

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัว มีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ชากุณี วรวิชัยพงศ์*

ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา**

บทคัดย่อ

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

ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

คำสำคัญ : การเสริมสร้างพลังอำนาจ การมีส่วนร่วมของครอบครัว ภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง

* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

The Effect of Empowerment Program Emphasizing Family Participation on Depression of Older Persons with Stroke

Charit Worawichayapong

Jiraporn Kespichayawattana, Ph.D.

Abstract

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

Major findings were as follows:

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

Keywords : Empowerment, Family Participation, Depression, Older Persons, Stroke

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยที่สุด เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต และความพิการของประชากรทั่วโลก ซึ่งพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองในสหรัฐอเมริกา 795,000 รายต่อปี (American Stroke Association, 2011) สำหรับประเทศไทยนั้น จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2554-2556 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีอุบัติการณ์สูงขึ้นทุกปี โดยมีอัตราต่อ 100,000 ประชากร เท่ากับ 330.60, 354.54 และ 366.81 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2557: ออนไลน์)

จากสถานการณ์ดังกล่าวพบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีอุบัติการณ์สูงในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ประมาณร้อยละ 75 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Sacco, et al., 2006) สำหรับในประเทศไทย สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุนั้น พบว่าในปี พ.ศ. 2551 มีอุบัติการณ์เท่ากับ 995 ต่อ 100,000 ประชากร (สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, 2557: ออนไลน์) เมื่อเกิดโรคหลอดเลือดสมองจะมีผลกระทบเกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Poynter, et al., 2009) ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้นหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Post stroke depression) และเป็นปัญหาทางด้านจิตใจที่พบมากที่สุด ร้อยละ 6-79 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Whyte, Mulsant, Vanderbilt, Dodge, & Ganguli, 2004) ทั้งนี้มีความแปรผันตามความแตกต่างของกลุ่มประชากร และการศึกษา สำหรับในผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราความชุกของภาวะซึมเศร้า ในเพศหญิงร้อยละ 5.9-78.3 และเพศชายร้อยละ 4.7-65.2 (Ellisa, Zhaoa, & Egedea, 2010) ภาวะซึมเศร้าทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติด้านอารมณ์ ความคิด ร่างกาย และพฤติกรรม (Beck, 1967) ผลกระทบของภาวะซึมเศร้าหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ที่มิภาวะซึมเศร้าจะมีการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายช้ากว่าผู้ที่ไม่มิภาวะซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากการขาดแรงจูงใจหรือรู้สึกไม่มีเรี่ยวแรงในการทำกายภาพบำบัด ส่งผลให้การฟื้นฟูสมรรถภาพช้ากว่าผู้ที่ไม่มิภาวะซึมเศร้า (Spalletta, Guida, Angelis, & Caltagiron, 2002) และเมื่อเกิดกับผู้สูงอายุซึ่งปกติจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ตามวัยที่เสื่อมลงอยู่แล้ว เมื่อมีความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ จะยิ่งทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมิภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น เป็นอุปสรรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มาก

ปัจจัยสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการสูญเสียพลังอำนาจ (Kurlowicz, 1994) จากภาวะพึ่งพา ภาวะร่างกายและความสามารถที่เปลี่ยนแปลงไป (ภำพันธ์ เจริญสวรรค์, 2546; จุฑารัตน์ สติปัญญา และ พรชัย สติปัญญา, 2548; วิมลรัตน์ ภูวราชูฒิพานิช, 2552; Sit, Wong, Clinton, & Li, 2007) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองที่เป็นผู้สูงอายุซึ่งร่างกายมีความเสื่อมเพิ่มขึ้น ต้องพึ่งพาครอบครัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ที่ยิ่งทำให้ภาวะซึมเศร้ามีมากขึ้น (Pirkis, et al., 2009)

เนื่องจากปัจจัยสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากการสูญเสียพลังอำนาจ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองตระหนักถึงพลังอำนาจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจ จึงเป็นกระบวนการสำคัญในการเพิ่มแหล่งพลังอำนาจในตัวผู้ป่วย (Miller, 1992) เพื่อให้เกิดความมั่นใจในพลังความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงชีวิตตนเองให้ดีขึ้นตามเป้าหมายที่ต้องการ

ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาบุคคลอื่น ครอบครัวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า เมื่อผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมจากครอบครัวจะทำให้เกิดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่เกิดขึ้น อันจะส่งผลช่วยลดภาวะซึมเศร้า และเกิดความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การเสริมสร้างพลังอำนาจ บุคคลในครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างแรงจูงใจให้เกิดกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลอย่างต่อเนื่อง (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช, 2552) และเนื่องจากผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจที่เสื่อมลงไปตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ความคิด การเรียนรู้ และเชาว์ปัญญา ร่วมกับการเกิดภาวะซึมเศร้าจากการสูญเสียพลังอำนาจที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดกับตนเองได้ เมื่อพิจารณาแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ซึ่งเป็นกระบวนการของบุคคลในการพัฒนาความสามารถเพื่อให้บุคคลแสวงหาวิธีการให้บรรลุความต้องการและแก้ปัญหาของตนเอง การเสริมสร้างพลังอำนาจกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าโดยตรงเพียงอย่างเดียวนั้นอาจไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ในการที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองเพิ่มขึ้นได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย และจิตใจ แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) จึงมีส่วนสำคัญที่จะช่วยในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ เนื่องจากเป็นกระบวนการร่วมมือกันระหว่างสมาชิกครอบครัวกับพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังให้มีผลสำเร็จ ซึ่งเชื่อว่าจะทำให้กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจประสบผลสำเร็จมากยิ่งขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจจัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมที่เฉพาะให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้า โดยคำนึงถึงความเสื่อมของร่างกาย ความจำ และความคิดที่เสื่อมตามวัย รวมทั้งภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทำให้เกิดภาวะพึ่งพา โดยนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ

Gibson (1995) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) มาใช้ในการสร้างโปรแกรมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีภาวะซึมเศร้าลดลง และมีความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
2. เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
2. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

กรอบแนวคิดการวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

สร้างขึ้นจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) บูรณาการร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) เป็นการจัดกิจกรรมกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวเป็นรายครอบครัว ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง

- การสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุและครอบครัว
- การให้ผู้สูงอายุบอกเล่าสภาพและปัญหาการเจ็บป่วย
- การให้ครอบครัวร่วมรับรู้ปัญหาของผู้สูงอายุจากการบอกเล่าของผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

- การให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นต่อปัญหาการเจ็บป่วย และแนวทางแก้ไขปัญห
- การให้ครอบครัวร่วมรับรู้แนวทางแก้ไขปัญหของผู้สูงอายุ
- พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพที่เปลี่ยนแปลง การปรับตัว และแนวทางในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ

- การให้ผู้สูงอายุบอกความสามารถ และปัญหาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- การให้ครอบครัวบอกกิจกรรม และปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ
- การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวร่วมตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ วางแผน ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุ
- พยาบาลให้คำแนะนำ คำปรึกษา และสอนทักษะการดูแลที่จำเป็นให้กับครอบครัว และให้ลงมือปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า

- การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวบอกกิจกรรมที่ปฏิบัติแล้วเกิดผลดี และตั้งเป้าหมายการปฏิบัติต่อเนื่อง
- พยาบาลสนับสนุน ให้กำลังใจ และชื่นชมผู้สูงอายุและครอบครัวที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุแล้วเกิดผลดีและส่งเสริมให้ปฏิบัติตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

ภาวะ
ซึมเศร้า

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก

ตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุชายและหญิง ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของแผนกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2556 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2557 เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยมีที่พักอาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร มีผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีผิดปกติในการรับรู้ มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันในการต้องพึ่งพาผู้อื่นระดับปานกลางถึงรุนแรง และมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ได้ตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้คุณสมบัติคล้ายคลึงกัน (Matched pair) ในด้านเพศ อายุ ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และระดับภาวะซึมเศร้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล มีจำนวนทั้งหมด 21 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลผู้สูงอายุเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว โรคประจำตัวที่เกี่ยวกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การใช้ยารักษาอาการซึมเศร้า ระดับความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ระดับการรับรู้ ระดับภาวะซึมเศร้า และข้อมูลส่วนบุคคลในครอบครัว ที่ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และการได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2537) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93 มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ ลักษณะของแบบวัดเป็นการตอบประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เป็นการตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนแต่ละข้อ 0

หรือ 1 คะแนน มีการแปลผล 4 ระดับ คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง

2. เครื่องมือทดลอง

2.1 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ประกอบด้วย

2.1.1 แผนดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) มี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย กิจกรรมการค้นพบสภาพการณ์จริง กิจกรรมการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ กิจกรรมการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ และกิจกรรมการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า

2.2.2 สื่อประกอบกิจกรรม ได้แก่ วิดีทัศน์ภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย 3 เรื่อง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ภาพที่ใช้ในการสร้างวิดีโอออกแบบเป็นการ์ตูนตัวแบบสัญลักษณ์ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง คำบรรยายภาษาไทย และมีดนตรีประกอบ เรื่องที่ 1 “ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกับชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป” เรื่องที่ 2 “สิ่งดี ๆ เกิดขึ้นได้อยู่ที่ใจของเรา” และเรื่องที่ 3 “ทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง” แผ่นพับชี้แจงรายละเอียดโปรแกรม และภาพถ่ายกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

2.2.3 คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับครอบครัว เรื่อง “ดูแลอย่างมีความสุข ไร้ทุกข์ ไร้โรค อยู่กับโรคหลอดเลือดสมอง” ผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยการศึกษาค้นคว้าจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ การดูแลด้านจิตใจสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลด้านร่างกายสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และการฝึกผ่อนคลายความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

2.2.4 แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจของ พนาร์ตัน เจนจบ (2542) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Gibson (1995) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80 ประกอบด้วย 4 ด้าน ด้านละ 6 ข้อคำถาม รวม 24 ข้อคำถาม คือ การรู้สึกถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง การพัฒนาตนเอง ความพอใจในตนเอง และมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต ซึ่งผู้วิจัยใช้สำหรับติดตามและประเมินความก้าวหน้าโปรแกรม เป็นแบบวัดที่มีระดับการให้คะแนน 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน คะแนน

ที่ได้จากแบบวัดมีค่าอยู่ระหว่าง 0-98 คะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง ยิ่งมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองมาก คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 (ต่ำกว่า 48 คะแนน) แสดงถึงมีการรับรู้พลังอำนาจในตนเองต่ำ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดเกณฑ์ว่ากลุ่มทดลองจะต้องได้คะแนนการรับรู้พลังอำนาจในตนเองร้อยละ 50 ขึ้นไป จึงถือว่าผ่านเกณฑ์ในการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม สื่อประกอบกิจกรรม คู่มือ และแบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน พิจารณาความถูกต้องเหมาะสมของข้อความ ความถูกต้องครอบคลุมด้านเนื้อหาและการใช้ภาษา แล้วปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีลักษณะเช่นเดียวกับตัวอย่างจำนวน 3 คน พบว่า มีความเหมาะสมจึงนำไปใช้จริง แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) เท่ากับ 0.91

2. การตรวจสอบความเที่ยง

แบบประเมินการรับรู้พลังอำนาจในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่แผนกประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.78

การพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เอกสารเลขที่ 26/2556 เมื่อวันที่ 14 มิถุนายน 2556

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง พยาบาลพบผู้สูงอายุตัวอย่างและครอบครัวเป็นรายครอบครัว โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ก่อนการทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินภาวะซึมเศร้า (Pre-test) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นกลุ่มควบคุมได้รับการให้คำแนะนำตามปกติจากพยาบาลประจำการ หลังจากนั้น 6 สัปดาห์ พยาบาลทำการประเมินภาวะซึมเศร้า

อีกครั้ง (Post-test) ทั้งนี้ได้ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มควบคุมให้เสร็จสิ้นก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลอง

2. เก็บข้อมูลระหว่างการทดลอง พยาบาลดำเนินการกับกลุ่มทดลองตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม มีการจัดกิจกรรมทั้งหมดในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ดังนี้

2.1 สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1) กิจกรรมการค้นพบสภาพการณ์จริง ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุและครอบครัว 2) การให้ผู้สูงอายุเล่าสภาพการเจ็บป่วย บอกปัญหาที่ทำให้ยุ่งยากใจ เล่าความรู้สึกไม่สบายใจ 3) การให้ครอบครัวแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ บอกเล่าปัญหาและความต้องการตามการรับรู้ในบทบาทของครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ 4) พยาบาลสรุปประเด็นการค้นพบสภาพการณ์จริง จัดกิจกรรมที่บ้านผู้สูงอายุ ใช้เวลา 60 นาที

