



บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ณรงค์กร ชัยวงศ์* และ นิชาภัทร มณีพันธ์**

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ 439 ถ.จิระ อ.เมือง จ.บุรีรัมย์ 31000

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และ 2) เพื่อประเมินผลทักษะการประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือดและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัว

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลบุคคลในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยได้รับการจับคู่ (Matched pair) ตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา และใช้วิธีการสุ่มในการจัดกลุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 21 คน ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมจากการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวที่พัฒนามาจากแนวคิดการเสริมพลังครอบครัวของ Hulme เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ .79 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .96 แบบสังเกตและประเมินผลทักษะการประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด และแบบประเมินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย: 1) ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 และ 2) กลุ่มทดลองสามารถผ่านการทดสอบทักษะการประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100

สรุป: โปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวนี้ ช่วยเสริมสร้างทักษะและเพิ่มการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้อย่างมีประสิทธิภาพได้

คำสำคัญ: การเสริมพลังครอบครัว/ ทักษะในการดูแล/ โปรแกรม/ โรคหลอดเลือดหัวใจ



The Effects of Family Empowerment Program on Knowledge and Skills in Caring of Patients with Cardiovascular Disease

Narongkorn Chaiwong* and Nichapat Maneepun**

Abstract

Objective: 1) To compare caring knowledge and perceived self-efficacy in family caregivers of patients with coronary heart disease (CVD) between the experimental and the control groups, and 2) to assess the cardiovascular assessment and basic life support skills of family caregivers in the experimental group after completing the family empowerment program.

Design: Quasi-experimental research.

Methods: The research sample consisted of family caregivers of CVD patients in Buriram. The participants who had eligible were matched pair technique based on gender, age, and education level. Those were equally randomly assigned to an experimental group and a control group with 21 subjects in each group. The experimental group received a family empowerment program for four weeks. The researcher developed the implementation instrument; The family empowerment program was developed based on Hulme's family empowerment model. The knowledge assessment form was used to collect the caring knowledge of CVD patients of the participants. It presented the confidence value of Kuder-Richardson (KR-20) was .79. The self-efficacy questionnaire was used to collect the perceived self-efficacy in caring, and it showed the coefficient of alpha Cronbach was .96. The observation forms were used to evaluate the skill of assessing the cardiovascular system and skill of basic life support. Their Items-Objective Congruence (IOC) was 1. Descriptive statistics and t-test statistic was used to analyze the data.

Findings: 1) Participants in the experimental group had knowledge scores, and the perceived self-efficacy in caring for patients with CVD was statically higher significant than those in the control group at the .001 level and 2) All participants in the experimental group (100%) could pass at a good in the skill of CVD assessment and basic life support.

Conclusion: This research revealed that the family empowerment program could improve caregiver potential to provide care for their CVD patients.

Keywords: Family empowerment/ Skills of caring/ Program/ Cardiovascular disease

* Corresponding author, Lecturer, Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University
E-mail: narongkorn.cha@bru.ac.th

** Lecturer, Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University



บทนำ

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดหัวใจนับเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทั้งประเทศไทยและทั่วโลก จากสถิติสาธารณสุขของประเทศไทยพบว่า อัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างปี พ.ศ. 2558-2561 เท่ากับ 27.83, 29.92, 32.8 และ 31.80 ตามลำดับ¹ และจากรายงานสถิติด้านสุขภาพจังหวัดบุรีรัมย์ พ.ศ. 2562 พบว่า อัตราการตายต่อแสนประชากรด้วยโรคหัวใจ ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2561 เท่ากับ 19.12 และ 84.94 ตามลำดับ รวมถึงอัตราการเข้ารับการรักษาด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง² จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยควรได้รับการพัฒนาเพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ผลกระทบโรคหลอดเลือดหัวใจในระยะยาวอาจนำไปสู่อาการกำเริบได้ตลอดเวลาหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง บางรายอาจเสียชีวิตกะทันหัน บางรายมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะช็อกจากหัวใจหรือภาวะหัวใจล้มเหลว ในระยะเรื้อรังผู้ป่วยทำกิจกรรมได้ลดลงหรือไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและไม่สามารถที่จะดำรงบทบาทหน้าที่ได้ตามปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยวัยทำงานและเป็นทั้งพึ่งพาของครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามบทบาทของตนเอง ต้องกลายมาเป็นภาระของครอบครัวและต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถควบคุมการกำเริบของโรคได้ด้วยวิธีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ได้แก่ การหยุดสูบบุหรี่ การลดอาหารหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักและผลไม้ ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ให้เกิน 140/90 mmHg. ควบคุมน้ำหนักตัวโดยดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5-24.9 Kg/m² ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดน้อยกว่า 200 mg/d, LDL-C น้อยกว่า 100 mg/dl Triglycerides น้อยกว่า 150 mg/dl ควบคุมระดับน้ำตาลที่เกาะเม็ดเลือด (HbA1C) $\leq$ 7% มีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายหนักระดับปานกลาง อย่างน้อย 30 นาที 5 วัน ต่อสัปดาห์

รวมถึงการมีกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด³ ปัจจุบันถึงแม้จะมีเทคโนโลยีการรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรอดชีวิตในระยะฉุกเฉิน เช่น การขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือใส่ขดลวดโครงตาข่าย หรือการรักษาโดยการใส่ยาละลายลิ่มเลือด แต่การรักษาด้วยวิธีการดังกล่าวเป็นการแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุเนื่องจากปัจจัยที่ส่งเสริมให้อาการของโรคกำเริบรุนแรงเกิดจากการมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ไม่ต่อเนื่อง มีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม⁴ ดังนั้นการวางแผนการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพนั้นว่าเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องที่สำคัญ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจซ้ำ ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย^{5,6} แต่จากการศึกษาของ Sanprasan, Wattradul และ Suthipong⁷ ที่ศึกษาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารี (Coronary Artery Disease: CAD) พบว่า ญาติผู้ดูแลขาดการมีส่วนร่วมในการประเมินความต้องการวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วยหลังได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) มีความรู้และความเข้าใจไม่เพียงพอในการดูแลตนเองที่บ้าน รูปแบบการให้ข้อมูลไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยและญาติแต่ละราย ขาดการประเมินผลการให้ความรู้และทักษะในผู้ป่วยและญาติ ขาดการรับฟังความกังวลและขาดการติดตามดูแลที่บ้าน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภายหลังจำหน่ายผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ด้วยอาการเจ็บหน้าอกชนิดแฉะใจ (Unstable angina) สูงถึงร้อยละ 20 ในช่วงเดือนแรกหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน และเพิ่มเป็นร้อยละ 45 ในระยะเวลา 3 ปีต่อมา⁸ และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิต การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายซ้ำ รวมถึงเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้⁹ ซึ่งจากความสำคัญดังกล่าว ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในครอบครัวจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจรวมถึงทักษะการดูแลผู้ป่วย เพื่อประคับประคองและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยให้ดีขึ้นขณะพักที่บ้านและ



การดูแลต่อเนื่องระยะยาว

ดังนั้น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ครอบครัวยังถือเป็นสถาบันหลักในการดูแลสุขภาพ เนื่องจากครอบครัวมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับความรักความเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ มีกำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้บุคคลในครอบครัวยังมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ประสบผลสำเร็จ รวมถึงประคับประคองและสร้างความมั่นใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง^{10,11} จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ ($\text{Beta} = 0.21$)¹² ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่บ้าน ถ้าผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มศักยภาพ ผลลัพธ์ที่ตามมาคือผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้และลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิตในบุคคลที่ภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน¹³ ดังนั้น การส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีความสำคัญ

การส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลนั้นพบการศึกษาวิจัยหลายงานที่ศึกษาเกี่ยวกับการเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในครอบครัวด้วยแนวคิดการเสริมพลัง (Empowerment) เพื่อให้ผู้ดูแลมีศักยภาพมากขึ้นในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวและการช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องนั้น ครอบครัวต้องมีพลังความสามารถที่เพียงพอในการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น แนวคิดการเสริมพลังนับเป็นกลวิธีสำคัญในการพัฒนาสุขภาพของครอบครัวด้วยการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัวได้ ซึ่ง Hulme¹⁴ ได้เสนอแนวคิดที่ส่งเสริมให้

