

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1,2 และอายุรกรรมหญิง 1, 2 โรงพยาบาลสกลนคร ตั้งแต่เดือน เมษายน 2549 ถึงเดือน กรกฎาคม 2549 จำนวน 30 ราย ผลการศึกษา ผู้วิจัยนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

1. ผลการวิจัย

1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ผลของการสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

2. การอภิปรายผล

1. ผลการวิจัย

1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการอัมพาตครึ่งซีก จากโรคหลอดเลือดสมอง และเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย และอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสกลนคร จำนวนทั้งหมด 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 ราย และกลุ่มทดลอง 15 ราย และเนื่องจากระหว่างทำการศึกษากลุ่มทดลอง ผู้ป่วยจำนวน 2 ราย มีอาการรุนแรงมากขึ้น คือ ตรวจพบ การเกิดอัมพาตครึ่งซีกซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใส่เครื่องช่วยหายใจ ผู้วิจัยได้ตัดออกจากการศึกษาและเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการที่มีข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพ ดังนี้

1.1.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย กลุ่มควบคุมมีอายุดำสุด 56 ปี สูงสุด 85 ปี อายุเฉลี่ย 68.67 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.48 ปี กลุ่มทดลองมีอายุดำสุด 46 ปี สูงสุด 82 ปี อายุเฉลี่ย 64.47 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.61 ปี ตัวอย่างทุกคนทั้งสองกลุ่มนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มี

สถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรและมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ตารางที่ 6)

1.1.2 ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค ด้านที่อ่อนแรง ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล คะแนนดัชนีบาร์เทิลเอ็ดเอด และคะแนนการทดสอบสภาพสมองไทย ซึ่งพบว่าตัวอย่างจากทั้งสองกลุ่มได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Ischemic Stroke ทุกคนส่วนใหญ่มีร่างกายด้านขวาอ่อนแรง โดยมีโรคประจำตัวที่พบมากทั้งสองกลุ่ม คือ Hypertension รองลงมาคือ Diabetes Mellitus สำหรับระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลของกลุ่มควบคุมอยู่ระหว่าง 4 - 11 วัน (ค่าเฉลี่ย 4.67, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.02 วัน) กลุ่มทดลองอยู่ระหว่าง 4 - 14 วัน (ค่าเฉลี่ย 6.73, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.91 วัน) คะแนนดัชนีบาร์เทิลเอ็ดเอดทั้งสองกลุ่มอยู่ในช่วง 10 - 26 คะแนน ส่วนคะแนนการทดสอบสมรรถภาพสมองนั้น พบว่า ตัวอย่างในกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนระหว่าง 24 - 27 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 24.93 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88 คะแนน) ส่วนตัวอย่างในกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนระหว่าง 24 - 28 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 25.80 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.15 คะแนน) (ตารางที่ 6)

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะของข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของกลุ่ม ตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในด้าน เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค ด้านที่อ่อนแรง ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล คะแนนดัชนีบาร์เทิลเอ็ดเอด และคะแนนการทดสอบสภาพสมองไทย โดยใช้สถิติการทดสอบไคสแควร์ (χ^2 -test) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปร โดยที่แต่ละตัวแปรแยกออกเป็น 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน พบว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะดังกล่าวไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป จำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองและผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)		X ² (p-value)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1.ข้อมูลทั่วไป					
เพศ					0.705
ชาย	10	66.7	9	60	
หญิง	5	33.3	6	40	
ระยะเวลาอนโรพยาบาล					0.456
1 - 7 วัน	14	93.3	11	73.3	
มากกว่า 7 วัน	1	6.7	4	26.7	
ศาสนา					-
พุทธ	15	100	15	100	
อายุ					0.464
40 – 50 ปี	-	-	2	13.3	
51 – 60 ปี	3	20	3	20	
มากกว่า 60 ปี	12	80	10	66.7	
สถานภาพสมรส					0.713
โสด	-	-	1	6.7	
คู่	9	60	8	53.3	
ม้าย / หย่าร้าง / แยกกันอยู่	6	40	6	40	
ระดับการศึกษา					0.624
ไม่ได้ศึกษา	2	13.3	-	-	
ประถมศึกษา	13	86.7	12	80	
มัธยมศึกษา	-	-	1	6.7	
ประกาศนียบัตร/ อนุปริญญา	-	-	1	6.7	
ปริญญาตรี	-	-	1	6.7	

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป จำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองและผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)		X ² (p-value)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อาชีพ					0.136
เกษตรกรรวม	11	73.3	7	46.7	
ค้าขาย	1	6.7	-	-	
ทำงานบ้าน	3	20	3	20	
ข้าราชการ	-	-	1	6.7	
อื่นๆ	-	-	4	26.7	
รายได้ต่อเดือนของครัวเรือน					0.409
ต่ำกว่า 5,000 บาท	12	80	10	66.7	
5,000 – 10,000 บาท	3	20	2	13.3	
มากกว่า 10,000 บาท	-	-	3	20	
2. ภาวะสุขภาพ					
การวินิจฉัยโรค					
Ischemic Stroke	15	100	15	100	-
ด้านที่อ่อนแรง					0.456
ด้านซ้าย	5	33.3	7	46.7	
ด้านขวา	10	66.7	8	53.3	
โรคประจำตัว					
ไม่มี	7	46.7	5	33.3	
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	8	53.3	10	66.7	
-Hypertension	6	40	5	33.3	
-Diabetes Mellitus	4	26.7	4	26.7	
-Ischemic Heart disease	1	6.7	2	13.3	
-Atrial Fibrillation	-	-	1	6.7	

