

จำนวน 21 ราย ซึ่งไม่ได้รับการรักษาโดยโปรแกรมการรักษาจะให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บสมอง ได้แก่ การกระตุ้นประสาทส่วนการรับรู้ต่างๆ การออกกำลังกาย การเปลี่ยนท่านอนเพื่อลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่าผู้ป่วยจะอยู่ในระยะไม่รู้สีกตัวน้อยกว่า และใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการรักษา และพบว่าระยะเวลาอนโรยพยาบาลสั้นกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ จูพาวรีย์ ถิ่นทิพย์ (2549) ที่ศึกษาผลของการส่งเสริมการดูแลของครอบครัวต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับและข้อยึดติดในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและครอบครัวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการส่งเสริมการดูแลของครอบครัวตามทฤษฎีการดูแลบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมความสามารถในการดูแลของครอบครัวช่วยลดการเกิดแผลกดทับและข้อยึดติดของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเมื่อเปรียบเทียบกับการพยาบาลตามปกติ ดังนั้นบทบาทของผู้ดูแลและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจึงมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยนั้นมีความแตกต่างกันตามลักษณะปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแล (Orem,1995) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแล ได้แก่

1. เพศ เป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัวและสังคม เพศที่แตกต่างกันอาจมีความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม การรับรู้บทบาทที่ต่างกัน ในผู้ดูแลที่มีความแตกต่างในด้านเพศ น่าจะมีความสามารถในการดูแลที่ต่างกัน (Walker, Pratt & Eddy, 1995)
2. อายุ ผู้ดูแลที่มีอายุระหว่าง 21-60 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ มีความมั่นคงในด้านหน้าที่การงาน มีความรับผิดชอบสูงสุดเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่ และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Orem,1995)
3. สถานภาพสมรส ผู้ดูแลที่เป็นบุคคลที่มีสถานภาพสมรสอยู่ จะมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าบุคคลที่มีสถานภาพสมรสโสด เพราะคู่สมรสมีความใกล้ชิดมากกว่าผู้อื่น มีโอกาสช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่า (จอม สุวรรณโณ, 2541)
4. ระดับการศึกษา ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการหาความรู้ มีความเข้าใจเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วย การศึกษาเป็นสิ่งจำเป็นต่อการพัฒนาทักษะและทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพ (Orem,1995)

5. รายได้ของครอบครัว รายได้เป็นปัจจัยพื้นฐานของครอบครัวที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลที่มีรายได้ต่ำจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้สูง และผู้ดูแลที่มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายได้มาก (Walker, Pratt & Eddy, 1995)

6. ระยะเวลาการดูแล ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิตมีผลต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาที่ยาวนานอาจมีผลให้ผู้ดูแลเกิดความชำนาญมากขึ้นเนื่องจากผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในการดูแลมากขึ้น แต่บางครั้งการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาที่ยาวนานทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระ เกิดความเครียดและรู้สึกยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย (Haley & Perkins, 2004)

7. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากครอบครัวเป็นสภาพแวดล้อมที่สำคัญในการช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการปรับตัวเมื่อมีปัญหาหรือความเครียดเกิดขึ้น (Orem, 1995) สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยเฉพาะความสัมพันธ์ใกล้ชิดทางสายเลือดจะเพิ่มทักษะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยดี (จอม สุวรรณโณ, 2541)

8. ความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยที่ภาวะเจ็บป่วยทางสุขภาพหรือมีความรุนแรงของโรคที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง มีผลต่อผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยต่างกัน

สรุป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ระยะเวลาการดูแล และความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีความพิการหลงเหลืออยู่ เป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจึงมีความซับซ้อน ยุ่งยาก ผู้ดูแลจึงต้องได้รับการสนับสนุนและพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองอยู่ในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและต่อเมื่อที่บ้าน

การประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

การประเมินความสามารถของผู้ดูแล เป็นการวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงเป็นการติดตามความก้าวหน้าและความต่อเนื่องของการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย มีนักวิจัยได้สร้างเครื่องมือเพื่อวัดความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยดัดแปลงมาจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของเดนนิส (The Denyes Self-care Agency) ที่สร้างขึ้นในปี 1980 (Denyes cited in Denyes, 1982) เพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเองของวัยรุ่น โดยสร้างอยู่บนพื้นฐานทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเกี่ยวกับความแข็งแกร่งและข้อจำกัดของบุคคลใน

ความสามารถตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง โดยให้เป็นไปตามสมมติฐานเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ ต่อมาเดนนิสและฟิลเดย์ (Denyes & Fildey, 1986) ได้ดัดแปลงเครื่องมือนี้เพื่อใช้วัดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (The Denyes & Fildey Dependent Care Agency Instrument) และนำไปใช้กับผู้ปกครองเด็กจำนวน 30 ราย พบว่า ใช้ประเมินความสามารถและการรับรู้ความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กได้ดี

สำหรับในประเทศไทย อรทัย โสมนรินทร์ (2538) ได้แปลและดัดแปลงแบบสอบถามความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของเดนนิสและฟิลเดย์มาใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยมีข้อคำถาม 34 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ด้านความใส่ใจในสุขภาพ ด้านความเข้มแข็งในตนเองและความสามารถในการตัดสินใจ ด้านความแข็งแรงของร่างกาย ด้านความรู้สึกล่อลวงสุขภาพผู้ป่วย และด้านการให้คุณค่าเกี่ยวกับสุขภาพ โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90

