

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ในการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการศึกษา ดังนี้

1. อัมพาตครึ่งซีก
2. ทฤษฎีการปรับตัวของรอย
- 2.1 การปรับตัวและสิ่งเร้า
- 2.2 การพยาบาล
- 2.3 การปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
- 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก
- 2.5 การประเมินการปรับตัวของบุคคล
3. แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างพลังอำนาจและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. อัมพาตครึ่งซีก

อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) ไม่ใช่โรค แต่เป็นอาการที่มีการอ่อนแรงของแขนและขาซีกใดซีกหนึ่งของร่างกาย อัมพาตครึ่งซีกมักเกิดจากการที่สมองซีกใดซีกหนึ่งมีพยาธิสภาพ จึงทำให้การควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อแขนและขาตรงข้ามสูญเสียไป(น้อมจิตต์ นวลเนตร์, 2545) เป็นภาวะที่พบบ่อยที่สุดอย่างหนึ่งของโรกระบบประสาท อัมพาตครึ่งซีกอาจเกิดจากหลายสาเหตุแต่สาเหตุสำคัญและที่พบได้มากในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก คือ โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease or Stroke) ซึ่งพบมากในวัยกลางคนและวัยสูงอายุ ซึ่งมีอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายสูง ส่วนผู้ป่วยที่รอดชีวิตจะเกิดความพิการอย่างถาวรและชั่วคราวตามมาเสมอ นอกจากนี้ยังมีโอกาสเกิดโรคซ้ำได้อีก โดยที่ยังไม่มีการรักษาเฉพาะที่จะได้ผลดีไปกว่าการฟื้นฟูสภาพ ดังนั้น ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจึงต้องมารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องและปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง เพื่อที่จะสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามอัตรภาพ พึงพาผู้อื่นน้อยลงและสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปได้ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมต่อไปได้อย่างปกติสุข

1.1 คำจำกัดความ

องค์การอนามัยโลก (สถาบันประสาทวิทยา, 2545) ได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่าเป็นภาวะที่มีความผิดปกติของระบบหลอดเลือดสมองเป็นเหตุให้สมองบางส่วนหรือทั้งหมดทำงานผิดปกติไป ก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงซึ่งคงอยู่เกิน 24 ชั่วโมงหรือทำให้เสียชีวิต

National Survey of Stroke (อ้างถึงใน กาญจนา ศิริวรราช, 2536) ให้ความหมายไว้ว่า โรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง กลุ่มอาการทางคลินิกของโรคทางระบบประสาทซึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและอยู่นานเกิน 24 ชั่วโมง

สำหรับ “โรคหลอดเลือดสมอง” นอกจากมีการให้ความหมายในลักษณะที่แตกต่างกัน ยังมีการใช้คำที่คล้ายคลึงกัน จึงอาจก่อให้เกิดความสับสนได้ คำที่คล้ายคลึงกันหรือคำที่ใกล้เคียง ได้แก่ อัมพฤกษ์ อัมพาต ดังนี้

1.1.1 ความหมายของอัมพฤกษ์

กิ่งแก้ว ปาจริย์ (2547) กล่าวว่า อัมพฤกษ์ ใช้ในกรณีที่มีอาการอ่อนแรงไม่มากหรือมีอาการเพียงชั่วคราว

น้อมจิตต์ นวลเนตร (2545) กล่าวว่า อัมพฤกษ์ ใช้ในกรณีที่มีอาการอ่อนแรงเกิดขึ้นชั่วคราวกับแขนขาหรือปาก หรือมีอาการปากชา ปากเบี้ยว พูดไม่ได้เพียงชั่วขณะไม่นานก็หายไป หรือ กรณีที่ ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงแต่ยังสามารถเคลื่อนไหวแขนและขาได้บ้าง

1.1.2 ความหมายของอัมพาต

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายว่า อัมพาต คือ โรคที่ทำให้อวัยวะบางส่วน เช่น แขนขา เป็นต้น ตายไป กระดิกไม่ได้

พจนานุกรมโรคและการบำบัด (วิทย์ เทียงบุรณธรรม, 2543) ให้ความหมายว่า อัมพาต (Paralysis) เป็นอาการอ่อนแรงของของแขนขาหรืออวัยวะภายนอกอื่นๆ เช่น ใบหน้า ตา ปาก ทำให้ร่างกายส่วนนั้นเคลื่อนไหวไม่ได้หรือได้น้อยกว่าปกติ โดยมีอาการชา (ไม่รู้สึกรู้สึ) ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) เป็นอาการในกรณีที่แขนขาเพียงซีกหนึ่งซีกใดอ่อนแรงหรือขยับเขยื้อนไม่ได้

น้อมจิตต์ นวลเนตร (2545) กล่าวว่า อัมพาต เป็นอาการอ่อนแรงอย่างมากจนไม่สามารถเคลื่อนไหวแขนและขาได้เลย

1.2 สาเหตุ (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

จากความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง จะเห็นได้ว่ามีสาเหตุสำคัญอยู่ 2 ประการ คือ

1.2.1 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองอุดตัน (Occlusive Stroke) มี 2 อย่าง คือ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบตัน (Cerebral Thrombosis) เป็นภาวะหลอดเลือดสมองตีบตันมักเกิดจากการมี Atherosclerotic Plaque ที่ผนังหลอดเลือด ทำให้ขนาดรูของหลอดเลือดตีบแคบลง พบได้บ่อยบริเวณง่ามแขนง (Bifurcation) และบริเวณส่วนโค้งของหลอดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองอุดตัน (Cerebral Embolism) เป็นภาวะที่หลอดเลือดสมองอุดตันเกิดจากสิ่งอุดตัน (Embolus) เล็กๆ ที่หลุดลอยออกมาจากหัวใจหรือหลอดเลือด แล้วเข้ามายังการไหลเวียนเลือดในสมองและอุดหลอดเลือดแขนงเล็กๆ ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง

1.2.2 โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก แบ่งออกได้เป็น 2 อย่างคือ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในสมอง (Intracerebral Hemorrhage) ภาวะเลือดออกในสมองส่วนใหญ่ พบว่าเกิดจากภาวะความดันเลือดสูง (Hypertension) แล้วทำให้หลอดเลือดในสมองแตกเกิดเลือดออกในสมอง และ โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากเลือดออกในช่องใต้เยื่ออะแรนอยด์ (Subarachnoid Hemorrhage) มักมีสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการแตกของ Aneurysm ของหลอดเลือดสมอง และ Arteriovenous Malformation

1.3 ปัจจัยเสี่ยง (เจียมจิต แสงสุวรรณ, 2541)

1.3.1 อายุและเพศ โรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่พบในวัยสูงอายุ มีการศึกษาพบว่าโรคหลอดเลือดสมองจะสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยพบว่า กลุ่มคนที่อายุมากกว่า 55 ปี จะพบอัตราการเกิดโรคสูงเป็นสองเท่าของคนอายุน้อย สำหรับเพศนั้น เพศชายมีอุบัติการณ์เกิดโรคสมองชนิดอุดตันได้มากกว่าเพศหญิง ประมาณร้อยละ 30 และในวัยเจริญพันธุ์อัตราการเกิดโรคนี้ในผู้หญิงน้อยกว่าผู้ชาย แต่หลังวัยเจริญพันธุ์แล้วอัตราการเกิดโรคจะไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เชื่อว่าฮอร์โมน เอสโตรเจน มีผลในการป้องกันหลอดเลือดแดงแข็งในวัยเจริญพันธุ์

1.3.2 โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 70 จะมีความดันเลือดสูงร่วมด้วยและผู้ที่มีความดันโลหิตสูง จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า โดยมักมีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic) เป็นตัวบ่งชี้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้มากกว่าความดันไดแอสโตลิก (Diastolic) ความดันโลหิตสูงจะทำให้เกิดการเสื่อมของหลอดเลือด ผนังหลอดเลือดจะหนาและแข็ง ทำให้หลอดเลือดสมองตีบตันหรือแตกได้

1.3.3 โรคหัวใจ นับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกอันหนึ่งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีภาวะหัวใจเต้นระริก (Atrial Fibrillation หรือ AF) มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าคนปกติถึง 6 เท่า แต่ถ้ามีภาวะ Atrial Fibrillation ร่วมกับโรคหัวใจ

รูห์มาติก (Rheumatic Heart Disease) จะมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้สูงถึง 17 เท่าของคนปกติ ดังนั้นจึงพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะหลอดเลือดสมองอุดตันมีภาวะ Atrial Fibrillation ร่วมด้วยเสมอ หรือประมาณร้อยละ 45 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เนื่องจากภาวะ Atrial Fibrillation จะทำให้หัวใจห้องบนซ้ายขยาย เกิดการกั๊กของเลือดและมีการรวมตัวกันของเลือด เกร็ดเลือดและเม็ดเลือด กลายเป็นลิ่มเลือดที่หลุดลอยออกไปอุดหลอดเลือดสมอง

สำหรับโรคหัวใจอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ หรือโรคหัวใจขาดเลือด ก็พบร่วมกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ และพบว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้บ่อย นอกจากนี้โรคของลิ้นหัวใจ (Valvular Heart Disease) การติดเชื้อของเยื่อหุ้มหัวใจ และกล้ามเนื้อหัวใจ (Bacterial Endocarditis) รวมทั้งการอักเสบของหัวใจจากเนื้องอก (Non Bacterial Thrombotic Endocarditis) ทั้งหมดนี้ก็เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิด Emboli หลุดลอยไปอุดตันหลอดเลือดสมองได้

1.3.4 เบาหวาน ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมีโอกาสดเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติประมาณ 2-3 เท่า กลไกของโรคเบาหวานที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง เชื่อว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิด Atherosclerosis และความดันเลือดสูง ซึ่งมีผลทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง แต่อัตราเสี่ยงไม่แตกต่างกันเพศและอายุ และยังมีรายงานว่า การควบคุมเบาหวานจะทำให้อัตราการเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลง (National Stroke Association, 2005)

สำหรับปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การรับประทานยาคุมกำเนิด ความอ้วน และภาวะเครียด ก็มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

จากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยอัมพาตในโรงพยาบาลสกลนคร (ธานี จรูญธรรม, 2545) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยในเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ จากผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตและเข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล จำนวน 221 คน เพศชาย 117 คน เพศหญิง 104 คน ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2541 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2544 พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ คือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 38.01 โรคเบาหวานร้อยละ 36.20 โรคหัวใจร้อยละ 29.41 การสูบบุหรี่ร้อยละ 25.34 การดื่มสุราร้อยละ 22.62 ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 11.76 และโรคเรื้อรังอื่นๆ ร้อยละ 2.26

1.4 อาการและการรักษา

อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ระยะ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) คือ ระยะเฉียบพลัน (Acute stage) ระยะหลังเฉียบพลัน (Post acute stage) และระยะฟื้นฟูสภาพ (Recovery stage)

1.4.1 ระยะเฉียบพลัน หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้ผู้ป่วยมักจะเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที อาจมีอาการไม่รู้สีกตัวร่วมด้วยหรือยังรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขนและขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก อาจใช้เวลาตั้งแต่ 1-14 วัน ส่วนใหญ่มักใช้เวลาประมาณ 48 ชั่วโมง ซึ่งในระยะนี้ปัญหาสำคัญที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้คือ อาการหมดสติ มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง การทำงานของหัวใจผิดปกติ ระยะนี้จะต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่างๆเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วยเอาไว้ ในระยะนี้หากผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวต่ำจะเป็นตัวทำนายได้ว่าผู้ป่วยจะมีโอกาสรอดชีวิตต่ำด้วย

1.4.2 ระยะหลังเฉียบพลัน หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ ผ่านพ้นระยะเฉียบพลันแล้ว โดยมีระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางเลวลง มี Glasgow Coma Score ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป ความดันโลหิตปกติ ความดันซิสโตลิก 90-140 มิลลิเมตรปรอท หากสูงไม่ควรเกิน 160 มิลลิเมตรปรอท อาจใช้เวลาหลัง 48 ชั่วโมงหรือนานกว่า ในระยะนี้มักมีปัญหาระงืด การกลืนอาหาร ปัญหาการเคลื่อนไหว การพูด อาจเกิดปัญหาปอดบวม ขาดสารอาหารจากที่มีปัญหาเรื่องการพูดและการกลืนนั่นเอง

1.4.3 ระยะฟื้นฟูสภาพ หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ มีความสามารถในการที่จะรับการฟื้นฟูสภาพเพื่อจะลดความพิการ ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ระยะนี้ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอยู่ที่บ้าน ซึ่งในระยะนี้ยังแบ่งเป็นระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก (Early recovery) และระยะหลังฟื้นฟูสภาพ (Later recovery) ระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นใน 3 เดือนแรก หลังเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะฟื้นฟูสภาพระยะหลัง เป็นระยะที่ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะฟื้นฟูสภาพระยะแรก ระยะนี้ปัญหาต่างๆจะพัฒนาได้ดีขึ้น เช่น การพูด การใช้ภาษา และการช่วยเหลือตัวเอง แต่การที่ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุและการมีภาวะหัวใจล้มเหลวก็เป็นตัวทำนายว่าผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตต่ำลงในระยะนี้

การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันนั้น การรักษาจะเป็นการรักษาตามอาการ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2544) โดยใช้ยาหรือการผ่าตัด สำหรับระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 45 ใช้เวลา 20-60 วัน ส่วนในระยะฟื้นฟูจะมุ่งเน้นที่การทำ

กายภาพบำบัด การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูเฉลี่ยใช้เวลา 4-6 สัปดาห์ บางรายอาจใช้เวลาถึง 3 เดือน

ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จะมีอาการอ่อนแรงของแขนขาของร่างกายข้างใดข้างหนึ่งอาจเป็นข้างขวาหรือซ้ายก็ได้ ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพที่สมอง โดยอาการอ่อนแรงจะเกิดตรงกันข้ามกับพยาธิสภาพที่เกิดในสมอง และจากการศึกษาพบว่าอัมพาตซีกซ้ายพบได้ร้อยละ 40 และอัมพาตซีกขวามพบได้ร้อยละ 54 (Anderson et.al, 1979 อ้างถึงใน กาญจนา ศิริวรราชย์, 2536) ผู้ป่วยจะรู้สึกวุ่นวายหนักขึ้น เคลื่อนไหวลำบาก ทำให้สูญเสียแนวทางการทรงตัวตามปกติ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อและสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกของร่างกายด้านที่เป็นอัมพาต นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาเกี่ยวกับการพูด การเคี้ยวและการกลืน ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสำลักน้ำและอาหารได้ ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจะต้องดูแลรักษาสุขภาพ เพื่อระมัดระวังไม่ให้เกิดโรคซ้ำอีก ซึ่งจะทำให้อาการอัมพาตครึ่งซีกมีอาการรุนแรงมากขึ้น โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลรักษาโรคพื้นฐานที่เป็นเหตุปัจจัยทำให้เกิดอาการอัมพาตครึ่งซีกอย่างเข้มงวด เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยควรได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ด้วยตนเองมากที่สุด เป็นภาระแก่ผู้อื่นน้อยที่สุด

1.5 ปัญหาของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

จากพยาธิสภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ทำให้ผู้ป่วยสูญเสีย หรือเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ของระบบประสาท ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียดและมีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลาในทุกระยะของโรค ซึ่งปัญหาต่างๆ ที่พบในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก อาจแบ่งได้ ดังนี้

1.5.1 ปัญหาด้านร่างกาย ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากพยาธิสภาพและความพิการที่เกิดขึ้นได้แก่

1.5.1.1 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ อัมพาตครึ่งซีกและอ่อนแรงครึ่งซีก ซึ่งการอ่อนแรงครึ่งซีกจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกวุ่นวายหนักขึ้น เคลื่อนไหวลำบาก

1.5.1.2 ความผิดปกติเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร โดยพบความผิดปกติ 2 ลักษณะ คือ ไม่สามารถเข้าใจความหมายของการสื่อสาร ซึ่งผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน (Global aphasia) และไม่สามารถสื่อสารได้ ผู้ป่วยจะเข้าใจภาษาพูด เขียนสัญลักษณ์ต่างๆ รู้ว่าจะตอบสนองอย่างไร แต่พูดไม่ได้ บางครั้งออกเสียงไม่เป็นภาษา จากความผิดปกติเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการติดต่อสื่อสาร ไม่สามารถให้ผู้อื่นได้รับความคิดของตนเองได้ ผู้ป่วยจะเกิดความคับข้องใจ

1.5.1.3 ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคี้ยว การกลืน ทำให้ผู้ป่วยกลืนอาหารลำบากหรือไอในขณะกลืนอาหารจนเกิดอาการสำคัญตามมา

1.5.1.4 ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก ที่พบบ่อยได้แก่ 1) การสูญเสียความรู้สึกต่อการสัมผัส ความเจ็บปวด แรงกด ความร้อน ความเย็น ความบกพร่องเหล่านี้ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวได้ 2) การรับรู้ต่อเวลา บุคคล สถานที่ผิดไป ทำให้ผู้ป่วยสับสนไม่รู้จักระยะเวลา สถานที่และบุคคล มีการรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้

1.5.1.5 ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา ที่พบบ่อย ได้แก่ การลืม ขาดสมาธิ เบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย การตัดสินใจไม่ดี ความสามารถในการคำนวณ ความมีเหตุผล และมีจินตนาการผิดปกติไป ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้เข้ากับสถานการณ์จริงได้ จากความผิดปกติดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่างๆ ได้ทั้งหมด จึงเป็นการยากสำหรับผู้ป่วยที่จะเรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ทำให้มีพฤติกรรมซ้ำซาก ไม่สามารถใช้สิ่งต่างๆ ได้ตามปกติ

1.5.1.6 ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย ส่วนใหญ่มักไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ บางรายมีปัสสาวะค้างคั่งไม่สามารถถ่ายออกได้หมดหรือไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้เอง ส่วนการขับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยมักจะท้องผูก ขับถ่ายลำบาก

1.5.1.7 ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ จะพบว่าความต้องการทางเพศลดลง ดังนั้นทำให้เพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยและคู่สมรสเปลี่ยนแปลงไป

1.5.2 ปัญหาด้านจิตใจ ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่

1.5.2.1 ความเครียด (Stress) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคนี้ เนื่องจากความพิการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต รวมถึงการที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539)

1.5.2.2 ความกลัว (Fear) ความกลัวนี้จะแสดงออกมาในหลายลักษณะ ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกอาจแสดงออกในลักษณะที่กลัวตาย กลัวความพิการ กลัวภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง กลังการเป็นโรคซ้ำและกลัวการถูกทอดทิ้ง

1.5.2.3 ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคนี้ทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง โดยมีสาเหตุมาจากความพิการของร่างกาย อาการที่แสดงถึงภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การขาดความกระตือรือร้น ขาดความสนใจในการดูแลตนเอง แยกตนเอง ไร้อารมณ์ ไม่ร่วมมือ นอนไม่หลับ

1.5.2.4 ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นปฏิกิริยาของมนุษย์เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่ไม่มีความแน่นอน ทำให้เกิดภาวะกดดันทำให้ไม่สบายใจ หวาดหวั่น กลัวล่วงหน้า

ในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง สาเหตุของความวิตกกังวลในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกเกิดจากความคับข้องใจ ความรู้สึกขัดแย้งในใจ และความเครียดที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