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป จำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองและผลการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	กลุ่มควบคุม (n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)		χ^2 (p-value)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
-Gout	1	6.7	1	6.7	0.456
-Congestive Heart Failure	-	-	1	6.7	
-Cirrhosis	-	-	1	6.7	
คะแนนดัชนีบาร์เซลเอดีแอล					
9 – 17 คะแนน	7	46.7	5	33.3	0.456
18 –26 คะแนน	8	53.3	10	66.7	
คะแนนแบบวัดสมรรถภาพสมองของไทย					
24 คะแนน	5	33.3	2	13.3	
25 คะแนน	7	46.7	4	26.7	
26 คะแนน	2	13.3	5	33.3	
27 คะแนน	1	6.7	3	20	
28 คะแนน	-	-	1	6.7	

1.2 ผลของการสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยใช้สถิติ t – test ซึ่งเป็นสถิติแบบที่ใช้พารามิเตอร์ (Parametric statistic) ในการทดสอบ แต่ข้อดกของเบื้องต้นของการใช้สถิติ t-test นั้น ได้กำหนดไว้ว่าข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการทดสอบต้องมีการแจกแจงแบบปกติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการทดสอบการแจกแจงของคะแนนการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก มี 2 ขั้นตอน ดังนี้

1) ทดสอบการแจกแจงของคะแนนการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for Windows เลือก Histogram with Normal Curve พบว่า ลักษณะการแจกแจงของข้อมูลและเส้นโค้งของกราฟมีลักษณะใกล้เคียงการแจกแจงแบบปกติ

2) ใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov (K-S) หรือ Lilliefor (วรรณชนก จันทชุม, 2545) ทดสอบการแจกแจงของคะแนนการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่าไม่มี ความแตกต่างกัน(ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ) ได้ค่า P-Value เท่ากับ 0.059 ซึ่งมีค่ามากกว่า 0.05 แสดง ว่า การกระจายของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมีการแจกแจงแบบปกติ

ดังนั้นในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ จึงสามารถใช้สถิติ t-test ในการ ทดสอบได้ โดยผู้วิจัยใช้สถิติทดสอบที่สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ระหว่างกลุ่มควบคุมกับ กลุ่มทดลองในระบะก่อนการทดลอง และระบะหลังการทดลอง และใช้สถิติทดสอบที่สำหรับกลุ่ม ตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของ ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งจะได้นำเสนอผลการทดสอบทางสถิติตามลำดับ ดังนี้

1.2.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนการปรับตัวของผู้ป่วย อัมพาตครึ่งซีกโดยรวมของกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 3.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.26 ส่วนกลุ่ม ทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22 ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน การปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองด้วยการทดสอบที่ (Independent t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกกลุ่มควบคุม กับกลุ่มทดลองมีคะแนนการปรับตัวไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 7) และอยู่ในระหว่างการปรับตัว (ภาคผนวก ฉ ตารางที่ 11)

ตารางที่ 7 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง โดยใช้ Independent t-test

คะแนนการปรับตัว	ก่อนการทดลอง				t	P-Value
	กลุ่มควบคุม(n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ด้านร่างกาย	3.11	0.31	3.24	0.29	1.216	0.234
ด้านอัตมโนทัศน์	2.77	0.31	2.79	0.38	0.202	0.842
ด้านบทบาทหน้าที่	3.16	0.26	3.23	0.25	0.720	0.478
ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน	3.14	0.26	3.10	0.29	-0.439	0.664
การปรับตัวโดยรวม	3.03	0.14	3.10	0.22	-1.056	0.300

1.2.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง คะแนนการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 3.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.14 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.19 และจากการทดสอบที (Independent t-test) เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกโดยรวม หลังการทดลองของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเมื่อพิจารณารายด้านในแต่ละด้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เช่นเดียวกัน นั่นคือ ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่ได้รับการสร้างพลังอำนาจ มีการปรับตัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ตารางที่ 8) และเมื่อพิจารณาระดับการปรับตัวรายด้าน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมอยู่ระหว่างการปรับตัว แต่กลุ่มทดลองหลังการทดลอง สามารถปรับตัวในด้านร่างกายและด้านบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนด้านอัตมโนทัศน์และด้านการพึ่งพา ระหว่างกัน อยู่ในระหว่างการปรับตัว และเมื่อพิจารณาการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกโดยรวม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองสามารถปรับตัวได้ แต่กลุ่มควบคุม อยู่ระหว่างการปรับตัว (ภาคผนวก ฉ ตารางที่ 11)

ตารางที่ 8 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง โดยใช้ Independent t-test

คะแนนการปรับตัว	หลังการทดลอง				t	P-Value
	กลุ่มควบคุม(n=15)		กลุ่มทดลอง (n=15)			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ด้านร่างกาย	3.17	0.33	3.96	0.23	7.540	0.000*
ด้านอัตมโนทัศน์	2.69	0.27	3.66	0.26	9.883	0.000*
ด้านบทบาทหน้าที่	3.24	0.26	3.86	0.24	6.735	0.000*
ด้านการพึ่งพาหะหว่างกัน	3.08	0.28	3.61	0.17	6.249	0.000*
การปรับตัวโดยรวม	3.04	0.14	3.82	0.19	-13.033	0.000*

*P-Value < 0.01

1.2.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกกลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่าคะแนนการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกโดยรวม ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.14 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.14 เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวโดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 9) และการปรับตัวโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองอยู่ระหว่างการปรับตัว (ภาคผนวก จ ตารางที่ 11)

1.2.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่าคะแนนการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกโดยรวม ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.10 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 3.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.19 เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกโดยรวมและรายด้าน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.01 นั่นคือ หลังการทดลองผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกกลุ่มทดลอง มีการปรับตัวโดยรวมและรายด้านดีกว่าก่อนการทดลอง (ตารางที่ 10) และก่อนการทดลองผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมีการปรับตัวอยู่ระหว่างการปรับตัว แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกสามารถปรับตัวด้านร่างกายและด้านบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนด้านอัตมโนทัศน์และด้านการพึงพาหะหว่างกัน อยู่ระหว่างการปรับตัว (ภาคผนวก จ ตารางที่ 11)

ตารางที่ 9 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก กลุ่มควบคุม ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง โดยใช้ Paired t-test