2.2 สัปดาห์ที่ 2 (ครั้งที่ 2) กิจกรรมการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ได้แก่ 1) การให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นต่อสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง เล่าสถานการณ์ความเครียดและวิธีจัดการความเครียดในอดีต บอกความรู้สึกเครียดและการเรียนรู้ในปัจจุบัน แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางเพื่อให้เกิดสิ่งดี ๆ และความสามารถปฏิบัติตามทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิต 2) การให้ครอบครัวรับฟังสภาพปัญหาผู้สูงอายุ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทครอบครัวต่อการมีส่วนร่วมให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิต 3) การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวเรียนรู้ด้วยตนเองจากการชมวิดีโอทัศน์ บอกความรู้สึกที่ได้เรียนรู้ ชักถามเพิ่มเติม พูดสิ่งที่สนใจจากการชมวิดีโอทัศน์ 4) พยาบาลให้กำลังใจ เสริมแรงผู้สูงอายุที่จะปฏิบัติตามทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิต และครอบครัวที่จะสนับสนุนการปฏิบัติของผู้สูงอายุ และมอบคู่มือสำหรับครอบครัว จัดกิจกรรมที่บ้านผู้สูงอายุ ใช้เวลา 90 นาที

2.3 สัปดาห์ที่ 3 (ครั้งที่ 3) กิจกรรมการตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ ได้แก่ 1) การให้ผู้สูงอายุบอกความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน บอกปัญหา ความรู้สึกในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อดูแลตนเอง 2) การให้ครอบครัวบอกกิจกรรมที่ปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ บอกปัญหา ความรู้สึกในการดูแลผู้สูงอายุ 3) การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวแสดงความคิดเห็นร่วมกันเพื่อเลือกวิธีปฏิบัติ วางแผน ตั้งเป้าหมายร่วมกันในการดูแล และเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทครอบครัว 4) พยาบาลให้คำแนะนำ คำปรึกษา และสอนทักษะการปฏิบัติดูแลที่จำเป็นให้กับผู้สูงอายุและครอบครัว และส่งเสริมให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จัดกิจกรรมที่บ้านผู้สูงอายุ ใช้เวลา 90 นาที

2.4 สัปดาห์ที่ 5 (ครั้งที่ 4) กิจกรรมการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า ได้แก่ 1) การให้ผู้สูงอายุและครอบครัวพุดความรู้สึกร่วมกิจกรรม บอกกิจกรรมที่ปฏิบัติแล้วได้ผลดี บอกปัญหาการปฏิบัติ หาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน และตั้งเป้าหมายการปฏิบัติต่อเนื่อง 2) พยาบาลทบทวนกิจกรรมผ่านภาพถ่ายในการเข้าร่วมกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กล่าวสนับสนุน และชื่นชมผู้สูงอายุและครอบครัวที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง จัดกิจกรรมที่บ้านผู้สูงอายุ ใช้เวลา 60 นาที

3. เก็บข้อมูลหลังการทดลอง พยาบาลพบผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองและครอบครัวเป็นรายครอบครัวในสัปดาห์ที่ 6 เพื่อประเมินการรับรู้พลังอำนาจ และภาวะซึมเศร้า (Post-test) ใช้เวลา 60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 แสดงในตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มที่เข้าร่วม และไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ภาวะซึมเศร้า	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนทดลอง	19.25	2.27	ปานกลาง	19	25.516	0.000
หลังทดลอง	9.20	1.32	ไม่มีภาวะซึมเศร้า			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนทดลอง	19.50	2.95	ปานกลาง	19	10.466	0.000
หลังทดลอง	16.70	2.39	เล็กน้อย			

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 แสดงในตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ก่อนและหลังการทดลอง

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

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 อธิบายได้ดังนี้

จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) นำไปสู่การตระหนักในพลังอำนาจตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้มีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Gibson, 1995) คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง ช่วยให้ผู้รับบริการยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นกับตนเองตามความเป็นจริง ซึ่งถือเป็นความคิดที่มีต่อตนเองด้านบวก และช่วยลดความคิดอัตมโนทัศน์ด้านลบที่มีต่อตนเองได้ โดยเป็นการสนับสนุนให้ผู้รับบริการประเมินสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองรวมทั้งเป็นการกระตุ้นให้เกิดการยอมรับหรือตระหนักรู้กับสภาพของตนเองได้ตามสภาพความเป็นจริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ช่วยให้ผู้รับบริการมีทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหาการแสวงหาทางเลือก โดยพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ในการที่จะช่วยแก้ไข

ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างเหมาะสม 3) การตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ ช่วยสนับสนุนให้ผู้รับบริการ ปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองตามที่ได้ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสม และดีที่สุด เมื่อผู้รับบริการสามารถปฏิบัติตามแผนการที่ตนเองได้เลือกและกำหนดได้ด้วยตนเอง จะทำให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงความสามารถทางด้านร่างกายและอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ อันนำไปสู่การมองเห็นคุณค่าและการนับถือตนเองเพิ่มขึ้น และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีคุณค่า ช่วยให้ผู้รับบริการได้ทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสิ่งที่ได้กระทำร่วมกับพยาบาลและครอบครัว ในขั้นตอนต่าง ๆ ทั้งสิ่งที่สามารถควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ ขั้นตอนนี้เมื่อผู้รับบริการได้รับการ เสริมสร้างพลังอำนาจตามขั้นตอนต่าง ๆ ข้างต้นแล้ว ผู้รับบริการจะปฏิบัติกิจกรรมที่ตนเองเลือกอย่าง ต่อเนื่อง ซึ่งช่วยให้เกิดความมั่นใจในการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ด้วยตนเองมากขึ้น จากเหตุผล ดังกล่าวจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลถึงการลดภาวะ ซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทมาภรณ์ บุรณสมภพ (2547) Davison & Degner (1997) และ Tsay & Hung (2003) พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะมีระดับ ภาวะซึมเศร้าลดลง รวมทั้งได้มีการบูรณาการแนวความคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) ซึ่งประกอบไปด้วยการสื่อสารกันในเรื่องเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การมีส่วนร่วมตัดสินใจ ในการดูแลผู้สูงอายุ รวมไปถึงการกระทำร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุ อันเป็นกระบวนการร่วมมือกัน ระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังให้มีผลสำเร็จ เนื่องจาก บุคคลในครอบครัวมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างแรงจูงใจให้เกิดกระบวนการเสริมสร้างพลัง อำนาจให้เกิดขึ้น

จึงสรุปได้ว่า ผลโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะ ซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองหลังเข้าร่วมโปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 อธิบายได้ดังนี้

เนื่องจากรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจเน้นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง มีความสามารถในการควบคุมและจัดการกับชีวิตตนเองในทุกด้าน โดยผลการศึกษาสนับสนุนแนวคิด การเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1995) กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะ ซึมเศร้าเข้าสู่กระบวนการของการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะพัฒนาความสามารถ ความเชื่อมั่นที่จะ ให้ความคิดของตนเองมีความหมาย เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองแสวงหาวิธีการเพื่อให้

บรรลุความต้องการและแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง สนับสนุนแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลของ Sebern (2005) โดยเน้นให้ครอบครัวสื่อสารกันในเรื่องเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลผู้สูงอายุ รวมไปถึงการกระทำร่วมกันในการดูแลผู้สูงอายุ นับว่ามีความสำคัญและจำเป็นต่อผลสำเร็จของการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าจากการสูญเสียพลังอำนาจในตนเองจากภาวะพึ่งพา เกิดความมั่นใจในพลังความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อเปลี่ยนแปลงชีวิตตนเองให้ไปในทางที่ดีขึ้นตามเป้าหมายที่ต้องการ และลดภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพนอ เดชะอธิก (2541) พบว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีแบบแผน มีระดับความรู้สึกสูญเสียอำนาจโดยรวมน้อยกว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Joubert, et al. (2006) ได้ศึกษาการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลสามารถลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

ในขณะที่รูปแบบของการพยาบาลตามปกติ มีการกำหนดกิจกรรมทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ได้มากที่สุด โดยมีการให้คำแนะนำในเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลับไปอยู่ที่บ้าน จากเหตุผลดังกล่าวจึงส่งผลให้กลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมมีภาวะซึมเศร้ามลดลง แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังทดลอง ตัวอย่างที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมมีภาวะซึมเศร้ามลดลงเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นผลมาจากรูปแบบของการพยาบาลตามปกติไม่ได้เน้นถึงกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น อีกทั้งการพยาบาลตามปกติจะเป็นกิจกรรมที่กำหนดขึ้นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยไม่ได้กำหนดเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ

จึงสรุปได้ว่า ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง สามารถทำให้ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การจัดกิจกรรมการพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะซึมเศร้าได้ทั้งในสถานพยาบาล และในชุมชน โดยสามารถศึกษาจากคู่มือการดำเนินโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมาใช้ตามความเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยต่อไป

1. การศึกษาวิจัยต่อเนื่อง ตามระยะเวลาเหมาะสม เช่น ทุก ๆ 1, 3, และ 6 เดือน เพื่อความดำรงอยู่ของผลลัพธ์ที่มีต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง
2. การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการปรับเปลี่ยนจากบุคคลในครอบครัวของผู้สูงอายุมาเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งสามารถทำการศึกษได้ทั้งในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2557, จาก: <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
- จุฑารัตน์ สติธิปัญญา และ พรชัย สติธิปัญญา. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(2), 229-237.
- ทมาภรณ์ บุณยสมภพ. (2547). *ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิด ต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2537). แบบวัดซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย. *สารศิริราช*, 46(1), 7-11.

- พนารัตน์ เจนจบ. (2542). *การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พนอ เตชะอธิก. (2541). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีแบบแผนต่อระดับความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ภาพันท์ เจริญสวรรค์. (2546). *ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการทำการกายภาพบำบัด ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิมลรัตน์ ภูวราวุฒิปานิช. (2552). *การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร*. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส.
- สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. (2557). *สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง*. สืบค้นเมื่อ 6 พฤศจิกายน 2557, จาก: <http://thaistrokesociety.org>
- American Stroke Association. (2011). *Stroke Statistics*, Retrieved May 9, 2011, from: <http://www.world-stroke.org>
- Beck, A. (1967). *Depression: Clinical experimental and Theoretical aspect*. New York: International Universities Press, INC.
- Davison, B. J., & Degner, L. F. (1997). Empowerment of men newly diagnosed with prostate cancer. *Cancer Nurs*, 20(3), 187-196.
- Elisa, C., Zhaoa, Y., & Egedea, L. E. (2010). Depression and increased risk of death in adults with stroke. *J Psychosom Res*, 68(6), 545-551.
- Gibson, C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1201-1210.
- Joubert, J., Reid, C., Joubert, L., Barton, D., Ruth, D., Jackson, D., et al. (2006). Risk factor management and depression post-stroke: The value of an integrated model of care. *Journal of Clinical Neuroscience*, 13, 84-90.
- Kurlowicz, L. H. (1994). Depression in hospitalized medically ill elders: evolution of the concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8(2), 124-136.
- Miller, J. F. (1992). *Coping with Chronic Illness: Overcoming Powerlessness* (2nded.). Philadelphia: FA. Davis.

- Pirkis, J., Pfaff, J., Williamson, M., Tyson, O., Stocks, N., Goldney, R., et al. (2009). The community prevalence of depression in older Australians. *Journal of Affective Disorders*, 115, 54-61.
- Poynter, B., Shuman, M., Diaz-Granados, N., Kapral, M., Grace, S., & Stewart, D. (2009). Sex differences in the prevalence of post-stroke depression: a systematic review. *Psychosomatics*, 50(6), 563-569.
- Sacco, R. L., Adams, R., Albers, G., Alberts, M.J., Benavente, O., Furie, K., et al. (2006). Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals. *Stroke*, 37(2), 577-617.
- Sebern, M. (2005). Shared Care, elder and family member skills used to manage burden. *Journal of Advance Nursing*, 52(2), 170-179.
- Sit, J., Wong, T., Clinton, M., & Li, L. (2007). Associated factors of post-stroke depression among Hong Kong Chinese: a longitudinal study. *Psychology, Health and Medicine*, 12(2), 117-125.
- Spalletta, G., Guida, G., Angelis, D. D., & Caltagiron, C. (2002). Predictors of cognitive level and depression severity are different in patients with left and right hemispheric stroke within the first year of illness. *J Neurol*, 249, 1541-51.
- Tsay, S. L., & Hung, L. O. (2003). Empowerment of patients with end-stage renal disease - a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 59-65.
- Whyte, E., Mulsant, B., Vanderbilt, J., Dodge, H., & Ganguli, M. (2004). Depression after stroke: a prospective epidemiological study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(5), 774-778.