1.5.2.5 ความก้าวร้าว (Aggression) เป็นการกระทำในลักษณะของการทำร้ายหรือใช้คำพูดที่รุนแรงต่อบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมอย่างขาดความยับยั้งชั่งใจ ความก้าวร้าวอาจแสดงออกในรูปปมเด่น เช่น การวางอำนาจ การดูถูกผู้อื่น หรืออาจจะแสดงออกในรูปของความต้องการพึ่งพาคนอื่นอยู่ตลอดเวลา เช่น แสดงอารมณ์หงุดหงิด ขาดความอดทน แสดงท่าทางไม่เป็นมิตร ใช้วาจาหยาบคาย เป็นต้น

1.5.2.6 ความรู้สึกสูญเสีย (Loss) ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นจะเกิดความรู้สึกสูญเสียในด้านต่าง ๆ มากมาย ดังนี้ 1) การสูญเสียความรู้สึกที่เป็นปกติ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองสุขภาพไม่ดีตลอดเวลา ต้องระมัดระวังสุขภาพของตนเป็นพิเศษ 2) การสูญเสียความสุขสบายทางร่างกายจากอาการของโรค เช่น ปวดไหล่ พุงดลำบาก เคลื่อนไหวลำบาก 3) การสูญเสียหน้าที่อวัยวะของร่างกาย ทำให้มีผลกระทบต่อการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและส่งผลกระทบไปถึงจิตใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกอาย คับข้องใจ หงุดหงิดหรือซึมเศร้า 4) การสูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเอง การเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องพึ่งพาญาติ ตลอดจนอุปกรณ์ที่ทดแทนความเสื่อมโทรมของร่างกาย 5) การสูญเสียความพึงพอใจในตนเองและอัตมโนทัศน์ 6) การสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเองในการเผชิญความไม่แน่นอนของเหตุการณ์ในอนาคต ซึ่งอาจเป็นความรุนแรงของโรคหรือความตาย ทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับโรคเพื่อมีชีวิตอยู่ต่อไปและไม่สามารถเผชิญปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้

1.5.3 ปัญหาด้านสังคม ผลของการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมได้น้อยลง ประกอบกับมีปัญหาด้านจิตใจด้วยยังทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับสังคม ดังนั้นจึงเกิดปัญหาตามมา ดังนี้

1.5.3.1 การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วยและญาติในครอบครัว ส่วนมากจะเป็นไปในรูปการห่างเหินหรือเสื่อมลง สาเหตุจากอารมณ์และพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย เมื่อญาติพูดคุยด้วยหรือให้การดูแลผู้ป่วยจะรู้สึกที่ไม่ถูกใจตนเอง ความรู้สึกนี้จะทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องการที่จะพูดคุยหรือได้รับการดูแลจากญาติ สัมพันธภาพที่ผู้ป่วยแสดงออกต่อญาติจึงดูห่างเหิน

1.5.3.2 การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วยกับสังคม จากสาเหตุหลายประการ เช่น ผู้ป่วยรู้สึกอับอายที่ตนพิการและเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ไม่ยอมเข้าสังคม หรืออีก

สาเหตุหนึ่งคือผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ ทำให้ญาติรู้สึกอับอายและเป็นภาระที่ต้องคอยดูแลและควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย

1.5.3.3 การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว เช่น จากที่ผู้ป่วยเคยพึ่งพาตนเองได้ หรือเป็นที่พึ่งของผู้อื่น ต้องกลับกลายเป็นคนที่พึ่งพาผู้อื่น อาจทำให้ผู้ป่วยทำใจให้ยอมรับกับบทบาทใหม่ไม่ได้ อันเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้

1.5.3.4 การเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม เมื่อผู้ป่วยต้องดำรงชีวิตอยู่กับความพิการที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัวหรือชุมชนได้อีก รู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต

1.5.4 ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นความเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเรื้อรังก็ตาม จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีการค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกต้องได้รับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานาน ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหารพิเศษ ค่าเครื่องใช้บางอย่างที่จำเป็น รถเข็น ไม่เท่า นอกจากนั้นบางครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเพื่อจัดสภาพบ้านและปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย

ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ปฏิบัติการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย เพื่อที่จะนำมาใช้ในการวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.6 การประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จำแนกออกได้เป็น 2 ระดับได้แก่ กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic activity of daily living) ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้ 1) การสวมใส่เสื้อผ้า 2) การรับประทานอาหาร 3) การล้างหน้า, หวีผม, แปรงฟันและ โกนหนวด 4) การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ 5) การใช้ห้องสุขา 6) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 7) การขึ้นลงบันไดหนึ่งชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การควบคุมการขับถ่ายถ่ายอุจจาระ 10) การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ซึ่งกิจกรรมระดับนี้มีความจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอย่างอิสระภายในบ้านและกิจวัตรประจำวันที่ต่อเนื่อง (Extended or instrumental activity of daily living) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้ 1) การเดินหรือเคลื่อนที่ออกนอกบ้าน 2) การเตรียมอาหาร 3) การทำความสะอาดบ้าน/ซักผ้า 4) การทอนเงิน/การแลกเงิน 5) การใช้บริการรถเมล์หรือรถสองแถว ซึ่งกิจกรรมในระดับนี้มีความจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอย่างอิสระในชุมชน

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ความหมายของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Barthel Index: Activity of Daily Living: ADLs) (สถาบันประสาทวิทยา, 2543) โดยประเมินเกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวัน ดังนี้ 1) ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม 2) การอาบน้ำ 3) การแต่งตัว 4) การกินอาหาร 5) การปัสสาวะ 6) การถ่ายอุจจาระ 7) การเข้าห้องน้ำ 8) การขึ้นลงจากเตียง 9) การเคลื่อนไหว นั่ง ยืน เดิน 10) การขึ้นบันได รวมทั้ง 10 ด้าน คะแนนเต็ม 100 คะแนน

การแปลผล (คะแนนเต็ม 0–100 คะแนน)

0-20 Very Severity disabled

25-45 Severity disabled

50-70 Moderate disabled

75-95 Mildly disabled

100 Physical Independent but not necessarily normal or social independent

ชวลี เข้มวงศ์ (2538) ได้แปลเป็นภาษาไทย และทอนคะแนนลงเหลือ 2 ใน 5 ส่วน ซึ่งจะได้คะแนนเต็ม 40 คะแนน โดยแต่ละกิจกรรมมีสัดส่วนการให้คะแนนดังนี้

1. การรับประทานอาหาร	4	คะแนน (เต็ม 10 คะแนน)
2. การเคลื่อนย้าย	6	คะแนน (เต็ม 15 คะแนน)
3. การเดิน	6	คะแนน (เต็ม 15 คะแนน)
4. การแต่งตัว	4	คะแนน (เต็ม 10 คะแนน)
5. การอาบน้ำ เช็ดตัว	2	คะแนน (เต็ม 5 คะแนน)
6. สุขวิทยาส่วนบุคคล	2	คะแนน (เต็ม 5 คะแนน)
7. การใช้ห้องสุขาหรือกระโถน	4	คะแนน (เต็ม 10 คะแนน)
8. การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ	4	คะแนน (เต็ม 10 คะแนน)
9. การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ	4	คะแนน (เต็ม 10 คะแนน)
10. การขึ้นลงบันได	4	คะแนน (เต็ม 10 คะแนน)

เนื่องจากการประเมินภายในโรงพยาบาลไม่มีกิจกรรมการขึ้น-ลงบันได ชวลี เข้มวงศ์ จึงได้ตัดกิจกรรมการขึ้น-ลงบันไดออก เหลือ 9 กิจกรรม คะแนนเต็ม 36 คะแนน และให้คะแนนตามระดับความสามารถดังนี้

กิจกรรมการเดินและการเคลื่อนย้าย มี 4 ระดับ

ระดับที่ 1 ให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้

ระดับที่ 2 ให้คะแนน 2 หมายถึง ต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก

ระดับที่ 3 ให้คะแนน 4 หมายถึง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นเล็กน้อย
 ระดับที่ 4 ให้คะแนน 6 หมายถึง สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง
 กิจกรรมการรับประทานอาหาร การแต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขาหรือ
 กระโถน การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ มี 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้
 ระดับที่ 2 ให้คะแนน 2 หมายถึง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น
 ระดับที่ 3 ให้คะแนน 4 หมายถึง สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง
 กิจกรรมการอาบน้ำเช็ดตัว และกิจกรรมสุขวิทยาส่วนบุคคล มี 3 ระดับดังนี้
 ระดับที่ 1 ให้คะแนน 0 หมายถึง ไม่สามารถกระทำได้
 ระดับที่ 2 ให้คะแนน 1 หมายถึง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น
 ระดับที่ 3 ให้คะแนน 2 หมายถึง สามารถกระทำได้ด้วยตัวเอง

เมื่อนำคะแนนทั้ง 9 กิจกรรมมารวมกันจะได้คะแนนอยู่ในช่วง 0-36 คะแนน นำผลรวมของคะแนน
 มาแบ่งระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดังนี้

0-8	คะแนน	หมายถึง	ไม่สามารถปฏิบัติได้เอง
9-17	คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติได้น้อย
18-26	คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติได้เองปานกลาง
27-35	คะแนน	หมายถึง	ปฏิบัติได้เองเป็นส่วนใหญ่
36	คะแนน	หมายถึง	สามารถปฏิบัติได้ด้วยตัวเอง

จากการเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมา จะทำให้ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกเกิดปัญหาในการ
 ประกอบกิจวัตรประจำวัน มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดน้อยลงและต้องพึ่งพาผู้อื่นมาก
 ขึ้น นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อจิตใจและสังคมของผู้ป่วยด้วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และ
 จำเป็นต้องมีการปรับตัว ซึ่งถ้าผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวได้หรือปรับตัวไม่เหมาะสม พยาบาลจะต้อง
 ให้ความช่วยเหลือในการลดหรือขจัดความเครียดที่เกิดขึ้น รวมทั้งประคับประคองและส่งเสริม
 ผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมต่อไป

2. ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

ในชีวิตประจำวัน บุคคลต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา
 ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคลหรือสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัว สิ่งดังกล่าวจะ
 ไป รบกวนภาวะสมดุลของบุคคลและเป็นเหตุให้บุคคลเกิดความวิตกกังวล คับข้องใจ เกิดความ
 ตึงเครียดภายในจิตใจและอารมณ์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยธรรมชาติของมนุษย์จะพยายามรักษา

ความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เพื่อคงความสุขสบายและความมั่นคงของชีวิตไว้ให้มากที่สุด วิธีการที่บุคคลใช้เพื่อผ่อนคลายหรือลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้น อาจแสดงออกมาในรูปของปฏิกิริยาหรือความคิดก็ได้ ซึ่งทุกอย่างจัดว่าเป็นการปรับตัวทั้งสิ้น (พิชญ์ ประเสริฐสินธุ์, 2527: 274 อ้างถึงใน กาญจนา ศิริวรราช, 2536) การปรับตัวเป็นคุณลักษณะที่จำเป็นของสิ่งมีชีวิตเพราะสิ่งมีชีวิต ทุกชนิดต้องมีการปรับตัว โดยเฉพาะบุคคลซึ่งอยู่ในสิ่งแวดล้อม ซึ่งสิ่งแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาบุคคลจึงจำเป็นต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป โดย จุดมุ่งหมายการปรับตัว ก็เพื่อให้บุคคลสามารถมีชีวิตอยู่รอด และสามารถบรรลุเป้าหมายของการมีชีวิต (Lazarus, 1969 อ้างถึงใน กันยา สุวรรณแสง, 2533)

2.1 การปรับตัวและสิ่งเร้า

รอย (Roy, 1997; Roy & Andrews, 1999) อธิบายถึงการปรับตัวว่าเป็นพฤติกรรม การตอบสนองของบุคคล เมื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง หรือสิ่งแวดล้อมของตนเองเพื่อปรับให้คงภาวะสมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ไม่อาจแบ่งแยกส่วนใดส่วนหนึ่งออกจากกันได้ และบุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกร่างกายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะเป็นสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้บุคคลมีการปรับตัวตอบสนอง เพื่อรักษาสภาวะสมดุล โดยกลไกการปรับตัวของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

(1) กลไกการควบคุม (Regulator mechanism) เป็นกลไกการปรับตัวที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติส่วนใหญ่เป็นกระบวนการทางสรีรวิทยา เพื่อรักษาสภาวะสมดุลของการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกาย กลไกการควบคุมจะเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างระบบประสาท สารเคมี ในร่างกายและต่อมไร้ท่อ

(2) กลไกการคิดรู้ (Cognator mechanism) เป็นกลไกการปรับตัวซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างจิตใจและสังคม ได้แก่ การรับรู้ กระบวนการถ่ายทอดข้อมูล การเรียนรู้และการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา

สำหรับสิ่งเร้านั้น คือ การเปลี่ยนแปลงของทุกสิ่งทุกอย่างที่ล้อมรอบตัวบุคคลทั้งภายในและภายนอกที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการและพฤติกรรมของบุคคล กระตุ้นให้บุคคลมีการปรับตัว รอยได้แบ่งสิ่งเร้าออกเป็น 3 ชนิด คือ (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

สิ่งเร้าตรงหรือสิ่งเร้าเฉพาะ (Focal stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าที่มีผลโดยตรงต่อบุคคลที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมปรับตัวตอบสนองอย่างทันทีทันใด

สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าอื่นๆ ที่มีอยู่ในลักษณะนั้น นอกเหนือจากสิ่งเร้าตรงและมีผลต่อการปรับตัวของบุคคล

สิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าที่อยู่ในรูปลักษณะเฉพาะของบุคคลนั้น และมีความเกี่ยวข้องหรือมีผลกระทบต่อสถานการณ์นั้นๆ เช่น ความเชื่อ ทศนคติ อุปนิสัย ประสบการณ์เดิม บุคลิกภาพ ค่านิยมหรือการดำเนินชีวิต

การปรับตัวต่อสิ่งเร้าข้างต้น จะเป็นการปรับตัวที่เหมาะสมหรือเป็นการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของบุคคล (Adaptation level) กล่าวคือ เมื่อสิ่งเร้านั้นอยู่ในขอบเขตความสามารถในการปรับตัวของบุคคล บุคคลนั้นจะสามารถปรับตัวตอบสนองต่อสิ่งเร้าได้อย่างเหมาะสม แต่เมื่อสิ่งเร้านั้นอยู่นอกเหนือความสามารถในการปรับตัว บุคคลจะปรับตัวต่อสิ่งเร้าได้อย่างไม่เหมาะสม ความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์ของบุคคล ขึ้นอยู่กับระดับความเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม หรือความรุนแรงของสิ่งเร้า และระดับความสามารถในการปรับตัวของบุคคล (Roy, 1997; Roy & Andrews, 1999)

พฤติกรรมการปรับตัวตอบสนองต่อสิ่งเร้า แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

2.1.1 การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiologic mode) เป็นการปรับตัวเพื่อความมั่นคงด้านร่างกาย เกี่ยวข้องกับความต้องการพื้นฐานของบุคคล 5 ประการ คือ ออกซิเจน และการไหลเวียน โภชนาการ การขับถ่าย การมีกิจกรรมและการพักผ่อนนอนหลับ และการป้องกันอันตรายเกี่ยวข้องกับระบบการทำงานที่ซับซ้อน 4 ประการ คือ การรับรู้ความรู้สึก น้ำ และอิเล็กโตรลิตส์ ระบบประสาท และระบบต่อมไร้ท่อ

2.1.2 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-concept mode) เป็นการปรับตัวเพื่อให้ได้มาซึ่งความมั่นคงทางด้านจิตใจ ปัญหาการปรับตัวทางด้านอัตมโนทัศน์จะก่อให้เกิดอุปสรรคและขัดขวางความสามารถในการดำรงชีวิตด้านอื่นๆ หนึ่ง อัตมโนทัศน์ หมายถึง ความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง เกิดจากการรับรู้ของตนเองต่อตนเอง และเกิดจากการรับรู้ของบุคคลอื่นต่อตนเอง ซึ่งรอยแบ่งการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ

(1) อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical self) เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อสภาพร่างกายของตนเอง ซึ่งได้แก่ ขนาดและรูปร่างของร่างกาย รูปร่างหน้าตาความสวยงาม สมรรถภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ภาวะสุขภาพและสมรรถภาพทางเพศ สาเหตุใดก็ตามที่ทำให้สภาพร่างกายเปลี่ยนไปในทางลบ ทำให้บุคคลนั้นมีการเปลี่ยนแปลงรูปลักษณ์ ความพิการหรือเสียโฉม ถ้าบุคคลไม่สามารถยอมรับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไปจากเดิมได้ ก็จะเกิดปัญหาในการปรับตัวตามมา พฤติกรรมที่แสดงถึงความบกพร่องในการปรับตัว ได้แก่ การไม่ยอมรับความจริง ซึมเศร้า เป็นต้น

(2) อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (Personal self) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับตนเองตามความเชื่อ ค่านิยม อุดมคติ คุณค่า ความคาดหวัง ปณิธานที่บุคคลยึดถือ ซึ่งแบ่งเป็นส่วนย่อยดังนี้

อัตมโนทัศน์ด้านความมั่นคงในตนเอง (Self-consistency) หมายถึงการรับรู้ต่อตนเองตามความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความพยายามในการดำรงไว้ซึ่งความมั่นคง หรือความปลอดภัยของตนเองในสถานการณ์ต่างๆ พฤติกรรมของบุคคลจะสะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ต่อตนเองในด้านความมั่นคง หากบุคคลรู้ว่าตนเองถูกคุกคาม เกิดความไม่แน่ใจในความมั่นคงของตนเองจะแสดงพฤติกรรมออกมาให้เห็นเป็นความวิตกกังวล (Anxiety) คือความรู้สึกไม่สบายใจ หรือมีความเจ็บปวดทางด้านจิตใจอันเนื่องมาจาก ความรู้สึกตนเองถูกคุกคาม

อัตมโนทัศน์ด้านปณิธานความคาดหวัง (Self – Ideal self-expectancy) เป็นการรับรู้ตนเองในเรื่องเกี่ยวกับความนึกคิดและความคาดหวังว่าตนเองจะเป็นอะไร หรือทำอะไร ตลอดจนความคาดหวังที่บุคคลอื่นมีต่อตนเองด้วย หากบุคคลไม่สามารถบรรลุตามที่นึกคิด หรือคาดหวัง บุคคลจะแสดงพฤติกรรมที่สะท้อนถึง ความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ เบื่อหน่ายชีวิต หมดกำลังใจที่จะต่อสู้กับสิ่งต่างๆ หรือเกิดภาวะไร้อำนาจ (Powerlessness) ซึ่งเป็นภาวะที่บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองขาดอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ

อัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา (Moral-ethical self) หมายถึงความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับศีลธรรมจรรยา กฎเกณฑ์ต่างๆ และค่านิยมทางสังคม ศาสนา และขนบธรรมเนียมประเพณี อัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา นี้ จะเปรียบเหมือนสิ่งที่คอยบอกให้บุคคลรู้ถึงความดี เลวเกี่ยวกับตนเองปัญหาการปรับตัวที่เกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา ได้แก่ ความรู้สึกผิด (Guilt) ซึ่งเป็นภาวะที่บุคคลประเมินตัดสินการกระทำของตนเองที่กระทำผิด