คะแนนการปรับตัว	กลุ่มควบคุม				t	P-Value
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ด้านร่างกาย	3.11	0.31	3.17	0.33	-2.142	0.050
ด้านอัตมโนทัศน์	2.77	0.31	2.69	0.27	-1.000	0.334
ด้านบทบาทหน้าที่	3.16	0.26	3.24	0.26	-0.564	0.582
ด้านการพึ่งพาหะหว่างกัน	3.14	0.26	3.08	0.28	1.468	0.164
การปรับตัวโดยรวม	3.03	0.14	3.04	0.14	-0.538	0.599

ตารางที่ 10 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวโดยรวมและรายด้านของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก กลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง โดยใช้ Paired t-test

คะแนนการปรับตัว	กลุ่มทดลอง				t	P-Value
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ด้านร่างกาย	3.24	0.29	3.96	0.23	-7.483	0.000*
ด้านอัตมโนทัศน์	2.79	0.38	3.66	0.26	-5.245	0.000*
ด้านบทบาทหน้าที่	3.23	0.25	3.86	0.24	-6.205	0.000*
ด้านการพึ่งพาหะหว่างกัน	3.10	0.29	3.61	0.17	-6.205	0.000*
การปรับตัวโดยรวม	3.10	0.22	3.82	0.19	-14.716	0.000*

*P-Value < 0.01

2. การอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1, 2 และอายุรกรรมหญิง 1, 2 โรงพยาบาลสกลนคร ในระหว่างเดือนเมษายน 2549 ถึงเดือนกรกฎาคม 2549 จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 ราย และกลุ่มทดลอง 15 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการสร้างพลังอำนาจ และกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผลการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ดังนี้

2.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นได้ว่ามีความคล้ายคลึงกันและจำนวนใกล้เคียงกัน กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง อายุของกลุ่มควบคุมอยู่ระหว่าง 56 – 85 ปี อายุเฉลี่ย 68.67 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.48 ปี ส่วนอายุของกลุ่มทดลองอยู่ระหว่าง 46 – 82 ปี อายุเฉลี่ย 64.47 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.61 ปี กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นส่วนใหญ่ ลักษณะอาชีพ ศาสนา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือนของครัวเรือนและระดับการศึกษามีลักษณะเหมือนกัน โดยลักษณะอาชีพส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ทั้งสองกลุ่มนับถือศาสนาพุทธทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนรายได้ของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มต่ำกว่า 5,000 บาท

ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม พบว่ามีลักษณะคล้ายคลึงกัน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Ischemic Stroke ด้านที่อ่อนแรงของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่คือด้านขวา และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว โดยโรคประจำตัวที่พบมาก คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือ โรคเบาหวาน คะแนนดัชนีบาร์เซลเอดีแอล กลุ่มควบคุมอยู่ระหว่าง 10 – 26 คะแนนเฉลี่ย 18.80 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.72 คะแนน ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 10 – 26 คะแนน ค่าคะแนนเฉลี่ย 19.07 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.85 คะแนน คะแนนแบบวัด สมรรถภาพสมองของไทย พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนอยู่ระหว่าง 24–27 คะแนน ค่าเฉลี่ย 24.93 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88 คะแนน กลุ่มทดลองมีคะแนนอยู่ระหว่าง 24–28 คะแนน ค่าเฉลี่ย 25.80 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.15 คะแนน

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในด้านเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว การวินิจฉัยโรค ด้านที่อ่อนแรง ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล คะแนนดัชนีบาร์เซลเอดีแอล และคะแนนการทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย

โดยใช้สถิติไคสแควร์ (χ^2 -test) พบว่า ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 6)

ลักษณะข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันนี้เป็นผลมาจากการออกแบบการวิจัย และวางแผนการทดลองเพื่อกำจัดอิทธิพลของตัวแปรเกินที่คาดว่า อาจมีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการปรับตัวก่อนการทดลอง ของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 7) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของหลักการออกแบบการวิจัยเชิงทดลอง ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่แตกต่างกัน ทั้งสองกลุ่มภายหลังการทดลองในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เกิดจากผลของกิจกรรมการพยาบาลเพื่อสร้างพลังอำนาจ

2.2 ผลของการสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

2.2.1 สมมติฐานการวิจัยที่ 1: ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวภายหลังการให้การพยาบาลตามแนวคิดการสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการให้การพยาบาล จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวโดยรวม 3.10 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 3.82 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการปรับตัวภายหลังการได้รับการสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าก่อนได้รับการสร้างพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (P-Value < 0.01) (ตารางที่ 9) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

เมื่อพิจารณาตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrew, 1999) ซึ่งอธิบายว่า บุคคลเป็นหน่วยเดียว (Unified Whole) ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจและสังคม ไม่อาจแบ่งแยกส่วนใดส่วนหนึ่งออกจากกันได้ และบุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายนอกภายในที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การเจ็บป่วยและความพิการจากที่มีอาการอัมพาตครึ่งซีกจัดว่าเป็นสิ่งเร้าทางลบที่มีผลกระทบต่อการปรับตัวของบุคคล ส่งผลให้ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นเมื่อผู้วิจัยได้ให้กิจกรรมการพยาบาลเพื่อสร้างพลังอำนาจ ซึ่งจัดว่าเป็นสิ่งเร้าตรงที่มีผลทางบวกเข้าสู่ระบบการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัวเพื่อรักษาภาวะสมดุล เกิดการตอบสนองต่อสิ่งเร้านี้ออกมาทำให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงพฤติกรรมการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมการสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991; 1995) ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกในกลุ่มทดลองที่เกิดขึ้นบนพื้นฐานของความรู้ ใจกว้างใจเห็นอกเห็นใจ ความร่วมมือกัน รวมทั้งการมีส่วนร่วม มีโอกาสเรียนรู้ คิดวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกวิธีจัดการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง โดยตระหนักถึงศักยภาพและข้อจำกัดของตน โดยผ่านกระบวนการเผชิญปัญหาและกระบวนการคิดของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการตอบสนองที่ผ่านการคิดรู้และอารมณ์ ได้แก่ กระบวนการเรียนรู้ การตัดสินใจและอารมณ์นั้นเป็นไปตามกลไกการปรับตัวตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy & Andrew, 1999) ทั้งนี้ ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ช่วยเหลือ ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้การสนับสนุน ผู้ให้ความรู้ ผู้แนะนำและจัดหาแหล่งประโยชน์ ผู้อำนวยการความสะดวก ผู้ส่งเสริมและผู้พิทักษ์สิทธิ์ อีกทั้งในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการสร้างพลังอำนาจจะต้องมีความต่อเนื่องกัน (Sequential) และมีความคาบเกี่ยวกัน (Overlapping) (Gibson, 1995)