ครอบครัวสามารถเผชิญความท้าทายในการดูแลสุขภาพสมาชิกในครอบครัวให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ตั้งเป้าหมายการดูแล พัฒนาความเชื่อมั่นในการปฏิบัติหน้าที่ได้เป็นอย่างดี ซึ่งจะช่วยให้บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลเกือบทั้งหมดโอนถ่ายจากบุคลากรทางด้านสุขภาพสู่บุคคลในครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจหรือกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยใช้แนวคิดการเสริมพลังครอบครัวของ Hulme¹⁴ ซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ ระยะพึ่งพาบุคลากรด้านสุขภาพ (Professional dominated phase) ระยะการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ (Participatory phase) ระยะท้าทายในการดูแลสุขภาพ (Challenging phase) และระยะความร่วมมือ (Collaborative phase) ผู้วิจัยจึงใช้กระบวนการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง โดยจัดทำโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวโดยการสร้างพลังอำนาจและกระตุ้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวผสมผสานกับกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ 3 ประการ¹⁵ คือ การขึ้นาด้านสุขภาพ (Advocacy) การเพิ่มความสามารถ (Enabling) และการไกล่เกลี่ย (Mediating) เพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วม เกิดความตระหนักและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ มีทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วย และมีทักษะในการช่วยชีวิตเบื้องต้น ผลการวิจัยครั้งนี้จะนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนเพื่อดำเนินงานในการพัฒนาศักยภาพครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคอย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อประเมินผลทักษะการประเมินระบบ



หัวใจและหลอดเลือดและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัว

สมมติฐานการวิจัย

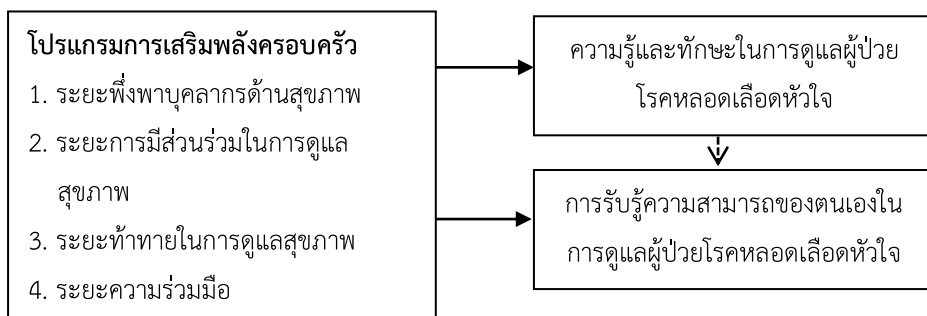
1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัว กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. กลุ่มทดลองผ่านการประเมินทักษะในการประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ร้อยละ 100 ในระดับดี-ดีมาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการเสริมพลังครอบครัวของ Hulme¹⁴ ในการจัดโปรแกรมเพื่อศึกษาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจซึ่งหมายถึง พฤติกรรมของผู้ดูแลที่ปฏิบัติต่อสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย เพื่อควบคุมอาการของโรคและลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล รวมถึงลดอัตราการเสียชีวิตในบุคคลที่ภาวะหัวใจวายเฉียบพลันจากพยาธิสภาพของโรค โปรแกรมประกอบด้วย 4 ระยะ

ได้แก่ 1) ระยะพึ่งพาบุคลากรด้านสุขภาพ (Professional dominated phase) โดยการสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ สนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในครอบครัวเพื่อป้องกันควบคุมโรค ให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค การประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้น รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานเมื่อประสบเหตุฉุกเฉิน 2) ระยะการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ (Participatory phase) โดยการให้ผู้ดูแลมีการรับรู้และมีส่วนร่วมในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยเพื่อป้องกันควบคุมโรค ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการออกกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การงดสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การรับประทานยาต่อเนื่อง การจัดการความเครียด 3) ระยะท้าทายในการดูแลสุขภาพ (Challenging phase) การเปลี่ยนแปลงสมดุลอำนาจในการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรทางด้านสุขภาพมาเป็นผู้ดูแลในครอบครัว ดำเนินการโดยการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อดูพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยมีครอบครัวคอยควบคุม (Monitor) และบันทึก 4) ระยะความร่วมมือ (Collaborative phase) มีการพัฒนาพันธะสัญญาการเป็นหุ้นส่วน ให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพเกิดความมั่นใจในตนเองและพึ่งพาบุคลากรด้านสุขภาพน้อยลง สามารถสรุปได้ตามแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