อัตมโนทัศน์ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) การรับรู้คุณค่าในตนเองจะมีความเกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์ทั้ง 4 ด้าน ที่กล่าวมาข้างต้น คือ อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย ด้านความมั่นคงในตนเอง ด้านปณิธานความคาดหวัง และด้านศีลธรรมจรรยา กล่าวคือบุคคลที่มีการพัฒนาอัตมโนทัศน์ส่วนย่อยทั้ง 4 ด้าน จะมีการรับรู้คุณค่าในตนเองดี ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่มีปัญหาในอัตมโนทัศน์ย่อย เช่น รู้สึกสูญเสีย รู้สึกผิด หรือมีความวิตกกังวลสูง มักจะส่งผลให้บุคคลรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ

2.1.3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role –function mode) เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคมบุคคลจะดำรงชีวิตอยู่ได้ในสังคมได้อย่างปกติสุขนั้นขึ้นอยู่กับการรักษาสมดุลของบทบาทของตนเองขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การแสดงบทบาทที่เหมาะสมของ

บุคคลนั้นๆ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ พฤติกรรมการแสดงออกตามบทบาท (Instrumental behavior) จะต้องเป็นไปตามความคาดหวังของสังคมและพฤติกรรมความรู้สึก (Expressive behavior) การประเมินพฤติกรรมการปรับตัวด้านบทบาทต้องประเมินทั้งด้านการแสดงออกตามบทบาทและความรู้สึก ปัญหาซึ่งมักจะพบในการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ คือ การไม่สามารถดำรงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง ความขัดแย้งในบทบาทและความ สัมหลวมในบทบาท

2.1.4 การปรับตัวด้านการพึ่งพาหะหว่างกัน (Interdependence mode) เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม เป็นการตอบสนองความต้องการการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน การพึ่งพาตนเอง การพึ่งพาผู้อื่น การให้ผู้อื่นได้พึ่งตน การให้ความรัก และการได้รับความรัก ความห่วงใยจากผู้อื่น การปฏิบัติตนให้เหมาะสมในการพึ่งพาหะหว่างกัน จะช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นคงทางด้านจิตใจและสังคม โดยปกติบุคคลจะพยายามคงไว้ซึ่งความเป็นตัวของตัวเองและการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในขอบเขตที่ตนเองและสังคมยอมรับ ซึ่งถือว่าการปรับตัวที่เหมาะสม แต่ถ้าการปรับตัวด้านนี้มีปัญหาจะแสดงออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

(1) พฤติกรรมที่แสดงการพึ่งพาผู้อื่นไม่เหมาะสม (Dysfunction dependence) คือ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเกินความจำเป็น จนอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือไม่เกิดผลดีต่อตนเอง

(2) พฤติกรรมพึ่งพาตนเองอย่างไม่เหมาะสม (Dysfunction independence) คือ พฤติกรรมและการแสดงออกของการช่วยเหลือตนเองมากเกินไป ซึ่งอาจเกิดอันตรายต่อตนเองได้

พฤติกรรมการปรับตัวทั้ง 4 ด้านที่กล่าวมาข้างต้น จะเกิดจากการทำงานของกลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้ เมื่อมีสิ่งเร้ากระทบต่อบุคคล อันเป็นการปรับตัวที่เกิดขึ้นด้านใดด้านหนึ่งอาจกลายเป็นสิ่งเร้าไปกระตุ้นให้มีการปรับตัวในด้านอื่นๆ หรือสิ่งเร้าชนิดหนึ่งอาจไปกระตุ้นให้มีพฤติกรรมการปรับตัวตอบสนองหลายๆ ด้านในเวลาเดียวกันได้

2.2 การพยาบาล

ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย เป้าหมายในการพยาบาล คือ การส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยทั้ง 4 ด้าน ดังที่กล่าวมาแล้ว โดยพยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล 6 ขั้นตอน ดังนี้ คือ (Andrew & Roy, 1999)

(1) ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นการรวบรวมพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาหะหว่างกัน วิธีการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยอาจจะได้จาก การสังเกต การสัมภาษณ์

การตรวจร่างกาย หรือการตรวจทางห้องทดลอง เมื่อได้รับข้อมูลครบถ้วนแล้วนำมาพิจารณาว่าผู้ป่วยมีการปรับตัวที่เหมาะสมหรือมีปัญหาในการปรับตัวหรือไม่

(2) ประเมินองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว เป็นการค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัว ได้แก่ การประเมินสิ่งเร้าทั้ง 3 ชนิด คือ สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง

(3) วินิจฉัยทางการพยาบาลหลังจากค้นหาสิ่งเร้า ซึ่งเป็นสาเหตุของปัญหาการปรับตัวแต่ละด้านแล้ว พยาบาลจะต้องให้การวินิจฉัยทางการพยาบาล

(4) กำหนดเป้าหมายการพยาบาล เป้าหมายทั่วไปของการพยาบาลตามทฤษฎีของรอย คือ การปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยไปสู่พฤติกรรมที่เหมาะสม และคงไว้ซึ่งการปรับตัวที่ดี

(5) ปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นการจัดการกับสิ่งเร้าหรือสิ่งที่เป็นสาเหตุของปัญหาการปรับตัว เพื่อให้การพยาบาลบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

(6) ประเมินผล เป็นการประเมินประสิทธิภาพของการพยาบาล ซึ่งตัดสินจากพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยที่รวบรวมได้จากวิธีการต่างๆ แล้วนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลก่อนให้การพยาบาล หากพบว่าผู้ป่วยยังมีความมีปัญหาในการปรับตัว พยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลและวางแผนการช่วยเหลือใหม่ เพื่อปรับพฤติกรรมต่อไป จนกระทั่งบรรลุเป้าหมายการพยาบาลตามที่ต้องการ

การพยาบาลทั้ง 6 ขั้นตอนจะเป็นกระบวนการที่กระทำต่อเนื่องกันไปและเป็นวงจรย้อนกลับได้ โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537; เกศรินทร์ ศรีสง่า, 2542; Andrew & Roy, 1999)

2.3 การปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก มักจะมีอาการของโรคเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะเวลาอันสั้น ทำให้เกิดความพิการตามมา ซึ่งความพิการมากน้อยแล้วแต่ชนิด ตำแหน่ง และขอบเขตพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ปัญหาการปรับตัวของผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสภาพซึ่งเมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤติไปแล้ว ได้แก่

2.3.1 ปัญหาการปรับตัวด้านร่างกาย เกิดจากพยาธิสภาพของโรคที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อาการอัมพาตครึ่งซีก พบถึงร้อยละ 90 ของความพิการที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง (กาญจนา ศิริวรชัย, 2536) ผู้ป่วยส่วนมากจะมีปัญหาในการเคลื่อนไหวของร่างกาย จากการอ่อนแรงของแขนขาซีกใดซีกหนึ่ง ทำให้การเคลื่อนไหวและการประกอบกิจกรรมลำบากเนื่องจากสูญเสียความสามารถในการควบคุมกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคลื่อนไหวและทรงตัว ความผิดปกติต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การ

ทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การเคลื่อนไหวของร่างกาย การเดินทาง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของความพิการของผู้ป่วยแต่ละคน ภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล คับข้องใจและเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ผู้ป่วยจึงต้องมีการปรับตัวที่เหมาะสมเพื่อรักษาภาวะสมดุลของร่างกายไว้และสามารถดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้อย่างปกติสุข

2.3.2 ปัญหาการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ภาวะเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อความรู้สึกนึกคิดต่อตนเอง ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายๆด้านของบุคคล การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์อาจมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพของผู้ป่วยและความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ด้วยภาวะของความเจ็บป่วยเรื้อรังและความพิการจากอาการอัมพาตครึ่งซีกก่อให้เกิดผลกระทบต่อความรู้สึกและความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก เนื่องจากสมรรถภาพของร่างกายลดลง รู้สึกอายนอกกายลักษณะที่เปลี่ยนแปลง ไม่อยากให้ใครเห็น รู้สึกตนไม่สวยงาม น้อยใจในชีวิต ไม่มีความพึงพอใจในสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน มีความภาคภูมิใจในตนเองลดลง มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ดังนั้นเมื่ออัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกถูกคุกคามจากความเจ็บป่วย ความเครียด รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงชีวิตที่เกิดขึ้น จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวเกือบตลอดเวลา เพื่อให้สามารถปรับและกำหนดรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและบทบาทของตนเองได้ ซึ่งการปรับตัวของผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกันตามการประเมินค่าสถานการณ์ความเจ็บป่วยของตนเอง

2.3.3 ปัญหาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ผู้ป่วยต้องดำรงบทบาทผู้ป่วยเรื้อรังไปตลอดชีวิต ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพรวมทั้งปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ผลลัพธ์ของการฟื้นฟูมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดภายใต้ข้อจำกัดของร่างกาย และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการอัมพาต นอกจากนี้ยังต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว เช่น จากหัวหน้าครอบครัวเป็นสมาชิกของครอบครัว ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจะมีปัญหาประกอบอาชีพ ผู้ป่วยบางรายต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทในการทำงานจากผู้บริหารหน่วยงานเป็นการทำงานอย่างอื่นที่เหมาะสมหรือออกจากงาน ผู้ป่วยบางรายรู้สึกอายนอกกายที่ตนเองพิการและเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงทำให้ไม่ยอมเข้าสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลง ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถดำรงบทบาทและหน้าที่ของตนได้ตามปกติ นอกจากนี้สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับสังคมยังเปลี่ยนแปลงไปด้วย ซึ่งมักจะออกมาในรูปของการห่างเหินและขาดการติดต่อกับสังคม เหตุผลอีกประการหนึ่งคือ ผู้ป่วย รู้สึกอายนอกกายที่ตนพิการและเจ็บป่วยเรื้อรัง จึงทำให้ไม่ยอมเข้าสังคม ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนขาดความสามารถ ไม่สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ ท้อแท้ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หมดหวัง ซึมเศร้า ซึ่ง

ภาวะต่างๆ เหล่านี้มีผลกระทบต่อการปรับสภาพจิตใจและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยโรคนี้เป็นอย่างมาก

2.3.4 ปัญหาการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน จากปัญหาการเคลื่อนไหวของร่างกายทำให้มีการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นในการทำกิจวัตรประจำวัน และพึ่งพานุเคราะห์ทางการแพทย์ในการรักษาและฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยบางรายพึ่งพาผู้อื่นมากเกินไป ทั้งๆ ที่ในระยะฟื้นฟูสภาพร่างกายแข็งแรงพอที่จะทำกิจกรรมบางอย่างได้ด้วยตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การเดิน โดยใช้อุปกรณ์แต่ผู้ป่วยไม่ยอมช่วยเหลือตนเองคอยแต่ขอความช่วยเหลือจากญาติตลอดเวลา เป็นภาระแก่ญาติมากขึ้น ญาติเกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องรับภาระดูแลมากเกินไป ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและญาติไม่ดี ผู้ป่วยรู้สึกถูกทอดทิ้ง ญาติไม่สนใจเพราะผู้ป่วยไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองพึ่งพาตนเองมากเกินไปไม่ยอมขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เนื่องจากไม่สบายใจและรู้สึกเกรงใจที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น แม้ว่าจะจำเป็น ทำให้ขาดสิ่งสนับสนุนช่วยเหลือในการดำรงชีวิตและการเผชิญปัญหา เกิดปัญหาการปรับตัวเข้าสู่สังคม การมีกิจกรรมทางสังคมทั้งภายในและภายนอกครอบครัวลดลง แม้ว่าจะสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยวว่าแหวกแยกตัวออกจากสังคม

จากผลของอาการอัมพาตครึ่งซีกที่ก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ทำให้ผู้ป่วยที่รอดชีวิตมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ดำรงชีวิตด้วยความยากลำบาก ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

การที่บุคคลจะสามารถปรับตัวได้เหมาะสมหรือไม่ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของสิ่งเร้า และความสามารถในการปรับตัวของบุคคล นอกจากนี้ยังปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก (กาญจนา ศิริวรราชย์, 2536) ได้แก่

(1) อายุ อายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการปรับตัวของบุคคลขณะที่เกิดปัญหาขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีพยาธิสภาพคล้ายคลึงกัน คนที่อายุน้อยกว่าจะมีผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสภาพได้เร็วและดีกว่าผู้ที่มีอายุมาก

(2) เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียด และการปรับตัว

(3) ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่กำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหาของบุคคล การศึกษาที่ดีจะช่วยให้บุคคลทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าและมีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการพัฒนาสติปัญญา ความรู้ ความมีเหตุผล มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล และแหล่งให้ความช่วยเหลือมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ

(4) รายได้ของครอบครัว เป็นความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าเป็นอิสระเกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยมีหลักประกันในชีวิต นอกจากนี้ยังทำให้สามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่อสุขภาพได้ ผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีรายจ่ายในเรื่องของการรักษา ค่ายา การเดินทาง สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้ (วิณา ลิ้มสกุล, 2545)

(5) ระยะเวลาที่เป็นโรค ระยะเวลาของการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปรับตัว ระยะเวลาสั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ระยะเวลาในการปรับตัวของบุคคลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคลและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การปรับตัวของบุคคลทั่วไปใช้ระยะเวลา 1-3 สัปดาห์ขึ้นไป (กาญจนา ภู่อ่าง, 2533 อ้างถึงใน วิณา ลิ้มสกุล, 2545) ส่วนการปรับตัวของบุคคลที่มีการสูญเสียในครอบครัว ใช้เวลาประมาณ 4 – 6 สัปดาห์ (Caplan, 1974 อ้างถึงใน วิณา ลิ้มสกุล, 2545)

(6) ระดับความรุนแรงของโรค โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความพิการของร่างกาย ระดับความสามารถในการเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง ผู้ที่มีความพิการเล็กน้อยสามารถทำกิจกรรมได้เองก็จะมี ความเครียดน้อยกว่าผู้ที่มีความพิการรุนแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และต้องพึ่งพาผู้อื่น รวมทั้งความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญาที่พบบ่อยได้แก่ การลืม ขาดสมาธิ การตัดสินใจไม่ดี ความสามารถในการคำนวณ ความมีเหตุผล และมีจินตนาการผิดปกติไป ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้เข้ากับสถานการณ์จริงได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้ข้อมูลต่างๆ ได้ทั้งหมด จึงเป็นการยากสำหรับผู้ป่วยที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ไม่สามารถใช้สิ่งต่างๆ ได้ตามปกติที่เคยใช้มาก่อน ซึ่งมีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยทั้งสิ้น

(7) การสนับสนุนทางสังคม แรงสนับสนุนเป็นความจำเป็นพื้นฐานของบุคคล โดยมีการติดต่อมีความสัมพันธ์พึ่งพาซึ่งกัน มีการให้และการได้รับความรัก ความเอาใจใส่และช่วยเหลือด้านต่างๆ จากบุคคลในเครือข่ายสังคมที่มีปฏิสัมพันธ์กันเพื่อให้เกิดความมั่นคงและมีความรู้สึก ปลอดภัยในสังคม

การปรับตัวของผู้ป่วยจะเป็นไปในทางที่ดีหรือไม่ขึ้นกับปัจจัยหลายประการ เนื่องจากบุคคลมีความเป็นองค์รวมซึ่งไม่สามารถแยกร่างกายและจิตใจออกจากกันได้ ดังนั้นเมื่อสิ่งใดมากระทบโดยตรงไม่ว่าจะกระทบร่างกายหรือจิตใจก็ตามบุคคลก็จะปรับตัวหรือมีพฤติกรรม การตอบสนองรวมทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษากิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก เนื่องจากมองเห็นประโยชน์ สอดคล้อง และครอบคลุมในการนำทฤษฎีการปรับตัวของรอยมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ และคาดว่าผลการวิจัยจะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกให้มีการปรับตัวที่เหมาะสมและสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข

2.5 การประเมินการปรับตัวของบุคคล

การประเมินการปรับตัวตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยเป็นการประเมินพฤติกรรม การตอบสนองของบุคคลเมื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อมของตนเอง เพื่อให้เกิดความสมดุลของร่างกาย จิตใจ สังคม มีผู้สนใจศึกษาการปรับตัวและได้นำเอาทฤษฎีการปรับตัวของรอยไปใช้ในการประเมินการปรับตัวกันอย่างกว้างขวางมีทั้งการประเมินการปรับตัวของบุคคลบางด้านและทุกด้าน ดังนี้

2.5.1 การประเมินการปรับตัวของบุคคลเพียงบางด้าน

สุธีรา ตั้งตระกูล (2536) ศึกษาถึงแรงสนับสนุน ทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีต่อความไว้วางใจในผู้ป่วยสโตรค โดยใช้กรอบแนวคิดของรอยด้านการพึ่งพาอาศัยกัน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม แบบวัดความไว้วางใจ ตรวจสอบความเที่ยงได้เท่ากับ 0.80 และ 0.78 ตามลำดับ

2.5.2 การประเมินการปรับตัวของบุคคลทุกด้าน

กาญจนา ศิริวรราช (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ความหวังกับการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โดยสร้างแบบสอบถาม ประกอบด้วยพฤติกรรมปรับตัว 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยกัน มีจำนวนข้อคำถาม 45 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 อันดับ แบบสอบถามได้ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85 ประเมินการปรับตัวโดยการให้คะแนนการปรับตัวโดยรวมคือ 45-180 คะแนน ถ้าได้คะแนนต่ำ หมายถึง การปรับตัวไม่ดี และถ้าคะแนนการปรับตัวมากก็จะมีปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ ทฤษฎีการปรับตัวของรอยได้รับการสนับสนุน นั่นคือ สัมพันธภาพในครอบครัวและระดับการศึกษาจัดเป็นสิ่งเร้าร่วม และความหวัง จัดเป็นสิ่งเร้าแฝงที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยในทางบวก โดยผ่านเข้าไปในกลไกการควบคุมและกลไกการเรียนรู้ ซึ่งตัวแปรดังกล่าวอธิบายการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้ร้อยละ 61 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 39 ยังไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษานี้ อาจเป็นผลมาจากปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวซึ่งผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษา

ยุพาพร โอพาริกพันธ์ (2541) ศึกษาผลของกลุ่มประคับประคองต่อการปรับตัวของผู้ป่วยสโตรคสร้างแบบวัดพฤติกรรมปรับตัวโดยอาศัยแนวความคิดจากทฤษฎีของรอย ประกอบด้วย พฤติกรรมปรับตัว 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยกัน ข้อความที่สัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมปรับตัวด้านร่างกาย ประกอบด้วยการมีกิจวัตรประจำวัน 18 ข้อ มีการเลือกตอบ 4 ระดับ ข้อความที่สัมภาษณ์