ในการดำเนินการสร้างพลังอำนาจในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพ โดยผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส แนะนำตัว พูดคุยถึงเรื่องราวๆ ไป เพื่อให้เกิดบรรยากาศที่เป็นกันเองและผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอบอุ่น ใจกว้างใจช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและมีความเต็มใจที่จะเปิดเผยความในใจและสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตน อีกทั้งยังเอื้อต่อกระบวนการสร้างพลังอำนาจอีกด้วย หลังจากนั้นผู้วิจัยได้กล่าวทบทวนการยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อประเมินและยืนยันความเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัยอีกครั้ง และกล่าวแนะนำชี้แจงรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนของการสร้างพลังอำนาจ

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของการสร้างพลังอำนาจ เป็นการค้นหาปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก โดยการพูดคุย ตั้งคำถามให้ผู้ป่วยสะท้อนคิด กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงออกพูดระบายความรู้สึกต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ การให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึกจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ระบายความทุกข์ ความคับข้องใจ และความวิตกกังวลในใจออกมา ทำให้ผู้ป่วยค้นพบปัญหาและสาเหตุของปัญหา ดังคำถามของกรณีศึกษาดังต่อไปนี้

“ดีใจนะที่คุณพยาบาลให้ความสนใจ ถามไถ่อาการเจ็บป่วย เพราะว่าตัวเองก็ไม่รู้ว่าจะเป็นยังไงต่อไป จะหายรีบลาก็ไม่รู้”

ส่วนพฤติกรรมที่สังเกตได้ขณะพูดคุย พบว่า ผู้ป่วยบางรายมีสีหน้าอึดโรยค่อนข้างเหนื่อย พูดช้า แต่มีความสนใจที่จะตอบคำถามและให้ความร่วมมือ ผู้ป่วยบางรายสีหน้าเศร้าหมอง นอนนิ่งๆ ไม่ค่อยสนทนา การสนทนาที่ผู้ป่วยแสดงออก จะเป็นการบอกเล่าถึงอาการ

ของตนเองที่เป็นอยู่ บ่งบอกถึงภาวะการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นอาการทางด้านร่างกาย เช่น

“กลืนยาก บ่นเสียดอก เวลากินน้ำต้องค่อยๆ จิบเอา เวลากินข้าวก็เหมือนกัน วันแรกตอนเป็นใหม่ๆ กินบ่ได้เลย มันลิ้ไหลออกมาเลย”

“รู้สึกวาลิ้นโต คับปากเลย จะพูดก็พูดไม่ออก รู้สึกเหมือนลิ้นมันแข็ง พูดไม่สะดวกเหมือนแต่ก่อน”

“ตอนนี้ถึงแม้แขนขาของเราจะอ่อนแรง ไม่มีกำลัง ยกไม่ได้เลย มีอาการขาเป็นบางครั้ง แต่ความรู้สึกอยู่นะ ร้อนก็รู้ เย็นก็รู้”

“รู้สึกเหมือนตัวเองเป็นคนพิการ เดินก็ไม่ได้ จะไปไหนมาไหนก็ต้องลำบากคนอื่นเค้า แขนขาอ่อนแรง ทำอะไรก็ไม่ได้เหมือนเก่า”

การดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนนี้ จึงเป็นการกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยค้นพบสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บอกเล่าหรือระบายความทุกข์ใจ ความคับข้องใจและความวิตกกังวล จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายใจ โล่งใจและคลายความวิตกกังวลลงได้

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นขั้นตอนเกี่ยวกับการคิดพิจารณา และประเมินความรุนแรงของปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยขณะรับการรักษา ที่มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมาก เป็นการมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของตนเองว่าเป็นผู้มีความสามารถที่จะวางแผนการดำเนินชีวิตของตนเองได้ และมีทางออกในการแก้ไขปัญหา หลังจากที่ได้มีการเรียนรู้และคิดวิเคราะห์อย่างถี่ถ้วนแล้ว ผู้ป่วยเพิ่มความรู้สึกที่เชื่อว่าจะช่วยให้ปัญหาเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นได้ เมื่อผ่านขั้นตอนนี้ บุคคลจึงมีความรู้สึกเข้มแข็งและมีพลังอำนาจเพิ่มขึ้น เมื่อผู้ป่วยได้เรียนรู้ตามความสมัครใจ จึงเกิดการตระหนักรู้และเข้าใจถึงสภาพปัญหาและสาเหตุของปัญหาโดยพบว่าภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากคู่มือ “มารู้จักอัมพาตครึ่งซีกกันเถอะ” ผู้ป่วยได้บอกเล่ากับผู้วิจัยว่า

“เราต้องดูแลตัวเอง ไม่มีใครมาเป็นกับเรา เราไม่อยากเป็นภาระคนในครอบครัว อยากแบ่งเบาภาระเขา เราต้องปฏิบัติตัวเราเอง จะได้กลับไปเป็นเหมือนเดิมได้”