จินนะรัตน์ ศรีภักธิคุณ (2540) ได้สร้างแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้หลักการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและการประเมินพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตามกรอบทฤษฎีการเรียนรู้ เพื่อประเมินความถูกต้อง ครบถ้วน ความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอของการดูแล โดยประเมินกิจกรรมการดูแล 4 ด้าน คือ การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย การดูแลกิจวัตรประจำวันและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการสนับสนุนและให้กำลังใจ แบบข้อคำถามประกอบด้วยข้อคำถาม 41 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-123 คะแนน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83 ต่อมา นิภาภัทร ภักธพงศ์บัณฑิต (2548) ได้ดัดแปลงแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของ จินนะรัตน์ ศรีภักธิคุณ (2540) มาใช้ในการให้ความรู้และการฝึกทักษะที่ผู้วิจัยนำไปใช้กับผู้ดูแล และข้อคำถามเป็นการประเมินการปฏิบัติที่ผู้ดูแลให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยให้ผู้ดูแลตอบตามที่ได้ปฏิบัติจริง โดยการประเมินกิจกรรมการดูแล 4 ด้าน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย การดูแลกิจวัตรประจำวันและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการสนับสนุนและให้กำลังใจ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 41 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนระหว่าง 0-3 คะแนน และได้ตัดทอนค่าคะแนนในข้อ 19 เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้คายสวนปัสสาวะหรือผู้ป่วยที่คายสวนปัสสาวะจาก 0-3 คะแนน เป็นค่าคะแนนระหว่าง 0-2 คะแนน เพื่อให้คำตอบมีความชัดเจนมากขึ้น คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-122 คะแนน

จารึก ธานีรัตน์ (2544) ได้สร้างแบบบันทึกความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยยึดหลักของการวางแผนจำหน่ายร่วมกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยคำนึงถึงความสามารถของผู้ดูแล 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการฟื้นฟูสภาพ และด้านการดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยแบบบันทึกประกอบด้วยข้อคำถามที่ประเมินถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมการดูแลผู้ป่วย 4 ด้าน คือ ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน จำนวน 13 ข้อ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวน 10 ข้อ ด้านการฟื้นฟูสภาพ จำนวน 5 ข้อ และด้านการดูแลทางด้านจิตใจ จำนวน 7 ข้อ รวมทั้งหมด 35 ข้อ ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .94

แบบประเมินความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบบันทึกความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่สร้างโดย จารึก ธานีรัตน์ (2544) แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามที่ประเมินถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมการดูแลผู้ป่วย 4 ด้าน คือ ด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน จำนวน 10 ข้อ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวน 7 ข้อ ด้านการฟื้นฟูสภาพ จำนวน 5 ข้อ และด้านการดูแลทางด้านจิตใจ จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งหมด 26 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับดังนี้

- 0 คะแนน หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติเลย
- 1 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง
- 2 คะแนน หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง

คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-52 คะแนน การแปลผลคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยคิดคะแนนโดยรวม คะแนนยิ่งสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูง

การส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมามีการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลให้สามารถแก้ปัญหาและจัดการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลายวิธี ได้แก่

การศึกษาของ นันทิยา ชินโคตร (2550) ศึกษาความสามารถของผู้ดูแลหลักของครอบครัวภายหลังใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักของครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ คัดเลือกกลุ่ม

ตัวอย่างโดยการสุ่ม จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการประเมินผลในการดูแลผู้ป่วย 2 ครั้ง ครั้งแรกเมื่อได้รับเลือกเป็นผู้ร่วมวิจัย และครั้งที่ 2 ภายหลังได้รับการพยาบาลตามกระบวนการที่กำหนดก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 วัน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลหลักของครอบครัวภายหลังใช้กระบวนการพยาบาล หลังการทดลองมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะดีกว่าก่อนการทดลอง และผู้ดูแลหลักของครอบครัวภายหลังใช้กระบวนการพยาบาล หลังการทดลองมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะดีกว่าผู้ดูแลหลักที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักของครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะดีขึ้น

นอกจากการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองแล้ว ที่ผ่านมายังมีการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีลักษณะช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย เช่น การศึกษาของ จอม สุวรรณ (2541) ได้ศึกษาถึงความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วย และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของญาติผู้ดูแล โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 30 ราย เก็บข้อมูลโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแบบประเมินความสามารถของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า ญาติผู้ดูแลมีการเรียนรู้เพื่อพัฒนาความสามารถ 2 วิธี ได้แก่ 1) การเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยการตระหนักรู้ด้วยตนเอง มีการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม การสังเกตวิธีการปฏิบัติ ทดลองปฏิบัติแบบลองผิดลองถูก และศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลเอง 2) เรียนรู้จากพยาบาลและทีมสุขภาพอย่างเป็นระบบ และยังพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของผู้ดูแล ได้แก่ แรงจูงใจ การมีเป้าหมายในการสังเกตและใช้เหตุผลวิเคราะห์เชื่อมโยงข้อมูล การมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและขอความช่วยเหลือ การได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค อาการผู้ป่วย และการดูแล การสนับสนุนจากญาติผู้ดูแลรายอื่น การสนับสนุนจากครอบครัว และการที่เวลาในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมของผู้ดูแล และเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจของผู้ดูแลในการเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแล

สุดศิริ หิรัญขุนหะ (2541) ศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลัก และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มละ 15 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ประกอบด้วย 1) กระบวนการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพที่บ้าน 2) การส่งเสริมการดูแลที่บ้าน 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล 4) ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และ 5) ผลลัพธ์จากการดูแล นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการดูแล คือ การเตรียมความพร้อมผู้ดูแล การพัฒนาความสามารถการดูแลและจัดการตนเอง พัฒนาความสามารถการดูแลด้วยตนเองและปรับบทบาท และพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างยั่งยืนและปรับวิถีชีวิต กลยุทธ์ที่ส่งเสริมความสามารถการดูแลประกอบด้วย การสร้างความไว้วางใจและเชื่อถือ การสะท้อนคิดพิจารณา การมีส่วนร่วม หากกลุ่มช่วยเหลือ สร้างพลังความสามารถในการดูแล ผสมผสานความเชื่อการดูแล สนับสนุนและชมเชยในวิธีการดูแลของผู้ดูแล ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ครอบครัวร่วมรับรู้การเตรียมความพร้อม ความหวัง การช่วยเหลือของครอบครัว ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ระดับความต้องการการดูแล แหล่งสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแล และภาวะเศรษฐกิจ