ประชากรที่เข้าถึงได้ (Assessable population) คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวทั้งเพศชายและหญิงที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ และมีรายชื่อในเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ มีรายชื่อในเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 42 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 21 คน และกลุ่มทดลอง 21 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ อายุระหว่าง 18-60 ปี 2) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมโปรแกรม 3) อ่านเขียนภาษาไทยได้ สื่อสารได้ดี เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวที่อาการรุนแรงไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอด และสุขภาพไม่แข็งแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม 2) ไม่สามารถฝึกการกู้ชีพเบื้องต้นได้ 3) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษาได้ครบทุกขั้นตอน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้มาจากการวิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบด้วยโปรแกรม G*Power analysis ผู้วิจัยกำหนดอิทธิพล (Effect size) ของขนาดตัวอย่างโดยการอ้างอิงงานวิจัยของ Sanprasan และคณะ¹⁶ คำนวณค่า Effect size = 0.80 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95 เปอร์เซนต์ ($\alpha = .05$) และกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) 0.80

แทนค่าในโปรแกรม ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 42 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม จำนวน 21 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 21 คน โดยวิธีการจับคู่ (Matched pair) ตามเพศ อายุ และระดับการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ แผนการสอนตามเนื้อหาการสอน คู่มือการเรียนรู้ และวีดิทัศน์เนื้อหาการสอน ผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวไปตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของรูปแบบและภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์อายุรศาสตร์โรคหัวใจ 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านอายุรศาสตร์ 2 คน และพยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลโรคหัวใจ 2 คน โดยถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 คน ปรับแก้เนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากบททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ มีลักษณะคำตอบแบบเลือกตอบ ถูก-ผิด ตอบถูกเท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิดเท่ากับ 0 คะแนน ทั้งหมดมีค่าคะแนนระหว่าง 0-25 คะแนน การแปลผลคะแนนต่ำกว่า 12 อยู่ในระดับพอใช้ คะแนน 12-18 อยู่ในระดับดี คะแนนมากกว่า 19 อยู่ในระดับดีมาก ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน พิจารณาความสอดคล้องและความเหมาะสมของข้อคำถามเป็นรายข้อ กับนิยามเชิงปฏิบัติการ (Item-Objective Congruence:



IOC) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.80 ทุกข้อ วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ .79

2.3 แบบสังเกตการประเมินทักษะในการประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินทักษะผู้ดูแล ได้แก่ ทักษะการวัดความดันโลหิต การนับชีพจร การประเมินลักษณะการเจ็บหน้าอก เป็นแบบสังเกตขั้นตอนการปฏิบัติ (Check list) โดยสังเกตการปฏิบัติตั้งแต่เริ่มทำการตรวจจนสิ้นสุดการประเมิน ถ้าทำถูกต้องข้อละ 1 คะแนน ถ้าทำผิดค่าคะแนนจะเป็น 0 ถ้านับค่าคะแนน 0 ข้อใดข้อหนึ่ง ผู้ปฏิบัติจะต้องทดสอบใหม่จนกว่าจะทำได้ถูกต้อง และต้องผ่านการประเมินทุกข้อ โดยมีการประเมินระดับของทักษะที่ผ่านการประเมิน 3 ระดับ ได้แก่ พอใช้ ดี และดีมาก ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 1

2.4 แบบประเมินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบสังเกตการปฏิบัติแบบเป็นขั้นตอน (Check list) ประกอบด้วย การประเมินและขอความช่วยเหลือ ทักษะการกดหน้าอก การเปิดทางเดินหายใจ การช่วยหายใจ และการประเมินการกลับมาของระบบไหลเวียน จำนวน 12 ข้อ ถ้าทำถูกต้องข้อละ 1 คะแนน ถ้าทำผิดข้อใดข้อหนึ่ง ค่าคะแนนจะเป็นศูนย์ นับว่าไม่ผ่านการทดสอบ ต้องทดสอบใหม่จนกว่าจะทำได้ถูกต้อง และต้องผ่านการประเมินทุกข้อ โดยมีการประเมินระดับของทักษะที่ผ่านการประเมิน 3 ระดับ ได้แก่ พอใช้ ดี และ ดีมาก ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC เท่ากับ 1