“หลังจากอ่านคู่มือที่คุณพยาบาลให้มาแล้ว ผมว่า เราสามารถทำได้ด้วยตนเอง ไม่ได้ ยุ่งยากอะไร คิดว่าคงไม่เกินความสามารถของเราที่จะทำได้ อยู่ที่ว่าเราจะทำหรือไม่ทำเท่านั้นเอง”

“หมอบอกว่าคนที่ป่วยเป็นโรคนี้ต้องพยายามช่วยตัวเองให้มากที่สุด แล้วจะมีกำลังใจ ถ้าหากเราให้คนอื่นทำให้ตลอดเวลา ก็ไม่ได้ เพราะโรคนี้อีกนานกว่าจะหาย ใครจะมาดูแลเราตลอด เราต้องพยายามช่วยตัวเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้”

พฤติกรรมที่สังเกตได้ มีดังนี้ ผู้ป่วยบางรายมีสีหน้าสดชื่น บางรายชอบพูดคุย อารมณ์ดี ยิ้มแย้มกับผู้วิจัย ให้ความร่วมมือดี และสนใจในการสนทนาเกี่ยวกับโรคและสาเหตุของการเกิดโรค ชักถามข้อสงสัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของตนเอง ในระยะนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะถามถึงการทำการกายภาพบำบัด เนื่องจากต้องการทราบว่าตนเองจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร ต้องใช้เวลานานเท่าไรในการทำการกายภาพบำบัด ผู้วิจัยจึงให้ข้อมูลและความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการทำการกายภาพบำบัด และมอบคู่มือ “การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก” เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูลและความรู้จะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงวิธีการปฏิบัติตัว สามารถวางแผนจัดการกับภาวะเจ็บป่วยของตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงพลังอำนาจในตน

เมื่อพิจารณาหลักการปรับตัวตามทฤษฎีการปรับตัวของรอยแล้ว พบว่า ทั้ง 2 ขั้นตอนดังกล่าวข้างต้นเป็นสิ่งเร้าทางบวกที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดกระบวนการคิดรู้ ผู้ป่วยเกิดการเลือกและจดจำสิ่งที่น่าสนใจ เรียนรู้ในสิ่งที่ตรงกับความต้องการและความสนใจ ทำความเข้าใจกับสถานการณ์ในภาวะเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค แล้วตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติ ซึ่งเข้าสู่ขั้นตอนที่ 3 ต่อไป

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม ผู้วิจัยได้อำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการจัดการกับปัญหาจากคู่มือ “การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก” ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจเลือกเรียนรู้และจดจำวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด หากผู้ป่วยรายใดไม่สามารถคิดหาวิธีหรือแนวทางเลือกปฏิบัติเนื่องจากขาดทักษะและประสบการณ์ ผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยเหลือเสนอแนะ ยกตัวอย่างและกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้ประสบการณ์เดิมที่เคยใช้ได้ผลในอดีตมาใช้เป็นแนวทางเลือก โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางปฏิบัติด้วยตนเอง ทั้งนี้ผู้วิจัยมีบทบาทในการสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นว่าตนเองมีคุณค่า สามารถวางแผนแก้ปัญหาตนเองได้ ซึ่งในขั้นตอนนี้ ผู้ป่วยได้บอกเล่ากับผู้วิจัยว่า

“การบริหารข้อมือ แขนขา ตอนที่เค้าสอน ผมก็จำไว้ ตอนแรกก็คิดว่าทำไปก็ไม่เห็นดีขึ้น แต่แฟนผมเค้าบอกว่าเห็นดีขึ้นบ้าง เขาก็ทำมาหลายวันแล้วเริ่มดีขึ้น ผมก็เลยลองทำดูทุกวันบางครั้งก็ลืมขั้นตอนบ้าง ผมก็ให้แฟนเปิดดูในคู่มือที่คุณพยาบาลให้ไว้ ทำตามบ่อยๆ เลย

จำได้ นี่ก็ผ่านมาเกือบอาทิตย์นึงแล้ว รู้สึกว่าแขนขาข้างนี้ (ข้างที่อ่อนแรง) มันเบาขึ้นเยอะ สบายตัวมากขึ้น ไม่รู้สึกหนักแขน หนักขา เหมือนแต่ก่อน”

“อยากแข็งแรงเหมือนเดิม เราก็เลยออกกำลังกายทุกวัน เพราะหมอบอกที่ดึกโน้น (ห้องกายภาพบำบัด) บอกว่าทำให้แขนขาที่ไม่มีแรง แข็งแรงขึ้น และเราก็คิดว่าถ้าทำแล้วผลดีมันก็เกิดที่เราเอง เราสามารถทำได้ด้วยตนเอง ไม่เกินความสามารถของเราที่จะทำ”

“ผมว่าผมจะทำกายภาพบำบัดต่อไปเรื่อยๆ ถึงจะยากแค่ไหนผมก็ต้องทำ เพราะผมอยากหาย อยากเดินได้ ผมหวังว่าเมื่อผมดีขึ้น ไปไหนมาไหนได้ทำงานได้บ้างจะได้หาเลี้ยงครอบครัวได้เหมือนเดิม”

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ จากความมั่นใจที่เกิดขึ้นในขั้นตอนที่ 3 ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีพลังอำนาจเกิดขึ้นจากการสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ด้วยตนเอง เมื่อผ่านกระบวนการคิดของผู้ป่วย เกิดการเรียนรู้ ทำความเข้าใจกับสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อตนเองและนำไปสู่กระบวนการพิจารณาเพื่อตัดสินใจวิธีการตอบสนองเมื่อเผชิญกับปัญหาครั้งต่อไปได้ด้วยตนเอง เมื่อผู้ป่วยเลือกวิธีการไปปฏิบัติแล้วประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยจะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจมีความสามารถและจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในครั้งต่อไป ส่วนกิจกรรมที่ 6 ในการติดตามประเมินผลการปฏิบัติและให้ผลสะท้อนกลับทางบวก ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจและมีความมุ่งมั่นที่จะคงไว้ซึ่งการปฏิบัติต่อไป กล่าวขอบคุณและชมเชยผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับการสิ้นสุดสัมพันธภาพ จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส บางรายแสดงความดีใจที่จะได้กลับบ้านเพราะอาการดีขึ้นมาก ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ

ในแต่ละขั้นตอนของการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจะเกิดกระบวนการทางจิตใจ ช่วยปรับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยจากการได้พูดระบายความรู้สึก การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การได้รับความเห็นอกเห็นใจและเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีการตัดสินใจด้วยตนเองล้วนส่งผลต่อกระบวนการทางด้านอารมณ์ ช่วยในการปรับเปลี่ยนสภาพอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมปรับตัวสูงกว่าก่อนการทดลอง

เมื่อพิจารณาผลของการสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกทั้งโดยรวม รายด้านและรายข้อ ดังแสดงในภาคผนวก จ ตารางที่ 11 และตารางที่ 12 พบว่าการสร้างพลังอำนาจมีผลทำให้การปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกดีขึ้น อภิปรายผลได้ดังนี้

เมื่อผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดการปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ การสร้างพลังอำนาจเป็นกิจกรรมที่จัดให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ใช้ความสามารถในการเรียนรู้และทำความเข้าใจกับสภาพปัญหา

ทำให้มั่นใจในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจและทักษะในการที่จะลงมือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อเพิ่มพลังอำนาจ โดยผู้วิจัยคอยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้สำเร็จ และผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพทางบวกกับผู้ป่วยตลอดระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรม โดยเลือกใช้ทักษะต่างๆ อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ ส่งผลต่อกลไกการคิดของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ เรียนรู้ ตัดสินใจและปรับอารมณ์ เพื่อให้เข้าสู่ภาวะสมดุล ผู้ป่วยจะมีการรับรู้และประเมินสถานการณ์ต่างๆ ไปในทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงพฤติกรรมการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการสร้างพลังอำนาจมีพฤติกรรมการปรับตัวดีกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ใช้แนวคิดการสร้างพลังอำนาจของกิบสันเป็นแนวทางในการศึกษา เช่น การศึกษาของจารูวรรณ จินตามงคล (2541) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 ราย พบว่า ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พนารัตน์ เจนจบ (2542) ศึกษา กิจกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ รวมทั้งประสิทธิผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อการรับรู้พลังอำนาจในตนเองในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ซึ่งอาศัยอยู่ที่บ้าน จำนวน 10 ราย โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน พบว่ากรณีตัวอย่างมีการรับรู้พลังอำนาจเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P\text{-value} < 0.05$) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของนงลักษณ์ สุวิสิษฐ์ และคณะ (2544) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสันในสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี จำนวน 30 คน พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และคะแนนความมีคุณค่าต่อตนเองแตกต่างกัน ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรินทร เชี่ยวโสธร (2546) ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 ราย ก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนิพร กนชุม (2547) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ในผู้ป่วยมะเร็งที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ย คะแนนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์สูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ จุฑารัตน์ สติธิปัญญา (Sathirapanya C., 2001) ศึกษาประสิทธิผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด และญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่างละ 38 คน โดยได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกิจกรรมจากกระบวนการกลุ่ม นาน 7 วัน เพื่อให้ทราบถึงสาเหตุของการเจ็บป่วย ผลของการเจ็บป่วย การรับรู้ปัญหาและหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนได้รับการฝึกทักษะผ่อนคลายความเครียด พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) โดยเพิ่มจากระดับปานกลางค่อนข้างต่ำเป็นระดับสูง และพบว่าความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเชื่อในความสามารถของตนเองทั้งผู้ป่วยและญาติกลุ่มทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ จัม สกุลนุ้ม (Sakulnum K., 2002) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจต่อการรับรู้สมรรถนะการจัดการตนเองของมารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน 60 คน พบว่า มารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะการจัดการตนเองมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

2.2.2 สมมติฐานการวิจัยที่ 2: ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวคิดการสร้างพลังอำนาจจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ภายหลังการได้รับการสร้างพลังอำนาจ ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ด้วยการทดสอบที (Independent t-test) พบว่ากลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($P\text{-Value} < 0.01$) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกกลุ่มที่ได้รับการสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมปรับตัวดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ตารางที่ 7) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ดังนี้

การสร้างพลังอำนาจระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกกลุ่มทดลอง เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเป็นพื้นฐาน มีความไว้วางใจเห็นอกเห็นใจ ตั้งเป้าหมายร่วมกัน ร่วมมือกัน และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และผู้วิจัยได้ใช้การสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ภายหลังการได้รับการสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมปรับตัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มทดลองมีการปรับตัวดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (ตารางที่ 7)

เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย จะเห็นได้ว่า จากการรับรู้เกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยด้วยอัมพาตครึ่งซีก ซึ่งจัดได้ว่าเป็นสถานการณ์ที่เลวร้ายเป็นสิ่งเร้าตรงที่มีผลทางลบ ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยได้รับ