จารึก ธานีรัตน์ (2544) ศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลอง 30 ราย ได้รับการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการพยาบาลตามปกติ ทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินความสามารถครอบคลุมด้านกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลด้านจิตใจ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการวางแผนจำหน่าย และเมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มทดลอง พบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่าย

นิภาภัทร ภัทรพงศ์บัณฑิต (2548) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 1 ปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ราย โดยทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศอายุและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล

ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีผลให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

พวงทอง เพชรโทณ (2547) ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) ต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อในความสามารถตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 30 ราย ผลการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลทำให้ความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อในความสามารถตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสันส่งผลต่อการพัฒนาระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อในความสามารถตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของญาติผู้ดูแล ช่วยส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่สังคมได้

ยุวดี รอดจากภัย รัชนี สรรเสริญ และ วรรณรัตน์ ลาวัณ (2550) ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ที่ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ตามรูปแบบดำเนินการที่กำหนดขึ้นโดยกิบสัน (Gibson, 1993) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยญาติผู้ดูแล จำนวน 45 ราย ซึ่งเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นเป็นรายบุคคลเพื่อเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและแบบกระบวนการกลุ่มเพื่อให้ทราบถึงรายละเอียดเกี่ยวกับโรค และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง หลังสิ้นสุดการดำเนินการกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ที่ป่วยเรื้อรัง พบว่าผู้ดูแลมีการรับรู้พลังอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจตามรูปแบบของกิบสัน ส่งผลดีต่อพฤติกรรมและสมรรถนะของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ที่ป่วยเรื้อรัง

จากผลการศึกษาที่กล่าวมา สรุปได้ว่า กระบวนการพยาบาล การวางแผนจำหน่าย การเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน การสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล การสนับสนุนและให้ความรู้ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน การให้ญาติหรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถช่วยส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยได้ แต่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นวิธีที่นำมาพัฒนาความสามารถของญาติผู้ดูแล โดยมุ่งเน้นที่การส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจปัญหาในทุกๆ ด้าน สามารถคิดวิเคราะห์สถานการณ์ และตัดสินใจหาวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถโดยมีบุคลากรทีมสุขภาพคอยสนับสนุนช่วยเหลือ การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย และสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและ

คุณภาพชีวิต ทำให้มีพลัง มีความผาสุก และตระหนักในศักยภาพของตนเอง ช่วยให้ผู้อื่นสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

การเสริมสร้างพลังอำนาจ

ความหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

พลังอำนาจ (power) เป็นความสามารถของบุคคลในการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต เป็นความสามารถในการจัดการกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต มิลเลอร์ (Miller, 2000) ได้กล่าวไว้ว่า พลังอำนาจ คือ แหล่งทรัพยากรสำหรับการดำเนินชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของบุคคลและเป็นความสามารถที่มีอิทธิพลต่อสิ่งใดๆ ก็ตามที่เกิดขึ้นกับบุคคล ส่วนคำว่า empower เป็นคำกริยา หมายถึง การที่บุคคลที่มีอำนาจได้ให้อำนาจกับบุคคลที่มีอำนาจน้อยกว่าหรือส่งเสริมความสามารถให้บุคคลบรรลุผลสำเร็จ (Guralnik, 1970 cited in Hawk, 1992) พลังอำนาจไม่ใช่ความสามารถที่ได้มาแต่กำเนิด แต่เป็นสิ่งที่บุคคลที่สามารถพัฒนาได้ กระบวนการที่ช่วยให้บุคคลพัฒนาพลังอำนาจขึ้นมาได้เรียกว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) (Gibson, 1993) ซึ่งความหมายตามพจนานุกรม (Collins Cobuild advanced learner's English dictionary) (Sinclair, 2006) หมายถึง กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการให้อำนาจหรือเป็นผลลัพธ์จากการให้อำนาจ โดยแสดงออกถึงคุณสมบัติของการมีอำนาจในการจัดการ ควบคุม การเข้าไปมีอิทธิพล และใช้ทรัพยากรหรือความรู้ ความสามารถของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลหรือกลุ่มคนพัฒนาความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ความเป็นอยู่ การงาน และความสำเร็จ ส่งเสริมให้มีการตัดสินใจร่วมกัน เกิดความร่วมมือ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองจากความสามารถของบุคคลในการเรียนรู้จากประสบการณ์ หรือจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ได้รับการส่งเสริมจากผู้อื่น ตลอดจนการเรียนรู้ที่เกิดจากการวิเคราะห์ในสิ่งต่างๆ จนเกิดความเข้าใจ มีอิสระในการเลือกและตัดสินใจ ควบคุมจัดการ และตัดสินใจเรื่องราวหรือสถานการณ์ให้ตนเองประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย โดยใช้ความรู้ความสามารถ และทรัพยากรที่มีอยู่ (Gibson, 1993)

โดยสรุปกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างให้บุคคลพัฒนาพลังอำนาจ ทำให้มีพลังอำนาจในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ความเป็นอยู่ การงาน และความสำเร็จ เป็นกระบวนการที่มีการตัดสินใจร่วมกัน และถ่ายโอนอำนาจให้เกิดความเสมอภาค ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดขึ้นได้จากความสามารถของบุคคลในการเรียนรู้จากประสบการณ์ หรือจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ได้รับการส่งเสริมจากผู้อื่น

ตลอดจนการเรียนรู้ที่เกิดจากการวิเคราะห์ในสิ่งต่างๆ จนเกิดความเข้าใจ สามารถควบคุม จัดการ สถานการณ์ให้ตนเองประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย

คุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กิบสัน (Gibson, 1991) ได้อธิบายถึงคุณลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ ดังนี้

1. การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดในหลายมิติ คือ เป็นได้ทั้งกระบวนการ (process) และ ผลลัพธ์ (result) เป็นกระบวนการที่ดำเนินการเป็นขั้นตอน มีการประเมินผลแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน และเป็นผลลัพธ์ที่ได้จากการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่บุคคล กลุ่มคน หรือองค์กร
2. การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดเชิงบวก (positive concept) เป็นกระบวนการที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง เป็นแนวคิดที่ช่วยพัฒนาศักยภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดี
3. การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่ช่วยเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง และช่วยเพิ่มศักยภาพ ในการดูแลตนเองของบุคคล และยังเป็นกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดพฤติกรรมสุขภาพเชิง บวก
4. การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่เฉพาะเจาะจงในการแก้ไขปัญหาหรือ สถานการณ์มากกว่าที่ตัวปัญหา เน้นความแข็งแกร่งและความสามารถของบุคคลมากกว่าข้อจำกัด
5. การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการ คือเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (transactional concept)
6. การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่มีความเป็นหุ้นส่วน บุคคลต้องมีส่วนร่วมใน การกระทำ (participant concept)
7. การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่มีอิสระในการเลือก สามารถยืดหยุ่นหรือ ปรับเปลี่ยนได้ (dynamic concept) เป็นนามธรรมและอิสระเหมาะกับช่วงเวลาหรือสถานการณ์ใดก็ได้ (abstract concept) เคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ (humandignity concept) และเป็นประชาธิปไตย สามารถมีสิทธิ์เลือกปฏิบัติได้ (democracy concept)

การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1993) เป็น กระบวนการที่ช่วยให้บุคคลมีส่วนร่วมในการควบคุมสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่ามี พลังอำนาจสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal process) มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารความคิดความรู้สึกเป็นลักษณะที่ทั้งสองฝ่าย ต้องใช้ความพยายามร่วมกันมีการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมที่ เหมาะสมในแต่ละบุคคลและปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับปัญหาและสถานการณ์มี ปฏิสัมพันธ์เชิงสร้างประโยชน์ร่วมกันเพื่อเพิ่มความแข็งแกร่งให้เกิดขึ้นกับบุคคลเป็นการหาทางออก

และแก้ไขปัญหามากกว่าที่ตัวปัญหาเน้นความแข็งแกร่งและความสามารถมากกว่าข้อจำกัดหรือจุดด้อยของบุคคลใดที่เกี่ยวข้องกับอำนาจของบุคคลมีทั้งการให้และการรับอำนาจหรือใช้อำนาจร่วมกันรวมถึงถ่ายโอนอำนาจให้เกิดความเสมอภาค มีการแลกเปลี่ยนความคิดความรู้สึก และกระทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้เกิดความเจริญและมีพัฒนาการของบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อให้บุคคลที่มีความรู้ความสามารถในการควบคุมสิ่งแวดล้อมเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรับรู้ว่าตนเองมีพลังอำนาจสามารถควบคุมความและกำหนดทิศทางในการดำเนินชีวิตได้นอกจากนี้กิบสัน (Gibson, 1993) ได้กล่าวว่าการที่จะช่วยเหลือบุคคลในการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ต้องมีความเชื่อพื้นฐานดังนี้

1. บุคคลเป็นเจ้าของสุขภาพสุขภาพเป็นเรื่องของแต่ละบุคคลที่บุคคลนั้นจะต้องรับผิดชอบ แม้ว่าแพทย์พยาบาลจะมีหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคลแต่ไม่มีอำนาจผูกขาดต่อสุขภาพเหนือบุคคลนั้นต้องเคารพในสิทธิของบุคคล
2. บุคคลควรได้รับความเคารพนับถือต่อศักยภาพของบุคคลในการที่จะพัฒนาความเจริญอกงามหรือความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของตนเองมีความสามารถในการตัดสินใจในเรื่องใดๆของตนแม้ว่าบางครั้งอาจต้องอาศัยข้อมูลหรือความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นบ้างก็ตาม
3. บุคคลทางสุขภาพไม่สามารถเสริมสร้างพลังอำนาจให้บุคคลเกิดความสามารถได้ ตัวของบุคคลเท่านั้นที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจของตนเองบุคคลทางสุขภาพมีหน้าที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการพัฒนาตนเอง ช่วยเหลือให้เกิดการคงทนของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและรู้จักใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมได้และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง
4. บุคลากรทางสุขภาพต้องยอมรับการให้ความร่วมมือของชุมชน ต้องมีสำนึกในเรื่องของอิสรภาพและพร้อมที่จะรับการปฏิเสธความช่วยเหลือของบุคคลบุคคลจะตัดสินใจเลือกสิ่งต่างๆด้วยตนเองไม่จำเป็นต้องทำตามคำแนะนำที่บุคลากรแนะนำไว้
5. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจต้องมีความเคารพนับถือซึ่งกันและกันไม่ใช่ลักษณะของการมองว่าฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไร้ความสามารถ ปฏิสัมพันธ์ทั้งสองฝ่ายควรเป็นแบบเกื้อกูลกันเอื้อผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน
6. ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจต้องมีความน่าเชื่อถือไว้วางใจซึ่งกันและกัน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล

ตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) ปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจคือความมุ่งมั่นทุ่มเท (commitment) ความผูกพัน (bound) และความรัก (love) ของบุคคลต่อเรื่องนั้นๆโดยมีความคับข้องใจ (frustration) ความขัดแย้งปัญหาหรืออุปสรรค เป็นปัจจัยที่ทำให้

บุคคลเข้าสู่ขั้นตอนต่างๆของกระบวนการที่บุคคลมีความรักต่อบุคคลอื่น พร้อมทั้งให้การช่วยเหลือ และเมื่อบุคคลมีกำลังใจจะสามารถกระทำทุกวิถีทางเพื่อให้ได้มาสิ่งที่คาดหวัง ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้แก่

1. ปัจจัยภายในบุคคล (intrapersonal factors) ประกอบด้วย

1.1 ค่านิยม (value) ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยภายในบุคคลที่เป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบในการที่จะดูแลตนเอง

1.2 ความเชื่อ (beliefs) เป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาอุปสรรค การที่บุคคลมีความเชื่อที่ดีต่อการดูแลหรือเชื่อว่าการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้การเจ็บป่วยดีขึ้น ความเชื่อดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความหวัง (a hopeful future) และมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี

1.3 เป้าหมายในชีวิต (determine) เกิดจากการที่บุคคลมีพลังความเข้มแข็งและแรงจูงใจ (strong and motivation) ที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆเพื่อไปสู่เป้าหมายพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ตนเองได้รับสิ่งที่ดีที่สุดแม้ว่าจะมีอุปสรรค

1.4 ประสบการณ์ส่วนบุคคล (experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งที่สำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ที่ช่วยให้บุคคลมีแนวทางสำหรับจัดการและควบคุมสถานการณ์ได้

2. ปัจจัยภายนอกบุคคล (interpersonal factors) ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม (social support) สมาชิกในครอบครัวบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องและบุคลากรทีมสุขภาพที่มีส่วนสนับสนุนให้ความรู้คำแนะนำข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและแผนการรักษา ตลอดจนการได้รับการส่งต่อในชุมชน หรือการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สิ่งสนับสนุนต่างๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ดียิ่งขึ้น

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่มีลักษณะเป็นพลวัตร มีความต่อเนื่องไม่หยุดนิ่ง อยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันโดยมีกระบวนการของการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนจากการศึกษาของกิบสัน (Gibson, 1995) พบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในการปฏิบัติประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นขั้นตอนที่พยายามให้บุคคลค้นพบและยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับตนเองประกอบไปด้วยการตอบสนองของบุคคล 3 ด้านคือ

1. การตอบสนองด้านอารมณ์ (emotional responses) เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่ต้องเผชิญ จะเกิดความรู้สึกสับสนไม่แน่ใจ ต่อต้าน วิตกกังวล กระวนกระวาย กลัว โกรธ ทำให้บุคคลไม่สามารถยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพความเป็นจริงได้ ความเจ็บป่วยที่ต้องเผชิญความไม่เข้าใจสภาพและความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ในระยะนี้ บุคคลจะเกิดความคับข้องใจคิดว่าตนเองป่วยและไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพที่ดีได้แต่หากบุคคลเปลี่ยนวิธีคิดและมีความหวังจะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจพยายามค้นหาปัญหาสาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริงสามารถหาแนวทางแก้ไขได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

2. การตอบสนองด้านสติปัญญาการรับรู้ (cognitive responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถความมั่นใจก็จะมีการแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบๆ ตัวโดยการหาข้อมูลความรู้ซักถามจากผู้มีความรู้หรือมีประสบการณ์คล้ายคลึงกันเพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและใช้ข้อมูลจากการแสวงหาใช้ในการประกอบการตัดสินใจในการปฏิบัติ

3. การตอบสนองด้านพฤติกรรม (behavioral response) เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตนจะเกิดการมองปัญหาในแง่ดีและพยายามทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นเกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของตนเองใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ผ่านมา มาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ปัจจุบัน พยายามทำทุกวิถีทางเพื่อทำให้สามารถแก้ไขปัญหานั้นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) เป็นขั้นตอนการทบทวนเหตุการณ์หรือสถานการณ์อย่างรอบครอบ เพื่อตัดสินใจและเลือกวิธีการจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม เมื่อบุคคลค้นพบปัญหาตามสถานการณ์จริง จะเกิดความคับข้องใจในการดูแลควบคุมกับความผิดหวังจะส่งผลให้บุคคลมีการพัฒนาตนเอง ช่วยให้เกิดมุมมองปัญหาประเมินคิดพินิจพิจารณาถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทบทวนเหตุการณ์สถานการณ์อย่างรอบครอบเพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจนเกิดการพัฒนารู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (a sense of personal control) เกิดความคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากการไร้ความสามารถของตนเองบุคคลจะพยายามหาทางเลือกในการปฏิบัติช่วยให้บุคคลเกิดการพัฒนาขึ้นและมีความตระหนักถึงความเข้มแข็งความสามารถของตนเองเกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถ และการตัดสินใจนำไปสู่การเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (taking charge) ในขั้นตอนที่ผ่านมาบุคคลจะมีความตระหนักในความเข้มแข็งเชื่อมั่นในความรู้ของตนเองการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เกิดการยอมรับตนเอง (self-determination) โดยการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมจะมีเงื่อนไขดังนี้คือ

1) เป็นวิธีแก้ปัญหาให้กับตนเอง 2) สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ 3) ได้รับการเอาใจใส่ และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง 4) ผ่านการปรึกษาและยอมรับจากทีมสุขภาพ และ 5) เป็นวิธีที่ยอมรับได้และเปิดกว้างให้บุคคลอื่นนำไปปฏิบัติได้ โดยในขั้นตอนนี้บุคคลจะมีพันธะสัญญากับตัวเองคือ การปกป้อง (advocate for) โดยคิดว่าการให้การดูแลเป็นการปกป้องตนเอง เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเอง สิ่ง que คิดว่ากระทำแล้วดีกับตนเองบุคคลก็จะกระทำ การเรียนรู้ในการแก้ปัญหา (learning to ropes) เป็นการเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาร่วมกับทีมสุขภาพและจากการใช้ประสบการณ์เดิม การเจรจาต่อรองเกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาล (driving negotiation in the hospital setting) โดยคิดว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลรักษา และสร้างความรู้สึกร่วม (establishing partnership) การต้องการมีส่วนร่วมในการรักษาและการตัดสินใจในการรักษา จะทำให้บุคคลพยายามแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัยและมีประโยชน์จากทีมสุขภาพ และจากการแสวงหาข้อมูลด้วยตนเอง จะช่วยให้บุคคลมีการตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม และเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่คงประสิทธิภาพ (holding on) จากการที่บุคคลตระหนักในความเข้มแข็งและความสามารถของตนเองมีพลังอำนาจและพยายามคงอยู่ด้วยตนเองแม้ว่าสถานการณ์ต่างๆเปลี่ยนแปลงไปซึ่งในขณะนี้เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางเลือกแล้วพยาบาลกับบุคคลจะร่วมมือแก้ไขปัญหามีกลยุทธอื่นๆในการแก้ปัญหาด้วยตัวเองเมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือความสำเร็จบุคคลจะรู้สึกว่ามีพลังมีความมั่นใจมีความสามารถมีอำนาจในการควบคุมสิ่งต่างๆที่มีอิทธิพลต่อตนเองได้และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ครั้งต่อไปเมื่อพบปัญหาสามารถย้อนกลับไปในวงจรของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้อีกอย่างเป็นพลวัตร

การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนตามแนวคิดของกิบสัน (1995) เป็นกระบวนการระหว่างบุคคลซึ่งในแต่ละขั้นตอนในการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีความต่อเนื่องกันและสามารถเกิดสลับไปมาได้ในแต่ละขั้นตอน การที่บุคคลจะสามารถผ่านแต่ละขั้นตอนได้จะต้องใช้ความคิดอย่างเป็นระบบใช้ความพยายามความเชื่อมั่นพลังใจ พลังความคิดเมื่อบุคคลสามารถผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้วจะเกิดผลต่อบุคคลในคุณลักษณะที่จะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้สามารถทำได้ทั้งเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม

ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) การรับรู้พลังอำนาจ (sense of power) เป็นผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการที่บุคคลรายงานว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง โดยมีการรับรู้ 4 ด้าน ได้แก่

1. การรู้สึกถึงความสามารถในการจัดการในสถานการณ์ตนเอง (a sense of mastery of their situation) คือการที่บุคคลมีการรับรู้ในศักยภาพและความสามารถของตนเองในการเผชิญปัญหา การแก้ปัญหา ตลอดจนสามารถดำเนินการได้สำเร็จบรรลุตามเป้าหมายแม้จะมีอุปสรรคที่เกิดขึ้น โดยอาศัยสถานการณ์ปัญหาที่ทำให้ผู้เกี่ยวข้องการเรียนรู้ ร่วมกับการนำความรู้และประสบการณ์เดิมที่มีอยู่มาประยุกต์ใช้เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

2. ความพึงพอใจในตนเอง (personal satisfaction) คือการที่บุคคลมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ยินดีในผลงานที่เกิดขึ้น มีความมั่นใจและมีกำลังใจในการปฏิบัติงานต่อไป ส่งผลให้บุคคลประสบผลสำเร็จบรรลุตามเป้าหมาย

3. การพัฒนาตนเอง (self-development) คือ การที่บุคคลรับรู้ถึงการปรับปรุง เปลี่ยนแปลง ลักษณะส่วนบุคคลในด้านต่างๆ ไปสู่สิ่งที่ดี เหมาะสมและถูกต้องยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น

4. การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต (purpose and meaning in life) คือ ความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นในตนเองเกี่ยวกับการยอมรับและการนับถือตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง เชื่อมั่นในตนเอง มีเป้าหมายในชีวิต มีความภาคภูมิใจในตนเอง และมองเห็นถึงความสำคัญของตนเองต่องานที่ได้รับผิดชอบและต่อผู้อื่น

การเสริมสร้างพลังอำนาจยังเกิดผลต่อบุคคล ทำให้บุคคลมีศักยภาพทางด้านความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่า (better health) กิบสัน (Gibson, 1995) เชื่อว่าหากบุคคลมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองทั้ง 4 ด้านในระดับสูงก็จะสามารถให้การดูแลบุคคลอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตามผลลัพธ์เชิงลบของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พบจากรายงานการศึกษาของกิบสัน (Gibson, 1995) มีตัวอย่างเพียงส่วนน้อยที่รายงานว่าเมื่อมีการพัฒนาตนเองแล้วจะถูกปฏิเสธหรือไม่ได้รับการยอมรับ (rejection) มีภาระรับผิดชอบมากเกินไป (responsibility overload) และได้รับการสนับสนุนน้อยจากบุคลากรทีมสุขภาพ (less support) โดยสรุปแล้วผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจส่วนใหญ่เป็นผลลัพธ์ทางบวก ที่ทำให้บุคคลสามารถควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์ที่มีอิทธิพลเหนือตนเองได้ มีศักยภาพและความสามารถดูแลตนเอง และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพจากแนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะเห็นได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจส่งผลให้บุคคลมีการพัฒนาทักษะการคิด

วิเคราะห์ การตัดสินใจ เกิดความตระหนักรู้ปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา สามารถแก้ปัญหาได้จากการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และเลือกแนวทางแก้ปัญหาด้วยตนเอง ตระหนักถึงศักยภาพและข้อจำกัดของตนเองในการปรับเปลี่ยนและแก้ปัญหา ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมสถานการณ์ ควบคุมชีวิตตนเองได้ มีทัศนคติที่ดี

การเสริมสร้างพลังอำนาจกับการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บสมองทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาและต้องการการดูแลจากผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแลที่ต้องให้การช่วยเหลือดูแลและเป็นที่พึ่งพาของผู้ป่วย จึงต้องรับผลกระทบทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเครียด วิตกกังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง เหนื่อยล้า หมดกำลังใจ เบื่อหน่าย ซึมเศร้า และขาดความเชื่อมั่นในตนเองในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลสูญเสียพลังอำนาจ การสูญเสียพลังอำนาจจะส่งผลให้ผู้ดูแลขาดการรับรู้บทบาทของตนเอง ขาดความสามารถในการตัดสินใจ รู้สึกโดดเดี่ยว อ่อนเพลีย และไม่สามารถที่จะควบคุมสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยได้ (Ducharme et al., 2001) การเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถต่อสู้กับปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น และเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ผู้ดูแลเกิดการรับรู้พลังอำนาจสามารถควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ดีขึ้น (Gibson, 1995) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการวิจัยนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ โดยจัดทำเป็นโปรแกรมการพยาบาลเพื่อช่วยพัฒนาความสามารถให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถการจัดการปัญหาและควบคุมสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น