เกี่ยวกับพฤติกรรม การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ 17 ข้อ ด้านบทบาทหน้าที่ 9 ข้อ และด้านการพึ่งพา ระหว่างกัน 10 ข้อ มีการเลือกตอบ 5 ระดับ แบบสอบถามได้ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือใน ผู้ป่วยสโตรค 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .76 ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการปรับตัวในด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพา ระหว่างกันดีกว่ากลุ่มควบคุม แต่การปรับตัวด้านร่างกายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ แตกต่างกัน อาจเกิดจากเครื่องมือในการประเมินการปรับตัวด้านร่างกาย ผู้วิจัยไม่ได้เอา ส่วนประกอบทางการปรับตัวด้านร่างกายทั้งหมด เช่น ออกซิเจนและการไหลเวียน การนอนหลับ พักผ่อน การออกกำลังกาย ระบบประสาทและต่อมไร้ท่อมาศึกษาเพื่อสร้างเครื่องมือในการประเมิน แต่ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือตามปัญหาด้านร่างกายของผู้ป่วยสโตรคที่พบมากที่สุด คือ การมีกิจกรรม เท่านั้น จึงทำให้การประเมินด้านร่างกายไม่ครอบคลุม

ในการศึกษาที่ได้กล่าวมาข้างต้น ส่วนใหญ่ประเมินการปรับตัวโดย แบบสอบถามและเป็นการประเมินการปรับตัวไม่ครอบคลุมตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย จึงมีผู้วิจัยที่สนใจศึกษาเพิ่มเติม คือ ศรินชา พลสิงห์ชาญ (2541) ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยไตวาย เรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร จำนวน 58 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิง ปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งแบ่งออกเป็น แบบประเมินพฤติกรรม การปรับตัวตามทฤษฎีการ ปรับตัวของรอยทั้ง 4 ด้าน มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และแบบ สัมภาษณ์คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับพฤติกรรม การปรับตัวทั้ง 4 ด้านตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย เช่นเดียวกัน

สุชาดา กาสีวงศ์ (2545) ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยสโตรค จากการ ทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัยพบว่าการสอบถามการปรับตัวด้วยคำถามปลายเปิด ทำให้มองเห็น ภาพการปรับตัวของผู้ป่วยชัดเจนขึ้น ผู้วิจัยจึงได้สร้างแบบสัมภาษณ์การปรับตัวของผู้ป่วย สโตรคตามทฤษฎีการปรับตัวของรอยร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการ สัมภาษณ์วิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการนำผลการวิจัยครั้งนี้ ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวทางในการพัฒนาเครื่องมือวัดการปรับตัว และพัฒนา รูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวในผู้ป่วยสโตรค

ในการศึกษาที่ได้กล่าวมาข้างต้นมีการสร้างแบบประเมินการปรับตัวของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและอัมพาตครึ่งซีก แต่ยังไม่ครอบคลุมและไม่สามารถอธิบายการ ปรับตัวของผู้ป่วยได้ชัดเจนตามบริบทหรือสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย เพื่อให้มองเห็นรายละเอียดของ การสร้างแบบประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและอัมพาตครึ่งซีกได้ชัดเจน ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงสรุปการสร้างแบบประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและอัมพาต ครึ่งซีกตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การสร้างแบบประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและอัมพาตครึ่งซีกตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย

เรื่อง / ผู้วิจัย / กลุ่มตัวอย่าง	องค์ประกอบเครื่องมือ	ระดับการวัด	การตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องมือ	ข้อเสนอแนะของผู้วิจัย
การศึกษาเร่งสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความไว้วางใจในผู้ป่วยสโตรค (สุริยา ตั้งตระกูล, 2537) กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยสโตรคที่เกิดจากหลอดเลือดสมองแตกหรือตีบตันเป็นระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 50 คน	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบวัดจำนวน 4 ชุด 1.แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2.แบบประเมินความสามารถทางสติปัญญาของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ของลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 20 ข้อ - หมวดการรับรู้กาลเวลา สถานที่และบุคคล 6 ข้อ - หมวดความสามารถในการคิด 1.) ความจำและสมาธิ 8 ข้อ 2.) การใช้สติปัญญาและความเข้าใจ 6 ข้อ 3. แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบสัมภาษณ์ของลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู วัดแรงสนับสนุนใน 5 ด้าน คือ ความรัก ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม ด้านความช่วยเหลือต่างๆ การมีโอกาสนับถือนับถือ ด้านการรับรู้ว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง จำนวน 25 ข้อ 4. แบบวัดความไว้วางใจ ผู้วิจัยเรียบเรียงจากแบบวัดความไว้วางใจของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย จำนวน 20 ข้อ	-แบบตอบถูก-ผิด -มาตราประเมินค่าแบบลิเคิร์ท 7 ระดับ -มาตราประเมินค่าแบบลิเคิร์ท 4 ระดับ	<u>การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)</u> 1.แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน 2.แบบวัดความไว้วางใจ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่าน <u>การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)</u> นำแบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคมและแบบวัดความไว้วางใจไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสโตรคจำนวน 30 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.80 และ 0.78	การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความไว้วางใจในผู้ป่วยสโตรคและตัวแปรที่สามารถทำนายความไว้วางใจในผู้ป่วยสโตรคโดยใช้กรอบแนวคิดของรอย ด้านความสัมพันธ์พึงพา ระหว่างกันซึ่งสามารถทำนายปัจจัยที่มีผลต่อความไว้วางใจได้

ตารางที่ 1 การสร้างแบบประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและอัมพาตครึ่งซีกตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย (ต่อ)

เรื่อง / ผู้วิจัย / กลุ่มตัวอย่าง	องค์ประกอบเครื่องมือ	ระดับการวัด	การตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องมือ	ข้อเสนอแนะของผู้วิจัย
ความสัมพันธ์ระหว่าง สัมพันธภาพในครอบครัว ความหวังกับการปรับตัว ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก (กาญจนา ศิริวรราชย์, 2536) กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จำนวน 100 ราย	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เป็นโรค 2. แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็น ข้อความที่แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยอัมพาต ครึ่งซีกที่มีต่อครอบครัว จำนวน 15 ข้อ โดยจำนวนข้อที่มี ความหมายทางบวก 11 ข้อ ทางลบ 4 ข้อ 3. แบบสอบถามความหวังของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผู้วิจัย สร้างขึ้น จำนวน 21 ข้อ โดยจำนวนข้อที่มีความหมายทางบวก 18 ข้อ และจำนวนข้อที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ 4. แบบสอบถามการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผู้วิจัย สร้างขึ้นโดยอาศัยจากทฤษฎีการปรับตัวของรอย มีข้อคำถาม ทั้งหมด 45 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมปรับตัวด้าน สรีรวิทยา จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมปรับตัวด้าน อัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น จำนวน 30 ข้อ ข้อที่มีความหมายทางบวก 15 ข้อ และข้อที่มี ความหมายทางลบ 15 ข้อ	-มาตราส่วน ประเมินค่า 4 อันดับ -มาตราส่วน ประเมินค่า 4 อันดับ -มาตราส่วน ประเมินค่า 4 อันดับ -มาตราส่วน ประเมินค่า 4 อันดับ	<u>การตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหา (Content Validity)</u> 1.แบบสอบถามสัมพันธภาพใน ครอบครัวและความหวังของ ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผ่านการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน 2.แบบสอบถามการปรับตัวของ ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ผ่านการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน <u>การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)</u> นำแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด ไป ทดลองใช้กับผู้ป่วยอัมพาต ครึ่งซีก จำนวน 10 คน โดยหาค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.9 , 0.84 และ 0.85 ตามลำดับ	จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าสัมพันธภาพใน ครอบครัวและระดับ การศึกษาจัดเป็นสิ่งเร้า ร่วม และความหวัง จัดเป็นสิ่งเร้าแฝงที่มีผล ต่อการปรับตัวของ ผู้ป่วย ในทางบวก ซึ่งตัวแปร ดังกล่าวสามารถอธิบาย การ ปรับ ตัว ข อง ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ได้ ร้อยละ 61 ส่วนที่เหลืออีก ร้อยละ 39 ยังไม่สามารถ อธิบายได้จากการศึกษา ครั้งนี้ อาจเป็นผลจาก ปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อ การปรับตัว ซึ่งผู้วิจัย ไม่ได้นำมาศึกษา

ตารางที่ 1 การสร้างแบบประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและอัมพาตครึ่งซีกตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย (ต่อ)

เรื่อง / ผู้วิจัย / กลุ่มตัวอย่าง	องค์ประกอบเครื่องมือ	ระดับการวัด	การตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องมือ	ข้อเสนอแนะของผู้วิจัย
ผลของกลุ่ม ระดับประคองต่อการ ปรับตัวของผู้ป่วยสโตรค (บุพพร โอพาริกพันธุ์, 2541) <u>กลุ่มตัวอย่าง</u> ผู้ป่วยสโตรคที่ได้รับการ รักษาที่ตึก 2จ. จำนวน 18 คน กลุ่มทดลอง 9 คน และกลุ่มควบคุม 9 คน	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วนประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพก่อน การเจ็บป่วย รายได้ของครอบครัว ระดับความพิการของ ร่างกาย ประเภทของสโตรค ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมปรับตัว ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดย อาศัยแนวคิดจากทฤษฎีการปรับตัวของรอย ประกอบด้วย พฤติกรรมปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ดังนี้ - พฤติกรรมการปรับตัวด้านร่างกาย ประกอบด้วย การมี กิจวัตรประจำวัน จำนวน 18 ข้อ - พฤติกรรมการปรับตัวด้านอารมณ์โน้มน้า จำนวน 17 ข้อ - พฤติกรรมการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ จำนวน 9 ข้อ - พฤติกรรมการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน จำนวน 10 ข้อ	-มาตรฐานประเมิน ค่า 4 ระดับ มาตรส่วน ประเมินค่า 5 ระดับ	<u>การตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหา (Content Validity)</u> นำเครื่องมือส่วนที่ 2 นำไปให้ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความ ตรงตามเนื้อหา จำนวน 6 ท่าน <u>การหาความเที่ยงของเครื่องมือ</u> (Reliability) นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยสโตรค จำนวน 10 คน โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.76	ผู้ วิ จั ย ไ ม่ ไ ด้นำ ส่วนประกอบทางการ ปรับตัวด้านร่างกายมาศึกษา เพื่อสร้างเครื่องมือในการ ประเมินการปรับตัวด้าน ร่างกายตามทฤษฎีการ ปรับตัวของรอย เนื่องจาก ผู้ป่วยสโตรคในระยะฟื้นฟู สภาพปัญหาด้าน ร่างกายที่ พบบ่อยคือ การมีกิจกรรม ทำให้การประเมินด้าน ร่างกายไม่ครอบคลุม อาจ ทำให้มีผลต่อการประเมิน พฤติกรรมปรับตัวด้าน ร่างกายของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองไม่แตกต่าง กัน

ตารางที่ 1 การสร้างแบบประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและอัมพาตครึ่งซีกตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย (ต่อ)

เรื่อง / ผู้วิจัย / กลุ่มตัวอย่าง	องค์ประกอบเครื่องมือ	ระดับการวัด	การตรวจสอบคุณภาพของ เครื่องมือ	ข้อเสนอแนะของผู้วิจัย
การปรับตัวของผู้ป่วย สโตรค (สุชาดา กาสีวงศ์, 2545) <u>กลุ่มตัวอย่าง</u> ผู้ป่วยสโตรคที่มี ระยะเวลาการเจ็บป่วย 3 เดือนถึง 3 ปี มีภูมิลำเนา หรือพักอาศัยอยู่ในเขต อำเภอเมืองขอนแก่น จำนวน 27 คน	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่ง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย การศึกษา จำนวน สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วย อาชีพในปัจจุบัน รายได้ของ ครอบครัวต่อเดือน ประเภทของสโตรค ด้านที่อ่อนแรง ระดับ ความรุนแรงของโรค โรคประจำตัว ส่วนที่ 2 แนวทางการสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรม การปรับตัวของผู้ป่วยสโตรค ซึ่งประกอบด้วยการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้าน บทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาผู้อื่น	- คำถามปลายเปิด	ผู้วิจัยสร้างแบบสัมภาษณ์จาก แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของ รอย มีขั้นตอนดังนี้ 1. จัดทำแนวทางในการสัมภาษณ์ เป็นคำถามปลายเปิด 2. ทดลอง ใช้แนวทางการ สัมภาษณ์ โดยนำไปสัมภาษณ์ ผู้ป่วยสโตรคที่มีลักษณะคล้ายกับ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ราย เพื่อ ทดสอบความชัดเจนของการใช้ ภาษา หลังจากนั้นนำไปปรับปรุง แก้ไขแนวคำถามให้มีความ ชัดเจน เข้าใจง่าย ภายหลังจาก ปรับปรุงแก้ไข ผู้วิจัยนำแบบ สัมภาษณ์ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทั้ง 3 ท่านเพื่อ พิจารณาความครอบคลุมเนื้อหา และ ความชัดเจนของภาษา	1. ควรมีการนำพฤติกรรม การปรับตัวที่ได้จาก การศึกษาครั้งนี้ไปใช้เป็น แนวทางในการประเมิน และจัดทำกิจกรรมการ พยาบาล เพื่อที่จะสามารถ ให้การพยาบาลที่ช่วยลด ข้อจำกัด หรือปรับเปลี่ยน สิ่งเร้า หรือส่งเสริมการปรับตัว และเป็นการพัฒนาเครื่อง มือนำไปสู่การสร้างแบบ ประเมินที่มีมาตรฐาน ยิ่งขึ้น 2. การสัมภาษณ์ผู้ป่วย เพียงอย่างเดียวอาจได้ ข้อมูลน้อยควรมีแบบ สอบถามที่สอบถามทั้งญาติ และผู้ป่วยอยู่ในชุดเดียวกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมดังตารางที่ 1 เกี่ยวกับการสร้างเครื่องมือในการประเมินการปรับตัวในผู้ป่วยสโตรคและอัมพาตครึ่งซีกโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย พบว่ามีการสร้างแบบประเมินพฤติกรรมการปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ของสุริรา ตั้งตระกูล (2537) และมีการสร้างแบบประเมินพฤติกรรมการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน คือ การศึกษาของกาญจนา ศิริวราศัย (2536) และยุพาพร โอพาริกพันธุ์ (2541) แต่พบว่า ข้อคำถามของแบบประเมินยังไม่ครอบคลุมการปรับตัวของผู้ป่วยทั้งหมด เนื่องจากผู้วิจัยไม่ได้นำส่วนประกอบของการปรับตัวด้านร่างกายทั้งหมดมาสร้างแบบประเมิน จึงมีผู้ที่สนใจศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยสโตรค (สุชาดา กาสีวงศ์, 2545) โดยการสร้างแนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วยสโตรคโดยใช้คำถามปลายเปิดและนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จึงได้แนวคำถามที่มีความครอบคลุมถึงการปรับตัวของผู้ป่วยสโตรคทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย และผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ นำไปพัฒนาเครื่องมือนำไปสู่การสร้างแบบประเมินที่มีมาตรฐานยิ่งขึ้น ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสร้างแบบวัดพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกชิ้นใหม่ โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยสโตรค ซึ่งสร้างโดย ยุพาพร โอพาริกพันธุ์ (2541) ร่วมกับแนวทางการสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยสโตรคของสุชาดา กาสีวงศ์ (2545) มาใช้ในการพัฒนาแบบวัดพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกเพื่อให้ครอบคลุมการปรับตัวของผู้ป่วยทั้ง 4 ด้าน ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย

3. แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)

พลังอำนาจเป็นคุณลักษณะที่แสดงถึงความสามารถ ความมีอิทธิพลหรือมีอำนาจในการควบคุมและตัดสินใจในเรื่องต่างๆ (พนารัตน์ เจนจบ, 2542) เป็นความสามารถในการผลักดันความตั้งใจมุ่งมั่นของตนไปสู่ผู้อื่น เป็นความสามารถในการใช้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อวยพร ตันมุขกุล, 2540) พลังอำนาจจะมีอยู่ในแต่ละบุคคลแตกต่างกันไปแต่ละรายและแต่ละระดับ ซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลแต่ละคนถึงพลังอำนาจที่ตนเองมีอยู่

“พลังอำนาจ (Power)” มาจากรากศัพท์ภาษาละติน “Potere” หมายถึง ความสามารถที่จะเลือก (คารณิ จามจุรี, 2546) ความสามารถของบุคคลที่จะควบคุมหรือจัดการกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อชีวิตของตนเองได้ เป็นแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตที่ปรากฏอยู่ในตัวของทุกคนและเป็นความสามารถที่จะมีอิทธิพลกับสิ่งใดก็ตามที่เกิดขึ้นกับตน

3.1 แหล่งพลังอำนาจในแต่ละบุคคล (Miller, 1992) มีอยู่ด้วยกัน 7 แหล่ง ได้แก่

3.1.1 ความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength and reserve) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่ทำหน้าที่ได้อย่างเต็มตามศักยภาพและเต็มตามพลังสะสมทางกายภาพ (physical reserve) ที่มีเมื่อระบบของร่างกายเกิดการเจ็บป่วย พลังอำนาจในการกระทำใดๆ ของบุคคลก็จะลดลง

3.1.2 ความเข้มแข็งทางจิตและสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support) ความเข้มแข็งทางจิต หมายถึง ความยืดหยุ่นที่ปรากฏในบุคคลอันเป็นเอกลักษณ์ของแต่ละบุคคล ถึงแม้ว่าเผชิญกับวิกฤตการณ์การเจ็บป่วยและความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน บางคนก็สามารถดำรงความสมดุลทางจิตได้ ซึ่งบางครั้งการเจ็บป่วยเรื้อรัง ก็เป็นสาเหตุของความไม่สมดุลทางจิต ความวิตกกังวลและซึมเศร้าเป็นอาการที่พบได้ สำหรับการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สัมพันธภาพในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม โอกาสสำหรับการดูแลความเชื่อมั่นในคุณค่าบุคคลที่ให้การดูแล นอกจากนั้นยังรวมถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การช่วยเหลือที่จับต้องได้ (Tangible support) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) และการสนับสนุนทางข้อมูล (Information support) การสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากบุคคลในครอบครัว ถือได้ว่าเป็นแหล่งพลังอำนาจที่มีความสำคัญยิ่งที่จะช่วยผู้ป่วยในการจัดการกับความเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.1.3 อุดมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self-concept) การนับถือตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญของอุดมโนทัศน์ในตนเองและเป็นตัวชี้วัดหน้าที่ ความรู้สึกถึงการมีคุณค่าอันเป็นพื้นฐานที่นำไปสู่การกระทำเพื่อพัฒนาสุขภาพการเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลต่ออุดมโนทัศน์ในตนเอง การสร้างอุดมโนทัศน์ในตนเองขึ้นมาใหม่เป็นการปรับตัวในระยะเจ็บป่วย ด้วยการบูรณาการการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับร่างกาย โดยการทำความเข้าใจว่าความสามารถหรือศักยภาพในการจัดการดูแลปัญหาสุขภาพอยู่ในตนเอง พยายามที่จะกำจัดอิทธิพลของความเจ็บป่วยที่มีต่อตนเอง

3.1.4 พลังงาน (Energy) คือ ความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพที่ควรจะเป็นของแต่ละบุคคล ศักยภาพของพลังงาน คือ พลังงานที่เก็บสะสมไว้ ซึ่งควรที่จะสมดุลระหว่างพลังงานที่ได้รับกับพลังงานที่ใช้ไป แหล่งของพลังงาน ได้แก่ อาหาร น้ำ การพักผ่อน และแรงจูงใจ พลังงานที่ใช้ในการสะสมหรือฟื้นฟูสภาพทางกาย หรือใช้ในการจัดการกับความต้องการประจำวัน รวมถึงการจัดการกับความเครียด