การสร้างพลังอำนาจซึ่งเป็นสิ่งเร้าตรงที่มีผลทางบวกจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ (Critical Awareness) ถึงปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา พัฒนาความสามารถของตนเองในการตอบสนองความต้องการ ทักษะการแก้ปัญหา มีการแสวงหาใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ ควบคุมสถานการณ์ในชีวิต และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและสุขภาพ เป็นการเพิ่มความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกโดยผ่านกระบวนการการคิดรู้ในการทำงานของกระบวนการเผชิญปัญหา (Coping Process) ซึ่งเป็นการตอบสนองผ่านการคิดรู้และอารมณ์ส่งผลให้สามารถควบคุมเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสม คัดสินใจเลือกวิธีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ เมื่อเกิดปัญหาขึ้นผู้ป่วยสามารถนำทักษะการแก้ปัญหาไปใช้ทำให้สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกภายหลังได้รับการสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปรับตัวดีกว่าก่อนได้รับการสร้างพลังอำนาจและดีกว่าผู้ป่วยกลุ่ม ควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการสร้างพลังอำนาจเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความทุกข์ ความวิตกกังวลจึงเป็นการปรับเปลี่ยนอารมณ์ให้ดีขึ้น เป็นการประคับประคองอารมณ์ ช่วยเหลือ ร่วมกับการให้คำปรึกษาแนะนำและให้แนวทางแนะนำแหล่งประโยชน์ โดยยึดตามความต้องการของแต่ละบุคคล พบว่าการช่วยสนับสนุนทุกขั้นตอนของการสร้างพลังอำนาจ เป็นการให้ทางเลือก ให้เห็นโอกาสและได้คิดถึงแนวทางในการแก้ปัญหาได้กว้างขวางขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1991) ที่กล่าวว่า การสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่มีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกหรือกระทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้มีความเจริญและพัฒนาตัวบุคคล ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ศักยภาพของตนเอง ในการเผชิญกับวิกฤติต่างๆ ในชีวิต ทำให้เกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พนอ เตชะอธิก (2541) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีแบบแผนต่อระดับความรู้สึกสูญเสียอำนาจในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง จำนวน 20 ราย พบว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีแบบแผน มีระดับความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจโดยรวมน้อยกว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีแบบแผน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คาวิสัน & เดกเนอร์ (Davison & Degner, 1997) ศึกษาผลของการสร้างพลังอำนาจต่อการตัดสินใจในการรับการรักษา ความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากเมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จำนวน 60 ราย พบว่า ภายหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรับรักษามากกว่ากลุ่มควบคุม และระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อูรา สุวรรณรักษ์ (2542) ศึกษาผลของการเพิ่มพลังอำนาจต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 60 ราย พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมี

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน รับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง และมีการปฏิบัติดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าลดลงมากกว่าก่อนทดลอง และลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรพรรณ ทองคำ (2543) ศึกษาผลของการใช้กระบวนการกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี จำนวน 23 ราย พบว่า ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจมีการปรับตัวด้านจิตสังคมสูงกว่ากลุ่มที่เข้าร่วมกลุ่มที่ไม่มีการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคมตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของจรัสศรี อินทรสมหวัง (2543) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างพลังในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงฝากครรภ์ จำนวน 190 คน พบว่า โปรแกรมการสร้างพลังอำนาจ สามารถส่งผลทำให้หญิงฝากครรภ์กลุ่มทดลอง มีความรู้ ความภาคภูมิใจในตนเอง ความคาดหวังในความสามารถของตนเองและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของปราณี โทแสง (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกละอายพลังอำนาจในผู้ป่วยหัวใจวาย จำนวน 44 ราย พบว่า ผู้ป่วยหัวใจวายกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการพยาบาลในรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีความรู้สึกละอายพลังอำนาจต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากผลการศึกษาวิจัยที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ สรุปได้ว่า การสร้างพลังอำนาจ มีผลต่อพฤติกรรม การปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพลังอำนาจสามารถเสริมสร้างและพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ การสร้างพลังอำนาจเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาต ครึ่งซีกนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991; 1995) สำหรับให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล โดยพยาบาลเป็นผู้กระตุ้นหรือจุดประกาย (Sensitizer) ผู้ป่วยให้เกิดการตระหนักรู้ (Self-Awareness) ถึงปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา ตระหนักถึงศักยภาพและข้อจำกัดของตนเองในการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหานั้นๆ โดยใช้กระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยซึ่งเกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นสัมพันธ์ภาพด้านบวก มีความไว้วางใจกัน เห็นใจกัน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การกำหนดเป้าหมายที่เป็นจริงและแนวทางเลือกวิธีปฏิบัติที่เป็นไปได้ร่วมกัน รายละเอียดของการสนทนาและกิจกรรมการสร้างพลังอำนาจสามารถยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนตามปัญหาและสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งในการสนทนากับผู้ป่วยแต่ละครั้งนั้นพยาบาลต้องแสดงท่าทีเป็นมิตร มีความจริงใจ ยินดีรับฟังความคิดเห็น ให้เกียรติและยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย โดยพยาบาลในฐานะบุคคลที่มีพลังอำนาจ แสดงบทบาทผู้ช่วยเหลือ ผู้ให้การสนับสนุน ผู้ให้คำปรึกษา ผู้สอน ผู้อำนวยความสะดวก

ผู้พิทักษ์สิทธิ ซึ่งจะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยจากอัมพาตครึ่งซีกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ผู้วิจัยสามารถสรุป ลักษณะเด่นของกิจกรรมการพยาบาลเพื่อสร้างพลังอำนาจได้ดังนี้

1) กิจกรรมการสร้างพลังอำนาจเป็นกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล จึงสามารถยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสภาพของปัญหา ความต้องการและสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละรายได้ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในการจัดการกับความเจ็บป่วยจากภาวะอัมพาตครึ่งซีก ส่งผลให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในตนเองได้ กิจกรรมการพยาบาลเพื่อสร้างพลังอำนาจนี้จึงเป็นกิจกรรมการพยาบาลเชิงบำบัดที่โดดเด่น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกแต่ละรายได้เป็นอย่างดี