2.5 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การจัดการด้านการบริโภคอาหาร/การงดสูบบุหรี่/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การจัดการด้านการออกกำลังกาย และการมีกิจกรรม ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และด้านทักษะการปฏิบัติการณ์ของ

ผู้ดูแลในระยะโรคกำเริบ จำนวน 27 ข้อ ลักษณะข้อคำถามทุกข้อเป็นคำถามเชิงบวกเป็นมาตราวัดประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 27-135 คะแนน แบ่งระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองออกเป็น 3 ระดับ¹⁷ ได้แก่ ระดับต่ำ (27-63 คะแนน) ปานกลาง (63.1-99 คะแนน) และระดับสูง (99.1-135 คะแนน) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.80 ทุกข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .96

2.6 อุปกรณ์ที่ใช้ในการฝึกอบรม ได้แก่ หุ่นจำลองฝึกการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน เครื่องวัดความดันโลหิต ผู้วิจัยใช้อุปกรณ์จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งผ่านการ Calibrate ก่อนนำไปใช้ และมีการบำรุงรักษาจากเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ เมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2563 ตามเอกสารรับรองเลขที่ 002/2563 ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิและเคารพในความเป็นบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกปกปิดเป็นความลับโดยจะใช้รหัสแทนชื่อสกุล ผู้ร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลใดๆ และข้อมูลที่ได้จะถูกนำเสนอโดยภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของตนเอง เพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร และทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พลังครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งวิธีการสอน การจัดทำสื่อต่าง ๆ และการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม



2. ผู้วิจัยจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลบุคคลในครอบครัว แบบประเมินความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ แบบประเมินทักษะในการประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือด แบบประเมินการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และแบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัว ประกอบด้วย แผนการสอน คู่มือการดูแลผู้ป่วย สื่อวีดีโอประกอบการสอน อุปกรณ์ที่ใช้ในการฝึกอบรม ได้แก่ หุ่นจำลองฝึกการช่วยฟื้นคืนชีพ เครื่องวัดความดันโลหิต

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการกิจกรรมกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 ที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการทำ

วิจัยและการพิทักษ์สิทธิ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือตอบแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลพร้อมทั้งนัดหมายเพื่อขออนุญาตไปพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านในสัปดาห์ที่ 5 โดยใช้เวลา 30 นาที จำนวน 1 ครั้ง เพื่อขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ผู้วิจัยได้แจกเอกสารคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้นำไปศึกษา และในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่บ้านใช้เวลา 30 นาที เพื่อประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวและประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลบุคคลในครอบครัว และหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการทดลอง ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวมาขยายผลให้กับกลุ่มควบคุมตามความสมัครใจในการเข้าร่วม

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลองระยะเวลา 4 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ครั้งที่	กิจกรรม	เวลาที่ใช้	เครื่องมือวิจัย/ สื่อการสอน
สัปดาห์ที่ 1 ระยะที่ 1 ระยะ พึ่งพาบุคลากร ด้านสุขภาพ (Professional dominated phase)	- สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ กิจกรรมละลายพฤติกรรม ทำแบบ ทดสอบความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดหัวใจ	1 ชั่วโมง	แบบทดสอบความรู้และทักษะ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจ
	- สนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในครอบครัว เพื่อควบคุมและป้องกันอาการกำเริบ ของโรค	1 ชั่วโมง	ผู้วิจัย
	- การให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค โดยใช้สื่อประกอบ - การประเมินสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจเบื้องต้น - การให้ความรู้เกี่ยวกับปฏิบัติการช่วยฟื้น คืนชีพขั้นพื้นฐานเมื่อประสบเหตุฉุกเฉิน	2 ชั่วโมง	- คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด หัวใจ - สื่อวีดิทัศน์ - หุ่น CPR