3.1.5 ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญา (Knowledge and insight) ความรู้และการรับรู้ด้วยปัญญาเกี่ยวกับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นต่อตนเองช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการควบคุมมากขึ้นและช่วยบรรเทาความวิตกกังวลจากความไม่แน่นอน ความรู้ของผู้ป่วยช่วยในการตัดสินใจและ

ตระหนักถึงทางเลือกและความคาดหวังถึงผลอันเกิดเนื่องมาจากการเลือกกระทำความรู้ถือได้ว่าเป็นสิ่งสนับสนุนที่ช่วยลดความไม่แน่นอน และช่วยพัฒนาแผนที่ทางปัญญาสำหรับการตัดสินใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบความหมายของสภาพการณ์ที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วย

3.1.6 แรงจูงใจ (Motivation) พฤติกรรมจูงใจที่ซ่อนอยู่ภายในช่วยให้บุคคลรู้สึกถึงสมรรถนะและการพิจารณาตนเอง โดยที่พฤติกรรมจูงใจที่ซ่อนอยู่ภายในอยู่ 2 ลักษณะ คือ ค้นหาสิ่งเร้าและลดความไม่สอดคล้อง แรงจูงใจมีความสำคัญในการเพิ่มศักยภาพ ส่งเสริมบทบาททางสังคมและการทำงาน และพัฒนาความเชื่อมั่นในคนที่จะกล้าเสี่ยง แรงจูงใจมีส่วนช่วยในการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ และการมีส่วนร่วมในการรักษา

3.1.7 ระบบความเชื่อ (Belief systems) ระบบความเชื่อของบุคคล ความเชื่อในแผนการรักษา ความเชื่อในเจ้าหน้าที่สุขภาพ และความเชื่อในตนหรือความเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง รวมถึงความเชื่อในพระเจ้า ศาสนา หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยสร้างความเข้มแข็งและความสามารถในการจัดการกับความเครียดและเอาชนะต่อปัญหา

จะเห็นได้ว่าแหล่งพลังอำนาจทั้ง 7 แหล่งมีความสำคัญในผู้ป่วย ที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยเพื่อให้เกิดความผาสุกในชีวิตแม้จะมีข้อจำกัดอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

พลังอำนาจไม่ใช่ความสามารถที่เป็นมาแต่กำเนิด แต่เป็นความสามารถที่พัฒนาให้เกิดขึ้นในบุคคลได้ กระบวนการที่ช่วยทำให้บุคคลมีพลังอำนาจขึ้นมาได้ เรียกว่า การสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)

3.2 ความหมายของการสร้างพลังอำนาจ

การสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) อาจพิจารณาความหมายในฐานะที่เป็นกระบวนการของการให้อำนาจ ซึ่งจะมีผู้ที่ศึกษาและให้ความหมายไว้หลากหลายแตกต่างกันออกไปในแต่ละสาขา สำหรับการนำมาใช้ในวิชาชีพการพยาบาล มีทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษาพยาบาล การวิจัยและการส่งเสริมสุขภาพในรูปแบบต่างๆ จึงสามารถสรุปความหมายของการสร้างพลังอำนาจ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความหมายของการสร้างพลังอำนาจ

ผู้ศึกษา/ปีที่ศึกษา	ความหมาย
ซิมมอนส์และพาร์สันส์ (Simmons & Parsons, 1983 อ้างถึงใน เอื้อมพร ทองกระจ่าง, 2537)	เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลมีความสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อมและประสบความสำเร็จโดยการตัดสินใจด้วยตนเองซึ่งใกล้เคียงกับแนวคิดของหลายคนที่กล่าวว่าเป็นกระบวนการพัฒนาชีวิต ที่ทำให้บุคคลคิดและตระหนักรู้ถึงทางเลือกของตนเอง มีความรู้สึกมั่นใจในตัวของตัวเองมีความเป็นอิสระและรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่าซึ่งอาจปรากฏให้เห็นจากการเปลี่ยนแปลงของบุคคล ระหว่างบุคคล หรือมีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของสังคม
กิบสัน (Gibson, 1991)	เป็นกระบวนการทางสังคมที่แสดงให้เห็นคุณค่าและการยอมรับ การส่งเสริมพัฒนาและการสร้างความสามารถของบุคคลในการตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง แก้ไขปัญหาด้วยตนเองรวมถึงความสามารถในการใช้แหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมชีวิตตนเองเพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนเองมีพลังอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนได้
อวยพร ตันมุขกุล (2540)	กระบวนการที่เสริมสร้างให้บุคคล องค์กรมีพลังอำนาจในการควบคุมชีวิตตน เป็นกระบวนการทางสังคมที่แสดงถึงการยอมรับการส่งเสริม การช่วยเหลือซึ่งกันและกันให้บุคคลเกิดความสามารถที่จะดำเนินการสนองความต้องการของตนเอง เป็นการรู้จักเป้าหมายของตน และใช้ทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อให้เกิดความรู้สึกสามารถควบคุมชีวิตตนเองได้ เป็นการรู้จักเป้าหมายของตนและรู้จักใช้ทรัพยากรเพื่อบรรลุเป้าหมายของตน
พนอ เคชะอริก (2541)	กระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจให้สามารถพิจารณา กำหนดตนเองในการแก้ไขปัญหาและสามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นกับตนโดยใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและความต้องการของตนเอง
จารุวรรณ จินคามงคล (2541)	กระบวนการในการพัฒนาและเสริมสร้างความสามารถของบุคคลในการควบคุมการดำเนินชีวิตของตนเอง เสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความรู้สึกมั่นใจ เป็นของตัวเอง มีความเป็นอิสระ และรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่าสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ
นิตย์ ทศนิยม [ม.ป.ป.]	กระบวนการที่จะช่วยให้บุคคลคิดวิเคราะห์ คิดเป็น ทำเป็น สามารถรักษาสិทธิของเขาในการที่จะตัดสินใจที่จะแก้ปัญหาของเขาเองเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว่าเขาความสามารถ มีศักดิ์ศรี ซึ่งอำนาจเป็นสิ่งที่บุคคลต้องสร้างขึ้นเองเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นเองภายในบุคคลนั้น (inherent process) จึงไม่สามารถกำหนดเวลาตายตัวแน่นอน
อรพรรณ ทองคำ (2543)	กระบวนการหรือวิธีการต่างๆซึ่งสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคคลตระหนักรู้คุณค่าและความสามารถแห่งตน รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมชีวิตของตน รวมถึงการสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาศักยภาพของตน ตลอดจนจัดโอกาสและสิ่งแวดล้อมที่ช่วยสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของบุคคลทำให้รับรู้ถึงความสำเร็จและความพึงพอใจในชีวิต

ตารางที่ 2 แสดงความหมายของการสร้างพลังอำนาจ (ต่อ)

ผู้ศึกษา/ปีที่ศึกษา	ความหมาย
รัชนิพร คนชุม (2547)	กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นเองภายในบุคคลในกระบวนการคิดที่บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลเกิดความรู้ตระหนักรู้จากการคิดวิเคราะห์คิดเป็นทำเป็น และตระหนักถึงศักยภาพและข้อจำกัดของตนเองในการแก้ไขปัญหาที่รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถมีพลังอำนาจและมีคุณค่าในตนเอง

นอกจากนี้ความหมายที่ใช้ในเชิงกระบวนการ เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ช่วยเหลือให้บุคคลได้พัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของตนเอง ส่วนในแง่ของการปฏิบัติการพยาบาล การสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการในการช่วยเหลือบุคคลให้สามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งกิบบสัน (Gibson, 1991) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการสร้างพลังอำนาจไว้ดังต่อไปนี้ คือ

1. เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้เพื่อให้ได้มาซึ่งความสามารถในการควบคุม กำกับ การดำรงชีวิตของตนเอง
2. เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก และมีลักษณะที่ทั้งสองฝ่ายต้องใช้ความพยายามร่วมกัน
3. การเพิ่มพูนความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตน และการสร้างประสิทธิภาพของตนในการทำกิจกรรมต่างๆ หรือการส่งเสริมการสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมในแต่ละบุคคล ตลอดจนการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมด้วย
4. การที่บุคคลเรียนรู้การใช้ทรัพยากรร่วมกัน ทำงานร่วมกัน ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงทรัพยากรที่มีอยู่ภายในบุคคล ภายนอกบุคคลและที่มีอยู่ในชุมชน
5. กระบวนการที่มีลักษณะสำคัญที่มีการปฏิสัมพันธ์เชิงโครงสร้างประโยชน์ร่วมกันที่มุ่งเพิ่มความแข็งแกร่งให้เกิดขึ้น
6. กระบวนการที่เป็นการหาทางออก ทางแก้ปัญหามากกว่าตัวปัญหานั้นความแข็งแกร่ง สิทธิความสามารถของบุคคลมากกว่าข้อจำกัด หรือจุดด้อยของบุคคล
7. กระบวนการที่มีกลไกที่เกี่ยวข้องกับอำนาจของบุคคล มีทั้งการให้และการรับอำนาจหรือการใช้อำนาจร่วมกัน มิใช่เพียงแต่ผู้ใช้อำนาจพยายามสร้างอำนาจ แต่รวมถึงผู้ให้อำนาจ ถ่ายโอนอำนาจ

8. กระบวนการที่มีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก หรือกระทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อให้มีความเจริญเติบโต และการพัฒนาของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน เพื่อให้เป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะที่ตั้งใจ

9. กระบวนการของความช่วยเหลือบุคคลให้ประสบความสำเร็จในการควบคุมสิ่งแวดล้อมและ/หรือกำหนดทิศทางชีวิตของตนเองได้

10. การสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคมของการแสดงการยอมรับชื่นชม (Recognizing) การส่งเสริม (Promoting) การพัฒนาและการเสริมสร้างความสามารถของบุคคล (Enhancing people's abilities) ในการตอบสนองความต้องการของตนเอง และแก้ปัญหาด้วยตนเองและความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าตนมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่ หรือชีวิตของตนเองได้

3.3 กระบวนการสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการพิจารณาแนวทางในการแก้ปัญหา อาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมให้บรรลุเป้าหมาย กิบสัน (Gibson, 1993) ได้ทำการศึกษากระบวนการสร้างพลังอำนาจของมารดาจำนวน 12 ราย ที่ให้การดูแลบุตรที่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลด้วยการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม การบันทึก การสัมภาษณ์โดยใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structure interview guide) ระยะเวลาที่ทำการศึกษทั้งหมด 12 เดือน สรุปกระบวนการสร้างพลังอำนาจได้ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การค้นพบสถานการณ์จริง (Discovering reality) หมายถึงการจัดให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมในการผ่อนคลายความคับข้องใจ ยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นและตัดสินใจได้ถูกต้อง
2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) หมายถึง การจัดการให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รับรู้ปัญหาและความต้องการของตนเอง รวมทั้งแนวทางการแก้ไข
3. การตัดสินใจเลือกแนวทางในการปฏิบัติของตนเอง (Taking charge) หมายถึง การจัดให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงการปฏิบัติต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมเพื่อที่จะตอบสนองความต้องการของตน และจัดการกับปัญหาของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) หมายถึง การจัดให้ผู้ป่วยได้มีความมั่นใจที่จะดำเนินชีวิตด้วยตนเอง

3.4 องค์ประกอบและวิธีการในการสร้างพลังอำนาจ

กิบสัน (Gibson, 1991) ศึกษาแนวคิดการสร้างพลังอำนาจที่นำมาใช้ในการพยาบาล ได้เสนอองค์ประกอบการเสริมสร้างพลังอำนาจมีองค์ประกอบ 3 ส่วน ดังนี้

3.4.1 คุณสมบัติผู้ให้บริการ/ผู้ป่วย ในการเกิดพลังอำนาจในผู้รับบริการจะต้องเกิดจากความรับผิดชอบของผู้รับบริการที่จะต้องมีความรับผิดชอบคือการตัดสินใจด้วยตนเอง มีสมรรถนะแห่งตน มีความรู้สึกรู้ว่ามีความสามารถในการควบคุม มีแรงจูงใจ มีการพัฒนาตนเอง มีการเรียนรู้ มีความรู้สึกมีส่วนร่วม มีความรู้สึกในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและมีความรู้สึกว่าคุณมีสิทธิเสมอภาคในสังคม

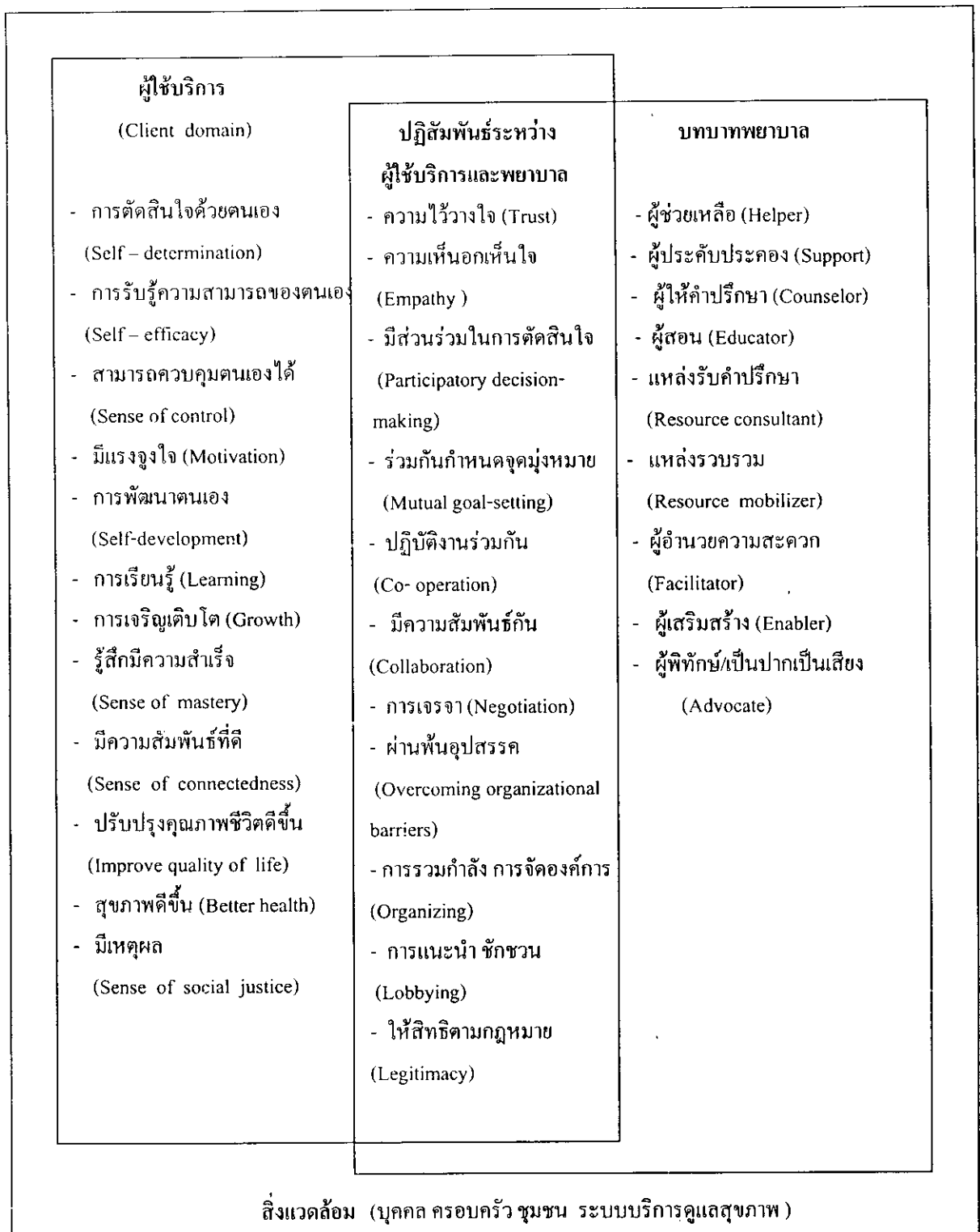
3.4.2 คุณสมบัติของพยาบาลในการสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ให้บริการพยาบาล มีบทบาทในหลายลักษณะ ได้แก่ ผู้ช่วยเหลือ ผู้ให้การสนับสนุน ผู้ให้คำปรึกษา ผู้สอน ผู้ให้คำแนะนำ ผู้กระตุ้นให้มีการเปลี่ยนแปลง ผู้อำนวยความสะดวก และผู้พิทักษ์สิทธิให้ผู้ให้บริการ

3.4.3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการจะเป็นสัมพันธภาพด้านบวก ได้แก่ มีความไว้วางกัน เข้าใจกัน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีความร่วมมือ มีการอภิปรายร่วมกัน มีการจัดระบบมีการเคารพสิทธิซึ่งกันและกัน

นอกจากนี้กิบสัน (Gibson, 1991) ยังได้กล่าวว่าวิธีการที่พยาบาลจะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดพลังอำนาจได้นั้นต้องมีความเชื่อพื้นฐาน ดังนี้

1. สุขภาพเป็นเรื่องของแต่ละบุคคลที่จะต้องรับผิดชอบ แพทย์และพยาบาลมีหน้าที่ ส่งเสริมและรักษาสุขภาพ แต่ไม่ใช่การผูกขาดรวอำนาจอย่างเบ็ดเสร็จ
2. ควรให้ความเคารพนับถือต่อศักยภาพของผู้ป่วยในการที่จะพัฒนาความ เจริญงอกงามและความต้องการสนองตอบเป้าหมายในชีวิตของเขาเอง
3. บุคลากรทางด้านสุขภาพไม่สามารถสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยได้ แต่ผู้ป่วยจะสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองในขณะที่บุคลากรทางด้านสุขภาพจะต้องให้การช่วยเหลือให้เกิดการคงทนของพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและรู้จักใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อให้เขามีความรู้ความสามารถควบคุมได้ และเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน
4. บุคลากรทางสุขภาพ ควรมีแนวทางในการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย
5. มีการยอมรับนับถือให้ความเสมอภาคระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยโดยที่ไม่มีใครเป็นผู้รู้หรือรับแต่ฝ่ายเดียว ระวังไม่ให้เกิดความไม่สมดุลแห่งอำนาจ เพราะหากเป็นเช่นนั้นแล้ว ผู้ป่วยจะไม่สามารถพัฒนาศักยภาพของตนได้อย่างเต็มที่
6. ต้องมีความไว้วางใจระหว่างกันและกัน

การให้การพยาบาลเพื่อที่จะสร้างพลังอำนาจให้ผู้รับบริการ ได้มีประสิทธิภาพนั้น ต้องมีรูปแบบที่ชัดเจนสามารถนำไปปฏิบัติได้ ซึ่งกิบสัน (Gibson, 1991) ได้กำหนดรูปแบบการสร้างพลังอำนาจทางการพยาบาลไว้ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบการสร้างพลังอำนาจในการบริการพยาบาล (An empowerment model for Nursing)
(Gibson, 1991;p. 359)

3.5 ปัจจัยหลักและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลเกิดพลังมีกำลังใจมีความสามารถจะกระทำทุกวิถีทางเพื่อแก้ไขปัญหายุปสรรคให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ดีที่สุด สิ่งที่จะช่วยกระตุ้นผลักดันให้เกิดพลัง มีกำลังใจเพื่อแก้ไขปัญหานั้น ได้แก่ ความรัก ความผูกพัน การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลภายนอก และการที่บุคคลและครอบครัวจะเข้าสู่กระบวนการสร้างพลังอำนาจจนบรรลุเป้าหมายที่วางไว้นั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างพลังอำนาจ ทั้งภายในบุคคล และระหว่างบุคคล (Gibson, 1991 อ้างถึงใน คารณิ จามจุรี, 2546) ดังนี้