2) กิจกรรมการพยาบาลเพื่อสร้างพลังอำนาจที่นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1991) ซึ่งอธิบายถึงกระบวนการและผลลัพธ์ของการสร้างพลังอำนาจไว้อย่างชัดเจนและมีความสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล ทำให้มีความชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง โดยใช้กระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยซึ่งเกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นสัมพันธภาพด้านบวก มีความไว้วางใจกัน เห็นใจกัน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การกำหนดเป้าหมายที่เป็นจริงและแนวทางเลือกวิธีปฏิบัติที่เป็นไปได้ร่วมกัน รวมถึงการช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติทักษะเพื่อเพิ่มความรู้สึกมีพลังอำนาจในตนเองได้ ผู้ป่วยจึงเกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การสร้างพลังอำนาจในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลเพื่อสร้างพลังอำนาจทั้งหมด 6-8 วัน ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการแต่ละกิจกรรมในผู้ป่วยแต่ละรายอาจไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับสภาพการณ์และปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ตลอดจนทักษะและความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย แต่อย่างไรก็ตามหลังดำเนินการทดลองพบว่า มีตัวอย่างผู้ป่วยบางรายสามารถดำเนินกิจกรรมการสร้างพลังอำนาจจนครบทั้ง 4 ขั้นตอนในระยะเวลาน้อยกว่า 6 วัน คือใช้ระยะเวลาอยู่ระหว่าง 4 -8 วัน โดยผู้วิจัยประเมินคำพูดและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกว่าสามารถผ่านแต่ละกระบวนการสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยจึงดำเนินกิจกรรมขั้นต่อไปจนครบ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยได้เร็ว มีท่าทีที่เป็นมิตร มีความจริงใจ ยินดีรับฟังความคิดเห็น ให้เกียรติและยอมรับในความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ร่วมกับผู้ป่วยมีความสนใจที่จะพัฒนาทักษะและความสามารถของตนเอง มีการเรียนรู้จากกลุ่มมือ ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว การรักษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วมในการรักษาและมั่นใจในการที่จะแก้ปัญหาดตนเองตรงตามความต้องการที่แท้จริง

ซึ่งพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกเหล่านี้ ทำให้สามารถผ่านแต่ละขั้นตอนของการสร้างพลังอำนาจได้อย่างรวดเร็ว จึงใช้ระยะเวลาเพียง 4-8 วัน ดังนั้นในการนำการสร้างพลังอำนาจไปใช้ ควรคำนึงถึงระยะเวลาที่ใช้และความแตกต่างของผู้ป่วย แต่ละราย ร่วมกับสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบต่อการปรับตัวของผู้ป่วยร่วมด้วย

ผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลเพื่อสร้างพลังอำนาจ วันละ 45 – 60 นาทีนั้น ถือว่าเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมเพียงพอที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ ซึ่งได้สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ของโนลส์ (Knowles, 1984) ที่กล่าวไว้ว่า การเรียนรู้ของผู้ใหญ่ควรใช้เวลาไม่เกิน 45 นาที และเนื่องจากลักษณะของการดำเนินกิจกรรมเป็นการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งต้องอาศัยการพูดคุยเพื่อสร้างสัมพันธภาพเข้าร่วมด้วยจึงใช้เวลา 45-60 นาที ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ กฤตยา แสงเจริญ (2539) กล่าวว่า การสนทนาเพื่อการช่วยเหลือกันควรใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที และภายหลังที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองเสร็จสิ้นพบว่า สามารถดำเนินกิจกรรมการพยาบาลเพื่อสร้างพลังอำนาจโดยใช้เวลาร้อยละ 30-60 นาที อย่างไรก็ตามในการนำการสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยรายอื่นๆ นั้น ควรคำนึงถึงสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายเป็นสำคัญ เพื่อให้สอดคล้องกับหลักการพยาบาลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

3) กิจกรรมการสร้างพลังอำนาจ ผู้วิจัยได้ระบุบทบาทและทักษะที่พยาบาลต้องใช้ในการดำเนินกิจกรรมไว้อย่างชัดเจน จึงสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์จริงได้ โดยมีการปรับยืดหยุ่นได้ตามสภาพของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

จากการวิเคราะห์การรับรู้พลังอำนาจตลอดการศึกษาของผู้ป่วย พบว่า ภายหลังจากการผ่านกระบวนการสร้างพลังอำนาจแล้วผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกมีการเปลี่ยนแปลงตนเอง ดังนี้

1) การพัฒนาตนเอง

1.1) ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ผู้ป่วยสามารถแยกแยะปัญหาสถานการณ์ของตนเองได้ถูกต้อง นำไปสู่ความเข้าใจและตระหนักในปัญหาและสถานการณ์ที่เผชิญอยู่

1.2) ความเข้าใจในปัญหาและสถานการณ์ของตนเอง การใช้คำถามการให้ข้อมูลและข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในผู้ป่วยแต่ละรายก่อให้เกิดการค้นพบสถานการณ์จริงและบทวนเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น นำไปสู่การทำความเข้าใจเพื่อจะได้จัดการหรือควบคุมสถานการณ์ต่างๆได้ด้วยตนเอง

1.3) ความสามารถในการควบคุมและอำนาจในการต่อรอง พบว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกไม่ค่อยมีการพูดคุยหรือปรึกษากับทีมสุขภาพ เพราะความไม่กล้าร่วมกับความเกรงใจบุคลากรทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามเมื่อผู้วิจัยได้พยายามใช้กิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะการใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ป่วยได้สำรวจตนเอง การให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์เพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมนั้น พบว่าผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการพูดคุยหรือเจรจาต่อรองกับทีมสุขภาพมากขึ้น

2) ความรู้ถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเองในการประยุกต์ความรู้ในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูสภาพ ในการสร้างพลังอำนาจผู้วิจัยได้นำเสนอความรู้ที่ถูกต้อง แกไขความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษา ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถตัดสินใจเลือกการปฏิบัติที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเอง และมีความมั่นใจในการประยุกต์ความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

3) ความพึงพอใจในตนเอง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจเมื่ออาการของโรคคงที่ สามารถควบคุมโรคได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพของตนเองดีขึ้นกว่าเดิม

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้มีการสร้างพลังอำนาจในตนเองในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการส่งเสริมรายบุคคลโดยอาศัยกระบวนการการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย โดยผ่านเข้าสู่ระบบการปรับตัวของผู้ป่วยทางกลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวดีขึ้น แสดงให้เห็นว่าผลของการสร้างพลังอำนาจมีความเหมาะสมในการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพต่อไป