กิบสัน (Gibson, 1995) ได้ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของมารดาจำนวน 12 ราย ที่ให้การดูแลบุตรที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นระยะเวลา 12 เดือน ใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพรวบรวมข้อมูลรายบุคคลด้วยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วมการบันทึกการสัมภาษณ์โดยใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์ถึงโครงสร้างพบว่าองค์ประกอบของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในทางปฏิบัติประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การดำเนินการด้วยตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจให้เกิดขึ้นในบุคคลนั้น บุคคลจะต้องได้รับการช่วยเหลือด้านความรู้ที่จำเป็น พัฒนา

ความสามารถและความเชื่อมั่นในการกระทำของตน ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจจากการศึกษาของกิบสันครั้งนี้พบว่า มารดาที่รับรู้ว่าคุณเองมีพลังอำนาจจะมีความรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง ฟังพอใจในตนเอง มีการพัฒนาตนเอง มีเป้าหมายและมีความหมายชีวิตโดยรับรู้ในศักยภาพของตนเองในการเผชิญปัญหาแก้ไขปัญหาลดจนสามารถดำเนินการได้บรรลุตามเป้าหมายภายใต้อุปสรรคที่เกิดขึ้น รับรู้ถึงการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงลักษณะส่วนบุคคลในด้านต่างๆ ไปสู่สิ่งที่เหมาะสมและถูกต้องมากขึ้น แต่จากการศึกษานี้ยังพบผลลัพธ์เชิงลบของการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งมีเพียงส่วนน้อย (1 ราย) ที่รายงานว่าเมื่อมีการพัฒนาตนเองแล้วจะถูกปฏิเสธและจะได้รับการสนับสนุนน้อยกว่าบุคลากรที่มีสุขภาพ (less support) เพราะทุกคนประเมินว่าเราสามารถจัดการหรือกระทำสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเองหรือไม่ได้รับการยอมรับ (rejection) ต้องมีการรับผิดชอบมากเกินไป (responsibility overload) ภาระที่รับผิดชอบมากเกินไปนี้สร้างความกดดันและความเครียดให้กับมารดา โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาที่ไม่คุ้นเคยกับสถานการณ์แบบนี้มาก่อน

เบอร์เกอร์ แอนเดอร์สัน และ คาอูกเจียน (Berger, Anderson & Kavookjian, 2002) ได้ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยที่รับยาเป็นประจำโดยเภสัชกรโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ศึกษาผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับยาอย่างต่อเนื่องจำนวน 30 ราย พบว่า กลยุทธ์ที่ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจได้แก่การเปิดเผยวิถีชีวิตประจำวัน การใช้วันที่สำคัญในการสร้างพลัง การใช้สิ่งที่ดีในชีวิต การให้ข้อมูลข่าวสาร การกล่าวถึงอนาคตที่วางไว้เพื่อช่วยในการตัดสินใจและมีการใช้ทักษะการสื่อสาร การแสวงหาข่าวสาร การกล้าแสดงความคิดเห็น กล้าตัดสินใจ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและความสามารถแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้ด้วยตนเอง

แมคคาร์ที และคณะ (McCarthy et al, 2002) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับบิดามารดาผู้ดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืดจำนวน 57 ครอบครัว โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 28 ครอบครัว และกลุ่มทดลอง 29 ครอบครัว ดำเนินการเป็นกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 5-8 ครอบครัว กลุ่มทดลองจะได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นเวลา 3 สัปดาห์ และโทรศัพท์ติดตามเดือนละครั้งเป็นเวลา 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า บิดามารดาผู้ดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืดที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ การตัดสินใจ และความสามารถในการดูแลบุตรสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ศิริรัตน์ คุ่มสิน (2546) ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ กิบสัน (Gibson, 1993) ต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในคลินิกอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 10 ราย กลุ่มทดลองได้รับการ

เสริมสร้างพลังอำนาจที่บ้านเป็นรายบุคคล ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการบริการสุขภาพตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ทั้งสองกลุ่มพบว่า กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการรับรู้พลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการสุขภาพตามปกติ ส่วนระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลอง สำหรับคะแนนเฉลี่ยความเครียดหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยทุกช่วงเวลาต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการสุขภาพตามปกติ การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงการนำกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเพิ่มการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลให้มีความสามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลได้

ศศิมา วัฒนา (2548) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลและการรับรู้พลังอำนาจของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 40 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการทางสุขภาพตามปกติ ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 5 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการรับรู้พลังอำนาจดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สิริอร ข้อยุ่น (2550) ได้ศึกษาถึงผลการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ดูแลในครอบครัวที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยใน ต่อระดับการรับรู้พลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์จัดการกับความเจ็บป่วย โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานเพศหญิง อายุ 40-60 ปีจำนวน 26 ครอบครัว ทำการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 13 ครอบครัว โดยกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ให้การพยาบาลที่ตึกผู้ป่วย 3 ครั้ง และติดตามเยี่ยมที่บ้านอีก 1 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีการรับรู้พลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์จัดการกับความเจ็บป่วยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มทดลองมีการรับรู้พลังอำนาจในการควบคุมสถานการณ์จัดการกับความเจ็บป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) จำนวนการกลับมารักษาซ้ำลดลง

รังสินี ผลาภิรมณ์ (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังใจในมารดาต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กพัฒนาการล่าช้าที่มารับบริการในคลินิกส่งเสริมพัฒนาการเด็กและคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 25 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างพลังใจตามแนวคิดของกิบสัน (1995) ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ประภา ชีวีโรจน์ (2552) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993) ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในระดับปานกลางที่มารับบริการที่คลินิกสมองเสื่อม จำนวน 14 ราย สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 7 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการทางสุขภาพตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่บ้านเป็นรายบุคคล ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน สูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมกลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่คะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ของกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมกลุ่มทดลองสูงกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมกลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ของกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสันสามารถพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีขึ้น ผู้ดูแลเกิด