3.5.1 ปัจจัยภายในบุคคล

3.5.1.1 ค่านิยม (Value) ค่านิยมของตนเอง มีความรักในตนเอง ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยภายในบุคคลที่เป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบในการที่จะดูแลตนเอง

3.5.1.2 ความเชื่อ (Belief) ความเชื่อเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหา อุปสรรค และความยากลำบากในการดูแลที่เกิดขึ้น การที่บุคคลมีความเชื่อที่ดีต่อการดูแลหรือเชื่อว่าการให้การรักษาที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยของตนเองดีขึ้น

3.5.1.3 เป้าหมาย (Determination) เกิดจากการที่บุคคลมีพลังความเข้มแข็งและแรงจูงใจ (Strong and motivation) ที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อไปสู่เป้าหมายโดยพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ตนเองได้รับสิ่งที่ดีที่สุดแม้ว่าจะมีอุปสรรคหรือปัญหาใดๆ ก็ตาม ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมาทั้งหมด จะส่งผลต่อการเกิดกระบวนการสร้างพลังอำนาจของบุคคลทุกขั้นตอน

3.5.1.4 ประสบการณ์ (Experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการสร้างพลังอำนาจ ซึ่งรวมถึงประสบการณ์ในสถานการณ์ต่างๆ ที่ผ่านมาและประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากการศึกษา อ่านจากตำรา วารสารวิชาการ (Educational contexts) และระดับการศึกษา ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์

3.5.2 ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่

การสนับสนุนทางสังคม (Social support) จากหลายๆ แหล่งด้วยกัน เช่น จากคู่สมรส สมาชิกในครอบครัว บุคคลสำคัญในชีวิต รวมถึงญาติ เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ มีส่วนสนับสนุนให้กำลังใจ ให้การประคับประคองและให้ความมั่นใจในการดูแลตนเอง ซึ่งการให้ข้อมูลความรู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพและแผนการรักษา การได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพที่ให้การดูแลอาการเจ็บป่วยทุเลา การที่พยาบาลช่วยพูดกับแพทย์ผู้รักษา การได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพตลอดจนการได้รับการบริการส่งต่อในชุมชนหรือการดูแล

ต่อเนื่องที่บ้าน สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจากผู้ป่วยด้วยกันเอง เป็นสิ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีการสร้างพลังอำนาจได้ผลดียิ่งขึ้น

3.6 ขั้นตอนการสร้างพลังอำนาจ

กระบวนการสร้างพลังอำนาจ อยู่บนพื้นฐานการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันมีการทำงานร่วมกัน และการมีส่วนร่วม (Collaboration) ซึ่งจากการศึกษาของกิบสัน (Gibson, 1991) ได้แบ่งระยะการสร้างพลังอำนาจไว้ 4 ระยะ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality)

การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการสร้างพลังอำนาจ เป็นการพยายามทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริงทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (Emotionally) ด้านสติปัญญาการรับรู้ (Cognitive) และด้านพฤติกรรม (Behaviorally)

1) การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional responses) เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ก็จะเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ ต่อต้าน วิตกกังวล กระวนกระวาย กลัว โกรธ ซึ่งอาการทั้งหมดเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพของความเป็นจริงได้ ในระยะนี้บุคคลจะรู้สึกคับข้องใจที่จะคิดว่าตนเองป่วยและไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพที่ดีได้ แต่ถ้าบุคคลจะรู้สึกดีขึ้นหากมีการเปลี่ยนความคิด โดยมีความหวังว่าตนเองมีโอกาสมืออาชีพการดีขึ้นได้ แต่อาจจะต้องอาศัยระยะเวลาเป็นตัวช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้น พยายามค้นหาปัญหา สาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง เพื่อสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

2) การตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้ (Cognitive responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความรู้สึกสามารถ หรือไม่มั่นใจในการดูแลตนเอง ระยะนี้บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง โดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือ วารสารทางวิชาการ การถามจากแพทย์ พยาบาล และผู้ป่วยคนอื่นๆ ในระยะนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้จากการแสวงหาจากแหล่งต่างๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ

3) การตอบสนองทางพฤติกรรม (Behavioral responses) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่า การดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน การที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ได้ทำเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่สามารถทำได้ขณะนี้ มองปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่ดี และพยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรู้ชัดเจนว่าสิ่งที่ตนเองต้องการการดูแลอย่างแท้จริงคืออะไร เกิดความเข้าใจชัดเจนในการดูแลและตระหนักถึงความสำคัญของตนเอง ดังนั้นบุคคลจะพยายาม

ปรับตัวโดยคิดในแง่ดี และจะกระทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection)

การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์สถานการณ์อย่างรอบคอบเพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมเป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา การแสวงหาทางเลือก การพินิจ พิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนารู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (A Sense of personal control) บุคคลจะได้มาซึ่งทางเลือกต่างๆในการปฏิบัติ หลังจากการคิดวิเคราะห์อย่างละเอียดแล้วจะช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาขึ้น ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตนเอง ความสามารถ ความถูกต้องของตน เกิดความมั่นใจในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจ ทักษะของตนเองในการที่จะดูแลตนเองมากขึ้นจึงกล่าวได้ว่าขั้นตอนนี้มีความสำคัญนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมและช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง เมื่อผ่านขั้นตอนนี้ บุคคลจะมีความรู้สึกเข้มแข็ง มีความสามารถ และมีพลังมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกแนวทางในการปฏิบัติของตนเอง (Taking Charge)

การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการเผชิญหน้าเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่นเพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination) หลังจากผ่านทั้งสองขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น ในขั้นตอนนี้บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ซึ่งบุคคลจะมีทางเลือกหลายวิธีการขึ้นอยู่กับทางเลือกแนวทางแก้ไขปัญหามองของบุคคล และจะตัดสินใจเลือกปฏิบัติสิ่งที่คิดว่าดีและเหมาะสมที่สุดโดยใช้เหตุผลของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจมีความแตกต่างกัน โดยที่การตัดสินใจจะอยู่ภายใต้เงื่อนไข 5 ประการ คือ 1) เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเองได้ 2) สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ 3) บุคคลได้รับความเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง 4) ผ่านการร่วมปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ และ 5) เป็นวิธีที่สร้างความยอมรับ และสามารถเปิดกว้างในการที่ผู้อื่นจะนำไปใช้เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ในขั้นตอนนี้บุคคลจะมีความมั่นใจในความรู้ความสามารถของตนเองและมีความเข้มแข็งมากขึ้น สามารถดำเนินการจัดการสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนได้ เช่น การพิทักษ์สิทธิ์ การเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหา การเรียนรู้ในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมหรือการปฏิบัติ การเจรจาต่อรอง การมีส่วนร่วม เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)

การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติ ในระยะนี้ เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางเลือกแล้ว พยาบาลและผู้ป่วยร่วมมือแก้ไขปัญห ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการสร้างพลังอำนาจ เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิด ประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลก็จะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและ จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในครั้งต่อไป

การสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ตามแนวคิดของกิบสัน เป็นกระบวนการ ระหว่างบุคคล ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของการสร้างพลังอำนาจจะมีความต่อเนื่องกัน และสามารถเกิด สลับไปมาได้ในแต่ละบุคคล และการที่บุคคลจะสามารถผ่านแต่ละขั้นตอนได้ต้องใช้พลังใจ พลัง ความคิด รวมทั้งความสามารถในระดับสูง ทั้งนี้ขั้นตอนต่างๆ จะเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพียงใดย่อมเกิดขึ้นอยู่กับปัจจัยนำและปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งได้กล่าวไปแล้วในตอนต้น อย่างไรก็ตาม เมื่อบุคคลสามารถกระบวนการสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอน ได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว จะ เกิดผลต่อบุคคลในคุณลักษณะที่จะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ ต้องการ

3.7 วิธีการที่ใช้ในการสร้างพลังอำนาจ

การสร้างพลังอำนาจถูกนำมาใช้แตกต่างกันไปทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเป้าหมายและปัจจัย แวดล้อมต่างๆ วิธีการ หรือกลวิธีที่ใช้ในการสร้างพลังอำนาจในการพยาบาลจึงมีหลากหลาย (พนารัตน์ เจนจบ, 2542) ได้แก่

3.7.1 การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้บุคคลเกิดการรับรู้ เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องในสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง โดยมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความ เจ็บป่วยและการรักษาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย เพื่อช่วยในการตัดสินใจและกระตุ้นสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจ

3.7.2 การให้คำปรึกษา คำแนะนำและให้แนวทาง โดยยึดความจำเป็น และความ ต้องการของแต่ละบุคคล

3.7.3 การให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้แหล่งประโยชน์หรือ ทรัพยากรที่เป็นประโยชน์

3.7.4 การให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การกำหนดเป้าหมายที่เป็นจริง และ แนวทางเลือกที่เป็นไปได้ร่วมกันทั้งสองฝ่าย ซึ่งการทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอาจทำได้โดยการให้ นำเสนอด้วยตนเองให้กับผู้ร่วมประชุมฟัง มีการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ

3.7.5 การประเมินผลย้อนกลับเชิงบวก การสะท้อนถึงผลที่น่าพอใจ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจและเกิดกำลังใจที่จะกระทำต่อไป

3.7.6 การยอมรับในความเป็นบุคคล ส่งเสริมให้เกิดคุณค่าในตนเอง ให้ความสำคัญ และยอมรับในศักยภาพในความสามารถของบุคคล

3.7.7 การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเอง แต่การใช้กลุ่มสนับสนุน (Group support) อาจมีข้อจำกัดคือสมาชิกกลุ่มบางคนอาจจะไม่ได้รับประโยชน์ตามที่คิดไว้ ไม่ชอบ ไม่เห็นด้วย เพราะผู้ป่วยแต่ละคนให้ความสำคัญของปัญหาแตกต่างกันไป เมื่อเข้ากลุ่มจะทำให้กลุ่มมีอิทธิพลในการตัดสินใจและการมองปัญหา ซึ่งไม่ตรงกับปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้

3.7.8 ให้ความสำคัญเอาใจใส่ทางด้านสุขภาพร่างกายส่งเสริมสุขภาพในการรักษาพยาบาลในภาวะเจ็บป่วย

การจัดการตนเองในผู้ป่วยเรื้อรังโดยอาศัยกระบวนการคิดและตัดสินใจกระทำพฤติกรรมด้วยตนเองเป็นสิ่งจำเป็นในการชะลอความก้าวหน้าของโรค ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ถ้าผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำสามารถสร้างขึ้นได้โดยกระบวนการสร้างพลังอำนาจ แต่การประยุกต์ใช้แนวความคิดของกิบสัน ในการให้การพยาบาลเพื่อสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกยังไม่มีรายงานการศึกษามาก่อน ซึ่งการนำแนวคิดของกิบสันทั้ง 4 ขั้นตอน มาประยุกต์ใช้นั้น มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างหนึ่ง เพราะเป็นกระบวนการที่พัฒนาศักยภาพให้บุคคลรับรู้ว่าคุณสามารถจัดการกับสถานการณ์หรือปัญหาที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของคุณได้

3.8 ระยะเวลาในการสร้างพลังอำนาจ

ระยะเวลาในการสร้างพลังอำนาจ ไม่มีการกำหนดระยะเวลาที่แน่ชัดในการดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจ ถึงแม้กระบวนการนี้จะต้องการเวลา แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ระบุแน่ชัดยังอยู่ในระหว่างการศึกษาเพื่อให้ได้องค์ความรู้นี้ (นิธย์ ทศนิยม, 2545) โดย กฤตยา แสงวงเจริญ (2539) อ้างถึงใน รัชนิพร คนชุม (2547) เสนอแนะระยะเวลาในการสนทนาเพื่อให้การช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาใช้ระยะเวลาระหว่าง 45-60 นาที

จากการทบทวนวรรณกรรมในการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ทั้งในและต่างประเทศ มีผู้ที่ศึกษาการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยหลากหลายกลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยทางจิตและตามมุมมองของพยาบาล ระยะเวลาที่ใช้ในการสนทนาแตกต่างกันไป ซึ่งสามารถจำแนกตามกลุ่มโรคได้ ดังนี้

จารุวรรณ จินดามงคล (2541) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน โดยให้

การพยาบาลผู้ป่วยรายบุคคล พบผู้ป่วยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง รวมจำนวน 6 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ซึ่งสอดคล้องกับ Schofield (1998) ศึกษาผลของการสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคลในผู้ป่วยทางจิตที่มีอาการรุนแรง จำนวน 13 ราย โดยพบผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง

อุรา สุวรรณรักษ์ (2542) ได้ศึกษากระบวนการให้คำปรึกษาทางสุขภาพรายบุคคลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยเบาหวานใช้เวลา 1 ชั่วโมง จำนวน 1 ครั้ง และให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม 2 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง และ Paterson (2001) ศึกษาการสร้างพลังอำนาจในการตัดสินใจดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จำนวน 22 ราย โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยรายบุคคลใช้เวลา 90-120 นาที และเข้ากลุ่ม 2 ครั้งละ 2 ชั่วโมง

รัชนิพร คนชุม (2547) ได้ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้าน อัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ใช้การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคล โดยพบผู้ป่วยติดต่อกันทุกวันๆ ละ 45-60 นาที รวมระยะเวลา 6-8 วัน และ Mok & Martinson (2000) ศึกษาผลของการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 12 ราย โดยการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Groups) ครั้งละ 45 นาที - 1 1/2 ชั่วโมง

พนอ เดชะอริก (2541) ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีแบบแผนต่อความรู้สึกสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง จำนวน 20 คน ใช้วิธีสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ระยะเวลาของโปรแกรมใช้เวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที จำนวน 8 ครั้ง และ Fulton (1997) ศึกษาการสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยตามมุมมองของพยาบาล จำนวน 16 คน ระยะเวลาที่อภิปรายกลุ่ม (Focus Groups) ประมาณ 40 นาที

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาดังกล่าวพบว่า ไม่มีการกำหนดระยะเวลาที่แน่ชัดในการดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจ ถึงแม้กระบวนการนี้จะต้องการเวลา แต่ยังไม่มีการศึกษาที่ระบุแน่ชัด ยังอยู่ในระหว่างการศึกษาเพื่อให้ได้องค์ความรู้นี้ (นิศย์ ทศนิยม, 2545) กฤตยา แสงเจริญ (2539) อ้างถึงใน รัชนิพร คนชุม (2547) เสนอแนะระยะเวลาในการสนทนาเพื่อให้การช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาใช้ระยะเวลาระหว่าง 45-60 นาที ดังนั้นในการกำหนดระยะเวลาในการสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้คำนึงถึงสภาพปัญหาของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ประกอบกับแนวทางการรักษาของแพทย์ของโรงพยาบาลทั่วไปในปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมักได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเฉพาะช่วงระยะวิกฤตเท่านั้น เมื่ออาการผ่านเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ แพทย์มักจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านก่อนที่การฟื้นฟูสภาพจะเสร็จสมบูรณ์ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น จึงทำให้แนวโน้มการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมีระยะเวลานานลง ผู้วิจัยจึงกำหนด

ระยะเวลาในการดำเนินการสร้างพลังอำนาจ 6-8 วัน เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ และระบบการดูแลผู้ป่วยโดยพบกับผู้ป่วยทุกวัน ครั้งละ 45-60 นาที โดยประเมินคำพูดและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกว่าสามารถผ่านแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทั้งนี้ อาจปรับหรือยืดหยุ่นได้ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นสำคัญ

3.9 การรับรู้พลังอำนาจ

กระบวนการสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการภายในบุคคล (Intrapersonal process) การสร้างพลังอำนาจจะนำมาซึ่งการรับรู้พลังอำนาจ ซึ่งเป็นผลที่ตามมาของกระบวนการสร้างพลังอำนาจ บุคคลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้โดยมีการรับรู้ใน 4 ด้าน คือ 1) ความรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง (A sense of mastery of their situation) โดยบุคคลจะเกิดความชัดเจนมากขึ้นในการดูแลตนเอง ประสบการณ์จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ ประกอบการนำความรู้ และประสบการณ์เดิมที่มีอยู่มาผสมผสานเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น 2) มีความพึงพอใจในตนเอง (Personal satisfaction) เมื่อบุคคลประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ก็จะเกิดความรู้สึกพึงพอใจในความสามารถของตนเอง นำไปสู่ความมั่นใจและกำลังใจในการปฏิบัติงานต่อไป 3) การพัฒนาตนเอง (Self-development) ซึ่งช่วยให้บุคคลรู้สึกมั่นใจในความสามารถเพิ่มขึ้น และ 4) มีเป้าหมายและความหมายในชีวิต (Purpose and meaning in life)

กระบวนการสร้างพลังอำนาจจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทั้งระยะเวลาที่ใช้วิธีการหรือกิจกรรมที่ใช้ในแต่ละขั้นตอน การดูแลผู้ป่วยให้สามารถจัดการและควบคุมเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ ถือว่าเป็นเป้าหมายสำคัญของการพยาบาล สามารถนำมาใช้เพื่อส่งเสริมการปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพจากลักษณะปัญหาของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ประกอบกับแนวคิดของการปรับเปลี่ยนมุมมองและพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วย โดยอาศัยกระบวนการของการสร้างพลังอำนาจดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความเชื่อว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ได้รับการสร้างพลังอำนาจ จะทำให้เกิดการรับรู้ถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง รับรู้ถึงการพัฒนาตนเอง รับรู้ถึงความพึงพอใจในตนเอง และมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต

3.10 การประเมินผลการสร้างพลังอำนาจ

การประเมินผลการสร้างพลังอำนาจในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางกำหนดไว้ชัดเจน ยังอยู่ในระหว่างการศึกษาเพื่อให้ได้องค์ความรู้นี้ และประเด็นในการประเมินก็อาจมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่มที่ต้องการศึกษาและแนวคิดทฤษฎีที่ใช้เป็นแนวทางในการอธิบายการ

สร้างพลังอำนาจ นิตย์ ทศนิยม (2545) ได้เสนอว่า ควรจะประเมินกระบวนการ (Process) มากกว่าผลลัพธ์ (Outcome) และควรเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพมากกว่าเชิงปริมาณ เพราะพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมที่ไม่สามารถกำหนดมาตรวัดที่ชัดเจนในเชิงปริมาณได้ นอกจากนี้ควรจะต้องดูให้ครอบคลุมทุกมิติ เพื่อให้เข้าใจกระบวนการที่เกิดขึ้นทั้งหมดเป็นองค์รวม