การรับรู้พลังอำนาจมากขึ้น มีความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตน รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลได้ ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการใช้แนวคิดของการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson,1995) ซึ่งมีเป้าหมายของการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองมีการรับรู้พลังอำนาจของตนเอง มีความสามารถและมีพลังอำนาจในการตัดสินใจเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆและดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองอย่างมีประสิทธิภาพ และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจจะนำมาซึ่งการรับรู้พลังอำนาจว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการ หรือควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้เกิดการรับรู้พลังอำนาจทั้ง 4 ด้านตามที่กล่าวมาแล้ว โดยอาศัยขั้นตอนทั้ง 4 ขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson,1995) ได้แก่การพบค้นพบสภาพการณ์ที่เป็นจริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแนวคิดนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ความสามารถของตนได้ตามกิจกรรมในการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพและดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพและให้ผู้ดูแลสามารถค้นพบปัญหาตามสถานการณ์จริงมีการสะท้อนคิดพิจารณาไตร่ตรองถึงปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ปัญหาของตนเอง สามารถประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ตลอดจนข้อจำกัดและสาเหตุของการบกพร่องในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

กิจกรรมครั้งที่ 2 เป็นการดำเนินการในขั้นตอนที่ 2 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจคือการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลมีการสะท้อนคิดพิจารณาไตร่ตรองปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองและให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง กิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมการสะท้อนคิดเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสามารถสะท้อนสถานการณ์ประสบการณ์ และประเมินสภาพปัญหาผลกระทบของผู้ดูแลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยใช้คำถามกว้างๆ และเจาะลึกในรายละเอียดแต่ละประเด็น ใช้แนวลักษณะคำถามปลายเปิดตามแนวข้อคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ทราบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองยังขาดทักษะหรือมีปัญหาในการดูแลด้านใด ให้กลุ่มตัวอย่างสรุปประเด็นปัญหาในสิ่งที่ได้เรียนรู้และผู้วิจัยทำหน้าที่บันทึกและอ่านทบทวน

กิจกรรมครั้งที่ 3 เป็นการดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 3 คือการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้อย่างเหมาะสมและดีที่สุด กิจกรรมประกอบด้วย การให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้นำเสนอเกี่ยวกับประเด็นที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง และให้ร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นต่อประสบการณ์เหล่านั้น ร่วมเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองโดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลได้ตัดสินใจเลือกการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

กิจกรรมครั้งที่ 4 เป็นการดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจในขั้นตอนที่ 4 คือการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามประเมินปัญหาและอุปสรรคแนวทางแก้ไขปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โดยให้ผู้ดูแลนำเสนอผลจากการเลือกแนวทางในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่เหมาะสมที่สุดสำหรับตนเองจากกิจกรรมครั้งที่ 3 ที่นำไปปฏิบัติกับผู้ป่วย รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น มีการให้ข้อเสนอแนะแนวทางในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองรวมทั้งให้กำลังใจกับผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ขั้นตอนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อนำวิธีที่เลือกนำไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองจะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในครั้งต่อไป แต่เมื่อพบว่าวิธีการที่เลือกใช้ปฏิบัติไม่มีประสิทธิภาพหรือไม่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ผู้วิจัยกระตุ้นและชี้แนะผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองให้เข้าสู่ขั้นตอนการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อค้นหาวิธีการปฏิบัติใหม่ที่สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้อย่างเหมาะสมและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ตามขั้นของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่เป็นพลวัตร

กิจกรรมครั้งที่ 5 ถึงครั้งที่ 6 เป็นการโทรศัพท์ติดตามที่บ้านโดยมีการโทรศัพท์ติดตามในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล สอบถามถึงสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และติดตามประเมินผลการแก้ปัญหาของผู้ดูแลตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสอบถามถึงข้อสงสัยต่างๆ และตอบข้อสงสัยของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองให้กำลังใจเสริมแรงบวกเมื่อกลุ่มตัวอย่างสามารถแก้ปัญหา และปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง และกระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองคงไว้ซึ่งกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามสภาพปัญหาและร่วมกันค้นหาสาเหตุและแนวทางในการแก้ไขปัญหาใหม่ และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยตนเองตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

กิจกรรมครั้งที่ 7 เป็นการติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของผู้ดูแลหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล 1 เดือนและปิดการดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้ผ่านขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน คาดว่าสามารถส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกิดการรับรู้ความสามารถของตน สามารถจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้ โดยจะเกิดความพึงพอใจในตนเองที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองได้อย่างเหมาะสม เกิดความมั่นใจและกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยมีความชัดเจนมากขึ้นจากการนำประสบการณ์ที่ได้จากการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่มีอยู่เดิมผสมผสานกับสิ่งที่ได้เรียนรู้ใหม่ๆ ในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้มีแนวทางสำหรับจัดการและควบคุมสถานการณ์ไม่ว่าจะเป็นเรื่องความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บสมอง อาการและอาการแสดง การรักษา รวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้การตระหนักรู้ในตนเองโดยผ่านขั้นตอนที่ 1 และ 2 ของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะทำให้ผู้ดูแลพึงพอใจในความสามารถของตนเอง นำไปสู่ความเชื่อมั่นและมั่นใจในตนเองเกิดกำลังใจที่จะดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองต่อไป ซึ่งกิบสัน (Gibson, 1995) เชื่อว่าบุคคลที่มีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองมากก็จะสามารถให้การดูแลผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นกัน ทั้งนี้ยังมีปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการเกิดพลังอำนาจ คือ ความมุ่งมั่นทุ่มเท ความผูกพันและความรัก ความเชื่อว่าตนเองสามารถจัดการกับปัญหาอุปสรรคและการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและสังคมจะช่วยให้ผู้ดูแลมีพลังเข้มแข็งและแรงจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายของตนเอง ซึ่งในกระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นผู้ดูแลจะเป็นผู้ที่เสริมสร้างพลังอำนาจกับตนเองเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ผู้ศึกษาไม่สามารถไปเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ดูแลได้แต่ผู้ศึกษาจะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือให้เกิดความคงทนของพฤติกรรมในการดูแลที่ดี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ตัวแปรต้นของการศึกษา ได้แก่ การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ตัวแปรตาม ได้แก่ ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง 4 ด้าน ประกอบด้วย การดูแลกิจวัตรประจำวัน การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วย