กิบสัน (Gibson, 1991) สรุปว่าการวัดผลของการสร้างพลังอำนาจนั้นสามารถทำได้แต่ต้องอาศัยการสังเกตและมีความชำนาญ เพราะการเกิดกระบวนการสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่มีในธรรมชาติและยากที่จะอธิบาย สำหรับพยาบาลแล้วถ้าต้องการเข้าใจอย่างถ่องแท้ต้องอาศัยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น การศึกษาปรากฏการณ์ หรือการศึกษาชาติพันธุ์มนุษย์ เป็นต้น ซึ่งในการศึกษาวิจัย การสร้างพลังอำนาจเป็นตัวแปรอิสระ ผลลัพธ์ที่ใช้วัดในผู้ป่วย ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self-efficacy) ความรู้สึกควบคุมสถานการณ์ (Sense of control) ความรู้สึกเป็นนายตนเอง (Sense of mastery) และความรู้สึกมีเพื่อนมีสัมพันธภาพ (Sense of connectedness)

นิตยา เพ็ญศิริรักษา (2544) ได้เสนอตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินผลการสร้างพลังอำนาจมีได้ 3 ลักษณะ คือ 1) กรณีใช้การสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล การประเมินจะวัดที่ตัวแปร พฤติกรรมที่เป็นผลจากการเรียนรู้ เช่น ความรู้ ทักษะคิด ความเชื่อ การปฏิบัติ 2) กรณีต้องการให้การสร้างพลังอำนาจเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมาย จะวัดที่พลังอำนาจของบุคคล สามารถวัดที่ตัวแปรการนับถือตนเอง (Self-esteem) แต่ถ้าต้องการวัดพลังอำนาจเฉพาะเรื่องที่เน้นด้านสุขภาพของบุคคล จะสามารถวัดที่ตัวแปรความเชื่อในความสามารถกระทบพฤติกรรมสุขภาพหรือแก้ไขปัญหสุขภาพ รับรู้สมรรถนะตนเอง (Self-efficacy) หรือวัดที่พฤติกรรมการปฏิบัติโดยตรง 3) กรณีต้องการวัดผลกระทบของการสร้างพลังอำนาจที่มีต่อการแก้ไขปัญหสาธารณสุข สามารถวัดที่การเปลี่ยนแปลงสภาพอนามัยสิ่งแวดล้อม การลดลงของปัญหสาธารณสุข ซึ่งเป็นผลจากการที่บุคคลสามารถแก้ปัญหสุขภาพของตนเองได้

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากแนวคิดการสร้างพลังอำนาจ จะเห็นได้ว่าการสร้างพลังอำนาจทำให้บุคคลมีการพัฒนาทักษะการคิด วิเคราะห์ การตัดสินใจ เกิดความตระหนักถึงปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา แก้ไขปัญหาด้วยตนเองจากการคิดวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุและหาทางเลือก แนวทางในการแก้ไขปัญห ตระหนักถึงศักยภาพของตนเองและข้อจำกัดของตนเองในการเปลี่ยนแปลงหรือการแก้ไขปัญหานั้นๆ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

ทำให้รู้สึกว่าคุณเองมีความสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ ควบคุมชีวิตตนเองได้ มีอัตมโนทัศน์ในทางที่ดี (Positive self-concept)

การสร้างพลังอำนาจถูกนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ในด้านต่างๆ ซึ่งมีผู้ศึกษาวิจัย ดังนี้

Davison & Degner (1997) ได้ศึกษาผลของการสร้างพลังอำนาจต่อการตัดสินใจในการรับการรักษาความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากเมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จำนวน 16 ราย ใช้แนวคิดในการสร้างพลังอำนาจของ Conger & Kanungo (1998) ซึ่งมีฐานคิดมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาสังคมของแบนดูรา มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดาวิสสันและเดกเนอร์ได้นำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก โดยให้กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลจากคู่มือ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามในการสอบถามข้อมูลจากแพทย์และเทปบันทึกคำถามไว้ให้ผู้ป่วยบันทึกเพื่อขอรับคำปรึกษาจากแพทย์ ในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังได้รับการสร้างพลังอำนาจ 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษามากกว่ากลุ่มควบคุม และมีระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Fulton (1997) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแนวคิดการสร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยตามมุมมองของพยาบาล จำนวน 16 ราย โดยใช้ทฤษฎีการคิดวิเคราะห์ทางสังคมและปรัชญาความเชื่อของ Freir & Habermas เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (focus group) และมุ่งเน้นประเด็นการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยตามมุมมองของพยาบาลแต่ละคน ผลการวิจัย พบว่า 1) การเสริมสร้างมีความหมายคือการตัดสินใจ การเลือก และความมีอำนาจซึ่งเป็นทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ แต่ทางด้านพยาบาลผู้ให้บริการเองไม่มีความรู้สึกว่าคุณเองถูกเสริมสร้างพลังอำนาจ 2) การมีพลังอำนาจส่วนบุคคล (Having personal power) ซึ่งแต่ละคนจะมีแตกต่างกันตามบทบาทและตำแหน่ง 3) ความสัมพันธ์ภายในทีมสหสาขาวิชาชีพ พลังอำนาจทางการแพทย์ ความมีอิสระ เป็นเอกสิทธิ์ของบุคลากรทางการแพทย์ และทีมสหวิชาชีพอื่น ความรู้สึกถูกกดขี่บังคับ การแบ่งชนชั้น 4) รู้สึกถึงสิทธิเกี่ยวกับตนเอง เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และรู้สึกเหมือนถูกจัดกระทำจากผู้ที่มีอำนาจเหนือกว่า บังคับให้แสดงพฤติกรรมเป็นผู้มีความอ่อนโยน มีความกรุณา เป็นมุมมองของพยาบาลชาวอังกฤษในการจัดการกับปัญหาตนเอง เพื่อให้พ้นจากการกดขี่บีบบังคับ

Schofield (1998) ได้ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการผลของการศึกษาเพื่อสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคลในผู้ป่วยทางจิตที่มีอาการรุนแรง จำนวน 13 ราย โดยใช้แนวคิดการศึกษาเพื่อการ

เสริมสร้างพลังอำนาจของ Paulo Freire โดยให้ผู้ป่วยค้นพบเป้าหมาย ความต้องการในชีวิต สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ควบคุมตนเองได้ ลงมือปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมของตนเอง ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่เกิดขึ้น มีองค์ประกอบสำคัญ คือ การตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination) การสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ช่วยเพิ่มความรับผิดชอบในตนเองมากขึ้น

Mok & Martinson (2000) ศึกษาวิจัยคุณภาพถึงผลการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็ง 12 ราย โดยใช้แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของ Riessman มาใช้ในการดำเนินกระบวนการกลุ่มเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วย กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ประกอบด้วยผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ 3 ราย มะเร็งเต้านม 5 ราย และมะเร็งหลังโพรงจมูก 4 ราย หลังจากนั้นทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ผลการวิจัย พบว่า ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละราย ประกอบด้วย 1) ความรู้สึกมีเพื่อน มีความสัมพันธ์ระหว่างกัน จากการมีประสบการณ์และปัญหาเดียวกัน มีความรู้สึกเดียวกัน ไม่รู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยว ปัญหานั้นไม่ได้เกิดขึ้นกับตนเองผู้เดียว 2) มีความมั่นใจและมีความหวัง มีการเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น 3) การสนับสนุนและความมั่นคง (Support and affirmation) มีความเข้มแข็งในการเผชิญปัญหาการเจ็บป่วยจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคม 4) ความรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ (Feeling of usefulness) จากการเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้รู้สึกมีคุณค่าและค้นพบว่าชีวิตนี้ยังมีความหมาย

Paterson (2001) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ แนวคิดทฤษฎีพื้นฐาน (Grounded theory) ถึงการสร้างพลังอำนาจในการตัดสินใจดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 22 ราย ศึกษาระยะยาว 2 ปี ใช้กรอบแนวคิดในการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ในการทำความเข้าใจพฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยถูกมองข้ามเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ผู้ป่วยประสบอยู่และมีประสบการณ์หลายปี และไม่ได้รับการจัดหาแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นในการช่วยการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ขณะที่บุคลากรทางสุขภาพมีมุมมองว่าได้สร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วย แต่ในขณะเดียวกันยังคงปฏิบัติกับผู้ป่วยเช่นเดิม โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการจัดการกับอาการและดูแลตนเองหรือให้ผู้ป่วยเป็นหุ้นส่วนในการรักษาและดูแลสุขภาพ

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ (2540) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยประยุกต์แนวคิดรูปแบบการศึกษาการสร้างพลังของเปาโลแฟร์ ซึ่งเน้นความสำคัญของการค้นพบตนเองในกระบวนการศึกษา การตระหนักว่าตนเองมีความรู้ความสามารถที่จะต่อต้านอิทธิพลต่างๆ และสามารถควบคุมอนาคตตนเองนำมาประยุกต์ใช้เพื่อสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 30 ราย โดยการตั้งเอาประสบการณ์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการหายใจมาสะท้อนคิด

ร่วมกัน วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนปฏิบัติโดยผู้ป่วยเป็นคนลงมือปฏิบัติเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ในสมรรถนะตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก และมีสมรรถนะในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง

จารุวรรณ จินตามงคล (2541) ศึกษาวิจัยถึงทดลอง ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 ราย เป็นการพยาบาลผู้ป่วยรายบุคคล โดยพบผู้ป่วยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง ซึ่งใช้แนวคิดการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชแบบผสมผสาน โดยใช้แนวคิดของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน ร่วมกับปัจจัยที่มีผลการเสริมสร้างพลังอำนาจของคอรี่แกน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและนำแนวคิดการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมาสร้างเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัย พบว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พนอ เตชะอธิก (2541) ศึกษาวิจัยถึงทดลองถึงผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีแบบแผนต่อความรู้สึกลดลงเกี่ยวกับอำนาจในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 20 ราย ระยะเวลาของโปรแกรมใช้เวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที จำนวน 8 ครั้ง โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของเฟอร์รี่ ซึ่งวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้ความรู้สึกลดลงเกี่ยวกับอำนาจ และเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาหรือเพิ่มระดับการปรับตัวให้ผู้ป่วย เน้นให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมต่างๆ และสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองหลังเกิดอัมพาตครึ่งล่างได้มากกว่าการบังคับให้ปฏิบัติตามทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียลดลง ซึ่งผลจากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีแบบแผนมีระดับความรู้สึกลดลงเกี่ยวกับอำนาจโดยรวมน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อุรา สุวรรณรักษ์ (2542) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 60 ราย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน จัดกระบวนการให้คำปรึกษาทางสุขภาพเป็นรายบุคคล 1 ครั้ง ใช้เวลา 1 ชั่วโมงและให้คำปรึกษารายกลุ่ม 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยจะได้ระบุปัญหาของตนเอง วิเคราะห์สาเหตุ พัฒนากลวิธีในการแก้ปัญหา วางแผนแก้ไขปัญหาและเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของตนเองและนำวิธีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของเบนดราและแนวคิดการให้คำปรึกษาทางสุขภาพมาประยุกต์ใช้ร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างแท้จริงจากการที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพให้เหมาะสม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและมีการปฏิบัติ การดูแลตนเองดีกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พนารัตน์ เจนจบ (2542) ศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ที่อาศัยอยู่ที่บ้าน จำนวน 10 ราย ส่งเสริมการพัฒนาพลังอำนาจในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง 2-4 ครั้งต่อเดือน เยี่ยมบ้านติดต่อกันนาน 3 เดือน รวม 8 ครั้ง ศึกษาในรูปแบบกรณีศึกษาที่มีการ จัดกระทำ (Interventive case study) และมีการติดตามประเมินผลโดยการวัดซ้ำ โดยนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันมาประยุกต์ใช้ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจพบว่ามี 8 ปัจจัย ได้แก่ ความรักตนเอง ความตระหนักในความรับผิดชอบในตนเอง ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ความเชื่อในความสามารถของตนเอง การเห็นคุณค่าใน การกระทำที่มีประ โยชน์ประสพการณ์ในอดีตความรุนแรงของการเจ็บป่วยในขณะนี้ และการสนับสนุนทางสังคม กรณีตัวอย่างมีการรับรู้พลังอำนาจเพิ่มขึ้น โดยพบว่าเริ่มการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) ภายหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ 1 เดือน และการรับรู้พลังอำนาจยังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .005$) ระหว่างก่อนและภายหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2 เดือนและ 3 เดือน

อรพรรณ ทองคำ (2543) ศึกษาวิจัยกึ่งทดลองถึงผลของกระบวนการกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี จำนวน 23 ราย โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของเฟลอร์รี่ ซึ่งเน้นการพัฒนาความสามารถการควบคุมจัดการให้ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล และแนวคิดกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดทฤษฎีผสมผสานของมาร์ม (Marrum, 1978) มาใช้ มีระยะเวลาการดำเนินกระบวนการกลุ่ม 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที จำนวน 6 ครั้ง และการปรับตัวด้านจิตสังคมของเดอโรเกติส (Derogetis, 1986) ซึ่งเป็นการปรับตัวด้านจิตสังคมต่อการเจ็บป่วยด้านร่างกายและบุคคลแต่ละคนมีแบบแผนในการปรับตัวแตกต่างกันไปเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ผลการวิจัย พบว่า ผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ที่เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการปรับตัวด้านจิตสังคมสูงกว่ากลุ่มที่เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มที่ไม่มีการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคมตามรูปแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รัชนิพร คนชุม (2547) ศึกษาวิจัยเชิงทดลอง (Randomized Controlled Trial) เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการ

รักษาด้วยเคมีบำบัด จำนวน 38 คน กลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 18 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายทุกขั้นตอน โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย และแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน ให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลทั้ง 4 ขั้นตอน ประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจติดต่อกันทุกวันๆ ละ 45-60 นาที เป็นเวลา 6-8 วัน ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์สูงกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์สูงกว่าก่อนการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปราณี โทแสง (2548) ศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยหัวใจวาย จำนวน 44 คน กลุ่มควบคุม 22 คน กลุ่มทดลอง 22 คน ด้วยวิธีการจับคู่ตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน แล้วสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลาก โดยใช้แนวคิดการปรับตัวของรอยร่วมกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน ประเมินความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจก่อนและหลังการทดลองของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมควบคู่ไปกับผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ละคู่ ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยหัวใจวายกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจภายหลังได้รับโปรแกรม ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และผู้ป่วยหัวใจวายกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามี การนำแนวคิดการสร้างพลังอำนาจมาใช้หลากหลายมุมมอง และนำมาใช้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม แต่ทั้งหมดมีหลักการและเป้าหมายเดียวกัน คือ มุ่งเน้นการพัฒนาความสามารถและควบคุมสถานการณ์และชีวิต หรือพัฒนาศักยภาพในการแก้ปัญหา เกิดการตัดสินใจยอมรับตนเอง ซึ่งเป็นกระบวนการสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคลหรือมีการเรียนรู้จากการกระทำ นั่นคือ เปิดโอกาสให้บุคคลได้มีประสบการณ์ตรงในกระบวนการคิดวิเคราะห์ ฝึกทักษะกระบวนการแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการกลุ่ม (นิตยทัสนิคม, 2545) เพื่อให้เห็นถึงลักษณะการนำแนวคิดการสร้างพลังอำนาจไปใช้ในการวิจัยทางการพยาบาลได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงสรุปงานวิจัยที่นำแนวคิดการสร้างพลังอำนาจไปใช้ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดการสร้างพลังอำนาจ

ผู้วิจัย	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ระเบียบวิธีวิจัย	การอ้างอิงกรอบแนวคิด ทฤษฎีหรือปรัชญา	ผลลัพธ์	ข้อเสนอแนะ
Fulton, Y. (1997)	พยาบาล จำนวน 16 คน	การวิจัยเชิงคุณภาพ	ทฤษฎีการคิดวิเคราะห์ทาง สังคม (Critical Social Theory) และปรัชญาความ เชื่อของ Paulo Freire(1972) และ Jurgen Habermas (1971,1979)	1) การตัดสินใจการเลือกและความ มีอำนาจซึ่งเป็นทั้งกระบวนการ และผลลัพธ์ 2) มีพลังอำนาจส่วนบุคคลซึ่งจะ แตกต่างกันตามบทบาทและ ตำแหน่ง 3) ความสัมพันธ์ภายในทีมสห สาขาวิชาชีพ มีความเป็นอิสระ เป็น เอกสิทธิ์ 4) รู้สึกถึงสิทธิเกี่ยวกับตนเอง	การศึกษาวิจัยครั้งนี้จากมุมมอง ของพยาบาลพบว่าเป็นความ พยายามที่จะปลดปล่อยตนเอง ให้พ้นจากการถูกกดขี่ และควร มีการจัดการศึกษาของพยาบาล เกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีทั้งสองนี้ ด้วย
Mok, E., Martinson, I. (2000)	ผู้ป่วยมะเร็งใน ประเทศฮ่องกง จำนวน 12 รายได้แก่ มะเร็งลำไส้ 3 ราย มะเร็งเต้านม 5 ราย มะเร็งหลังโพรงจมูก 4 ราย	การวิจัยเชิงคุณภาพ ร่วมกับการสัมภาษณ์ รายบุคคลและการสังเกต แบบมีส่วนร่วม	แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือ ตนเอง(Self Help Groups) ของ Riessman (1965)	ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลัง อำนาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยแต่ละราย ประกอบด้วย 1) ความรู้สึกมีเพื่อน 2) มีความมั่นใจและมีความหวังมี การเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น 3) การ สนับสนุนและความมั่นคง 4) รู้สึก ว่าตนเองมีประโยชน์	ควรมีการนำกลุ่มช่วยเหลือ ตนเองไปใช้จริง

ตารางที่ 3 การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดการสร้างพลังอำนาจ (ต่อ)

ผู้วิจัย	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ระเบียบวิธีวิจัย	การอ้างอิงกรอบแนวคิดทฤษฎีหรือปรัชญา	ผลลัพธ์	ข้อเสนอแนะ
Paterson, B. (2001)	ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 22 ราย	การวิจัยเชิงคุณภาพ	แนวคิดทฤษฎีพื้นฐาน (Grounded Theory)และใช้ กรอบแนวคิดในการมี ปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ในการเข้าใจพฤติกรรมของ ผู้ป่วยเบาหวาน	ผู้ป่วยถูกมองข้ามเกี่ยวกับ ประสบการณ์ในการดูแลตนเองใน ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ผู้ป่วยประสบ อยู่และมีประสบการณ์หลายปี และ ไม่ได้รับการจัดหาแหล่งประโยชน์ ที่จำเป็นในการช่วยตัดสินใจ เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ขณะที่บุคลากรทางสุขภาพมี มุมมองว่าได้เสริมสร้างพลังอำนาจ ให้ผู้ป่วยแต่ในขณะเดียวกันผู้ป่วย ยังคงปฏิบัติเช่นเดิม โดยไม่ให้ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจ	ควรมีการศึกษาการสร้างพลัง อำนาจในผู้ป่วยเรื้อรังอื่น โดย เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยใน การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล รักษาความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่
Davison, B.J. Degner,L.F. (1997)	ผู้ป่วยมะเร็งต่อม ลูกหมากที่ได้รับการ วินิจฉัยครั้งแรก จำนวน 60 ราย	การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง	แนวคิดการสร้างพลัง อำนาจของ Conger & Kanungo ซึ่งใช้ Social Cognitive Theory ของแบน ดราเป็นฐานคิด	ภายหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา มากกว่ากลุ่มควบคุม และระดับ ความวิตกกังวลขณะเผชิญต่ำกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ	ควรมีการศึกษาระยะยาวเพื่อดู ผลของการสร้างพลังอำนาจ การ ทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยด้วย

ตารางที่ 3 การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดการสร้างพลังอำนาจ (ต่อ)

ผู้วิจัย	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ระเบียบวิธีวิจัย	การอ้างอิงกรอบแนวคิด ทฤษฎีหรือปรัชญา	ผลลัพธ์	ข้อเสนอแนะ
Schofield, R.(1998)	ผู้ป่วยทางจิตที่มี อาการรุนแรง จำนวน 13 ราย	การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)	แนวคิดการสร้างพลัง อำนาจของ Freire	กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เกิดขึ้น มีองค์ประกอบสำคัญ คือ การตัดสินใจยอมรับตนเอง (self- determination) การสนับสนุนทาง สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ช่วยเพิ่ม ความ รับผิดชอบในตนเองมากขึ้น	ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการ ปฏิบัติการพยาบาลและ พัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่ เหมาะสมต่อไป
จารุวรรณ จินดา- มงคล (2541)	ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับ การรักษาในหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาล ศรีธัญญา จำนวน 30 คน	การวิจัยกึ่งทดลอง แบบ สองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest-posttest design with non equivalent groups)	แนวคิดการสร้างพลัง อำนาจของผู้ป่วยจิตเภทของ คอรริแกน (Corrigan)	ความสามารถในการเผชิญ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ภายหลังการใช้โปรแกรมการ เสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อน การใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลัง อำนาจอย่างมีนัยสำคัญ ความสามารถในการเผชิญปัญหา ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ภายหลังการใช้โปรแกรมการ เสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่ม ควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ	นำโปรแกรมการเสริมสร้าง พลังอำนาจไปใช้ปฏิบัติในหอ ผู้ป่วยและนำไปใช้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ เจ็บป่วยเรื้อรัง มีความพิการ มี ความทุกข์ทรมานต่างๆ จะช่วย ให้มีพลังสามารถต่อสู้กับ ปัญหาต่างๆ ได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

ตารางที่ 3 การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดการสร้างพลังอำนาจ (ต่อ)

ผู้วิจัย	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ระเบียบวิธีวิจัย	การอ้างอิงกรอบแนวคิด ทฤษฎีหรือปรัชญา	ผลลัพธ์	ข้อเสนอแนะ
พนารัตน์ เจนจบ (2542)	ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ รูมาตอยด์ จำนวน 10 ราย	การศึกษาในรูปแบบ กรณีศึกษาที่มีการจัด กระทำ (Interventive case study) และมีการติดตาม ผลโดยการวัดซ้ำ	แนวคิดการเสริมสร้างพลัง อำนาจของกิบสัน (Gibson,1991)	กิจกรรมสำคัญที่ใช้สนับสนุน ขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้าง พลังอำนาจมีทั้งหมด 10 กิจกรรม ภายหลังการใช้กระบวนการ เสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า กรณี ตัวอย่างมีการรับรู้พลังอำนาจ เพิ่มขึ้นภายหลังการเสริมสร้างพลัง อำนาจ 1 เดือน และการรับรู้พลัง อำนาจยังมีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างก่อนและ หลังการเสริมสร้างพลังอำนาจ 2 เดือนและ 3 เดือน	-ควรมีการศึกษาดูตาม เพื่อ ประเมินความยั่งยืนของการ รับรู้พลังอำนาจของผู้ป่วย รูมาตอยด์ในระยะยาว -ควรมีศึกษาในกลุ่มผู้ป่วย เรื้อรังอื่นๆและใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวนมากขึ้น เพื่อให้ได้มีการ พัฒนารูปแบบการพยาบาลได้ กว้างขวางยิ่งขึ้น -ควรมีการศึกษาการเสริม สร้างพลังอำนาจในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในหอผู้ป่วย - การนำกิจกรรมที่ได้จากการ วิจัยครั้งนี้มาพัฒนาเป็น โปรแกรมการเสริมสร้างพลัง อำนาจเพื่อใช้ในงานวิจัยเชิง ทดลองต่อไป

ตารางที่ 3 การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดการสร้างพลังอำนาจ (ต่อ)

ผู้วิจัย	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ระเบียบวิธีวิจัย	การอ้างอิงกรอบแนวคิด ทฤษฎีหรือปรัชญา	ผลลัพธ์	ข้อเสนอแนะ
อุรา สุวรรณรักษ์ (2542)	ผู้ป่วยเบาหวานชนิด ไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 60 คน	การวิจัยกึ่งทดลอง แบบ สองกลุ่มวัดก่อนและหลัง การทดลอง (Pretest- posttest groups design)	- แนวคิดการเพิ่มพลัง อำนาจของเปาโล แฟร์ (Paulo Freire) - ทฤษฎีการเรียนรู้ทาง ปัญญาสังคมของเบนดورا - แนวคิดการให้คำปรึกษา และการให้คำปรึกษาทาง สุขภาพ	ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่อง โรคเบาหวาน, การรับรู้ความ สามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง , การปฏิบัติกรดูแลสุขภาพตนเอง ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติและเมื่อตรวจระดับน้ำตาล ในเลือดก่อนอาหารพบว่าผู้ป่วย กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่าง มีนัยสำคัญ	-ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผล ของการใช้แนวคิดการเพิ่มพลัง อำนาจแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ โรคความดัน โลหิตสูง โรคไต เพื่อให้ได้ รูปแบบของโปรแกรมที่มี ประสิทธิภาพเหมาะสมกับโรค เรื้อรัง แต่ละโรค
อรพรรณ ทองคำ (2543)	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้ รับทราบผลการตรวจ เลือกหาแอนติบอดีต่อ เชื้อเอชไอวีได้ผลบวก และได้รับการปรึกษา ภายหลังการตรวจ เลือกมาแล้วไม่เกิน 6 สัปดาห์จำนวน 23 คน	การวิจัยกึ่งทดลอง แผนการทดลองแบบสาม กลุ่มมีการทดสอบก่อน และหลังการทดลอง (Pretest-Posttest control groups design)	- แนวคิดการปรับตัวด้านจิต สังคมต่อภาวะการเจ็บป่วย ด้านร่างกายของเดอโรเกติส (Derogatis, 1986) - แนวคิดการเสริมสร้าง พลังอำนาจ - แนวคิดกระบวนการกลุ่ม	ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมกระบวนการ กลุ่มสร้างพลังอำนาจมีคะแนน การปรับตัวด้านจิตสังคมสูงกว่าผู้ ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมกลุ่มที่ไม่มี การเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่ม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการดูแล ช่วยเหลือสนับสนุนทั้งทางด้าน ร่างกายจิตสังคมตามรูปแบบปกติ	ควรทำการศึกษาวิจัยในผู้ป่วย โรคเรื้อรังอื่นๆ ซึ่งถือได้ว่าการ เจ็บป่วยเรื้อรังเป็นภาวะที่มีการ สูญเสียพลังอำนาจ จะช่วยให้ ผู้ป่วยมีพลังอำนาจต่อสู้กับปัญหา ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควรมีการติดตามวัดผล เพื่อดู ความคงทนของการทดลอง

ตารางที่ 3 การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดการสร้างพลังอำนาจ (ต่อ)

ผู้วิจัย	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ระเบียบวิธีวิจัย	การอ้างอิงกรอบแนวคิด ทฤษฎีหรือปรัชญา	ผลลัพธ์	ข้อเสนอแนะ
พนอ เตชะอธิก (2544)	ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง ที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลจำนวน 20 คน	การวิจัยกึ่งทดลอง แบบ Symbolic representation of a pretest-posttest experimental design	แนวคิดการเสริมสร้างพลัง อำนาจของเฟลอรี่ (Fleury, 1991) และทฤษฎีการ ปรับตัวของรอย	ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่ได้รับ โปรแกรมการเสริมสร้างพลัง อำนาจอย่างมีแบบแผนมีระดับ ความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ โดยรวมน้อยกว่าผู้ป่วยอัมพาต ครึ่งล่างที่ไม่ได้รับโปรแกรมการ เสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีแบบแผน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ	ควรมีการศึกษาผลการประยุกต์ แนวคิดการสร้างพลังอำนาจไป ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มอื่น และควรมี การติดตามผลด้วยเพื่อดูความ คงทนของการทดลอง อาจวัด ตัวแปรในช่วง 3 เดือนและ 6 เดือน หลังการทดลอง
รัชนีพร คนชุม (2547)	ผู้ป่วยมะเร็งที่มารับ การรักษาด้วยเคมี บำบัด จำนวน 40 ราย	การวิจัยเชิงทดลอง (Randomized Controlled Trial) แบบศึกษาโดยการ สุ่มกลุ่มสองกลุ่ม วัดสอง ครั้ง (Randomized Controlled-Group Pretest-Posttest Designs)	แนวคิดการเสริมสร้างพลัง อำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991) และทฤษฎีการ ปรับตัวของรอย	ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมี บำบัดที่ได้รับการเสริมสร้างพลัง อำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัว ด้านอัตมโนทัศน์สูงกว่าก่อนได้รับ การเสริมสร้างพลังอำนาจ และสูง กว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วย เคมีบำบัดที่ไม่ได้รับการเสริมสร้าง พลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ	การเสริมสร้างพลังอำนาจใน การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย กำหนดระยะเวลาที่ใช้ทั้งหมด 6-8 วัน แต่หลังการเสริมสร้าง พลังอำนาจจนครบทั้ง 4 ขั้นตอน แล้วพบว่าใช้ระยะเวลา เพียง 4-7 วัน ดังนั้นในการนำ ผลการวิจัยไปใช้จึงควรคำนึงถึง ระยะเวลา ปัญหา ความแตกต่าง ของผู้ป่วยแต่ละรายร่วมด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างพลังอำนาจทางการพยาบาลทั้งในและต่างประเทศพบว่าแนวคิดการสร้างพลังอำนาจที่นิยมนำมาใช้ในการวิจัยทางการพยาบาลที่สำคัญมี 3 แนวคิด ได้แก่ 1) แนวคิดการสร้างพลังอำนาจของ Paulo Freire 2) แนวคิดการสร้างพลังอำนาจของ Fleury และ 3) แนวคิดการสร้างพลังอำนาจของ Gibson 4) ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบนคูรา และ 5) แนวคิดกระบวนการกลุ่ม ซึ่งแต่ละแนวคิดมีกระบวนการที่แตกต่างกันดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 สรุปแนวคิดการสร้างพลังอำนาจในการวิจัยทางการแพทย์พยาบาล

แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ				
Pualo Freire (1972)	Fleury (1991)	Gibson (1993)	Social Cognitive Theory (Bandura, A., 1962)	Self Help Groups
แนวคิดนี้มีวิวัฒนาการมาจากกระบวนการทางสังคมการปกครองและการเมืองเกิดขึ้นจากความไม่เสมอภาคในสังคมที่มีการกดขี่ เอารัดเอาเปรียบกันต่อมาได้นำมาใช้ในการเรียกร้องสิทธิในกลุ่มพลังต่างๆ เช่น กลุ่มรักร่วมเพศ ในประเทศไทยเริ่มใช้กับการเคลื่อนไหวของกลุ่มสตรี ค.ศ.1960-1970 แฟร์ได้ทำการสอนไปประชาชนอ่านและเขียนหนังสือโดยให้ผู้เรียนร่วมกันอภิปรายในประเด็นปัญหาที่ประสบอยู่และมีความสนใจ	ศึกษาการเกิดกระบวนการเสริมสร้างอำนาจให้ผู้ป่วยเป็นแรงจูงใจ อธิบายถึงการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยว่าเริ่มจากบทบาทของผู้ป่วยและมีระบบสนับสนุน ซึ่งเรียก 2 องค์ประกอบนี้ว่าพลังขับเคลื่อนที่ทำให้เกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยมี 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การประเมินความพร้อม - การประเมินพฤติกรรม - การประเมินอุปสรรค - การยอมรับการเปลี่ยนแปลง	กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมีพื้นฐานมาจากความเข้าใจ ความขัดแย้งการมีอุปสรรค การมีความคาดหวัง การขาดภาวะสมดุลในตนเอง และการมีความมุ่งมั่น ทုံเท ความผูกพันและความรัก เป็นปัจจัยนำที่ผลักดันให้บุคคลเกิดพลังมีกำลังใจ สามารถกระทำทุกวิถีทางในการแก้ไขปัญห อุปสรรคให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ดีที่สุด ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง	Albert Bandura นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน ได้ศึกษาความเชื่อของบุคคลเรื่องความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) ซึ่งมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติตนเฉพาะอย่างได้ แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของแบบดรูรา มีความเชื่อว่าพฤติกรรมของคนเราไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมเพียงอย่างเดียว หากแต่ว่าต้องมีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วย ดังนั้นสาเหตุแห่งพฤติกรรมที่	กลุ่มช่วยเหลือตนเองที่จัดตั้งขึ้นเป็นกลุ่มอย่างเป็นทางการเมื่อปี ค.ศ. 1935 ได้แก่กลุ่มผู้ติดสุรานั้นจึงมีการนำมาใช้ในกลุ่มอื่นๆเพิ่มขึ้นสำหรับในประเทศไทยกลุ่มแรกที่นำมาใช้ ได้แก่ผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงและทำผ่าตัดกล่องเสียงออกของโรงพยาบาลศิริราชเรียกว่า ชมรมผู้ไร้กล่องเสียง เมื่อ พ.ศ. 2526 กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นการรวมกลุ่มของบุคคลกลุ่มเล็กๆที่มีปัญหาอย่างเดียวกัน รวมตัวกันขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การสนับสนุนและช่วยเหลือซึ่งกัน

ตารางที่ 4 สรุปแนวคิดการสร้างพลังอำนาจในการวิจัยทางการแพทย์ (ต่อ)

แนวคิดการสร้างพลังอำนาจ				
Pualo Freire(1972)	Fleury (1991)	Gibson (1993)	Social Cognitive Theory (Bandura, A., 1962)	Self Help Groups
ค.ศ. 1970-1990 แนวคิดนี้ถูกนำมาใช้ในการจัดการศึกษาอย่างแพร่หลายในรูปของโปรแกรมการศึกษาและกลุ่มเป้าหมายต่างๆ <u>แฟร์เน</u> การค้นพบตนเองในกระบวนการศึกษา จึงเหมาะสมและนิยมนำไปใช้ในการสร้างพลังมวลชนหรือการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชน	ระยะที่ 2 การเปลี่ยนแปลง - การแสดงบทบาท - การปรับช่องโหว่ - การผ่านพ้นอุปสรรค - การตรวจสอบตนเอง - การเห็นคุณค่า ระยะที่3การผสมผสานเข้าเป็น เรื่องปกติของชีวิต - การสร้างพฤติกรรมใหม่ - การประสานกลมกลืน - การสร้างรูปแบบในอนาคต	2)การ สะ ท้อ น คิ ด อ ย่ า ง มี วิจารณ์ญาณ 3)การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ เหมาะสมกับตนเอง 4)การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มี ประสิทธิภาพ กิบสันได้กำหนดรูปแบบการ เสริมสร้างพลังอำนาจในการ พยาบาลโดยเน้นการมี ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้บริการ กับพยาบาล	เกิดขึ้นจึงต้องมีลักษณะความสัมพันธ์แบบกำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) ระหว่างปัจจัย 3 กลุ่ม คือ 1.ปัจจัยส่วนบุคคล 2.เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม 3.เงื่อนไขเชิงสภาพสังคม แบนดูราเชื่อว่าคนส่วนใหญ่ต้อง ผ่านการเรียนรู้โดยการสังเกต พฤติกรรมจากผู้อื่นมาแทบทั้งสิ้น จึงเน้นแนวคิด 3 ประการคือ 1.การเรียนรู้โดยการสังเกต 2.การกำกับตนเอง 3.ความสามารถของตนเอง	และกัน การจัดตั้งกลุ่มช่วยเหลือ ตนเองที่มีปัญหาด้านสุขภาพ อาจ เกิดจากความต้องการของผู้ป่วย และ/หรือเกิดจากความต้องการ ของบุคลากรที่มีสุขภาพ การตั้ง กลุ่มแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1.กลุ่มที่จัดตั้งเป็นทางการ 2.กลุ่มที่ไม่เป็นทางการ การดำเนินกลุ่ม แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ 1.ระยะสร้างสัมพันธ์ภาพ 2.ระยะดำเนินการ 3.ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม

จากแนวคิดการสร้างพลังอำนาจดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้พิจารณาทั้ง 3 แนวคิดพบว่าทั้งแนวคิดของ Paulo Freire จะเน้นการค้นพบตนเองในกระบวนการศึกษาจึงเหมาะสมและนิยมนำไปใช้ในการสร้างพลังมวลชนหรือการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชน และ Fleury ได้อธิบายถึงระยะของการเกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะประเมินความพร้อม ระยะที่ 2 ระยะเปลี่ยนแปลง และระยะที่ 3 ระยะผสมผสานเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ซึ่งแต่ละระยะมักต้องใช้เวลาและมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป จึงมีความเหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าทั้งสองแนวคิดที่กล่าวมาไม่เหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมีสภาพปัญหาที่มีตั้งแต่ระยะเจ็บป่วยในระยะแรกที่ค่อนข้างรุนแรงและวิกฤติ เมื่อพ้นระยะวิกฤติจึงเข้าสู่ระยะของการฟื้นฟูสภาพที่ต้องใช้ระยะเวลานาน

ส่วนแนวคิดการสร้างพลังอำนาจของ Gibson มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้เป็นแนวทางในการสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกเป็นอย่างมาก เนื่องจาก 1) สามารถอธิบายแนวคิดในลักษณะของความเป็นระบบ ซึ่งประกอบด้วยสิ่งนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) สิ่งนำออก (Output) ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดการปรับตัวของรอยที่ผู้วิจัยใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ 2) อธิบายขั้นตอนของกระบวนการสร้างพลังอำนาจไว้อย่างชัดเจนทั้ง 4 ขั้นตอน แต่ละขั้นตอนมีความเป็นพลวัตรต่อกันและเริ่มต้นด้วยการประเมินสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น การแสวงหาข้อมูลเพื่อ ตัดสินใจจัดการกับปัญหา การลงมือปฏิบัติเพื่อจัดการกับปัญหาและการประเมินผล ซึ่งลักษณะดังกล่าวมีความสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล ซึ่งกระบวนการดังกล่าวมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ได้ทั้งในผู้ป่วยวิกฤติและเรื้อรัง 3) อธิบายถึงผลลัพธ์(Outcome)และผลที่ตามมา (Consequences) ไว้อย่างชัดเจน ซึ่งมีทั้งผลในทางบวกและทางลบ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการอธิบายถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการสร้างพลังอำนาจคือการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้อย่างเหมาะสมทั้ง 4 ด้าน ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย และ 4) เป็นแนวคิดที่เน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการ ทำให้มองเห็นบทบาทอิสระของพยาบาลได้อย่าง ชัดเจน ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าการใช้แนวคิดการสร้างพลังอำนาจของกิบสันมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้มากที่สุด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาต ครึ่งซีก โดยใช้แนวคิดการสร้างพลังอำนาจของกิบสันเป็นแนวทางหลักในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาศักยภาพให้ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกรับรู้ว่าคุณเองสามารถจัดการกับสถานการณ์หรือปัญหาที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของคุณได้ ควบคุมสถานการณ์ชีวิตและควบคุมตนเองได้ และช่วยให้ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพราะการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกยังไม่มีรายงานการศึกษามาก่อน