ครั้งที่	กิจกรรม	เวลาที่ใช้	เครื่องมือวิจัย/ สื่อการสอน
	- ฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน	3 ชั่วโมง	- หุ่น CPR
	- ลงเยี่ยมบ้านอาสาสมัครในโครงการวิจัย วันละ 5 ราย เพื่อฝึกการประเมินสภาพ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเบื้องต้นและ ทบทวนปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้น พื้นฐาน	4 วัน	
สัปดาห์ที่ 2 ระยะที่ 2 ระยะ การมีส่วนร่วม ในการดูแล สุขภาพ (Participatory phase)	- กิจกรรมสร้างการรับรู้ความสามารถของ ตนเองของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแล สมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยเพื่อควบคุมโรค - การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการออกกำลัง กาย การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม สม การงดสูบบุหรี่ดื่มสุรา การรับประทาน ยาต่อเนื่อง การจัดการความเครียด	3 ชั่วโมง	- กระดาษฟลิปชาร์ต - ปากกาเมจิก - คู่มือการดูแลผู้ป่วยฯ
สัปดาห์ที่ 3 ระยะที่ 3 ระยะ ท้าทายในการ ดูแลสุขภาพ (Challenging phase)	- การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อดูพฤติกรรม ดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยมีครอบครัวคอย ควบคุม (Monitor) และบันทึก โดยลง เยี่ยมบ้านอาสาสมัครในโครงการวิจัย - การทดสอบทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้น พื้นฐาน และทักษะการประเมินระบบ หัวใจและหลอดเลือด - โทรศัพท์ติดตามให้คำปรึกษาและให้ กำลังใจ	1 สัปดาห์	- แบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน - แบบประเมินทักษะการช่วยฟื้น คืนชีพขั้นพื้นฐาน - แบบประเมินทักษะการประเมิน ระบบหัวใจและหลอดเลือด
สัปดาห์ที่ 4 ระยะที่ 4 ระยะ ความร่วมมือ (Collaborative phase)	- ประเมินผลกิจกรรมด้านความรู้และทักษะ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจใน ครอบครัว - สรุปกิจกรรม การพัฒนาพันธสัญญาการ เป็นหุ้นส่วน ให้ความร่วมมือในการดูแล สุขภาพเกิดความมั่นใจในตนเองและ พึงพาบุคลากรด้านสุขภาพน้อยลง - ตอบแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นบุคคล ในครอบครัว	4 ชั่วโมง	- แบบทดสอบความรู้เรื่องโรค หลอดเลือดหัวใจ - แบบสอบถามการรับรู้ความ สามารถของตนเองในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) และสถิติ Independence t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 30 คน (ร้อยละ 71.42) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากัน อายุเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มเท่ากับ 43.07 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 34 คน (ร้อยละ 80.95) ระดับมัธยมศึกษา 6 คน (ร้อยละ 14.28) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.33 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 9.52 อื่น ๆ ร้อยละ 7.14 ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในครอบครัวเฉลี่ย 1.8 ปี ไม่มีประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมาก่อน ร้อยละ 100

2. คะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจไม่แตกต่างกัน ($t_{40} = -0.76, p = .44$) อยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 7.61 (SD = 1.59) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.00

(SD = 1.61) และภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{40} = 12.94, p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.04 (SD = 2.63) และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 11.42 (SD = 1.53) ดังตารางที่ 1

3. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในครอบครัว

ผลจากการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในครอบครัวอยู่ในระดับสูง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{40} = 15.12, p < .001$) ดังตารางที่ 2

4. ทักษะในการประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มทดลอง

ผลการประเมินทักษะในการประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มทดลอง พบว่า ยังไม่สามารถทำได้ถูกต้องในทุกกิจกรรมในครั้งแรก เช่น ทักษะการวัดและการประเมินค่าความดันโลหิตต้องได้รับการทดสอบซ้ำในครั้งที่ 2 ร้อยละ 80 การประเมินชีพจรสามารถทำได้ดีเป็นส่วนมาก มีเพียงร้อยละ 18 ที่ต้องทดสอบซ้ำ หลังจากทดสอบทักษะในการประเมินระบบหัวใจและหลอดเลือดซ้ำครั้งที่ 2 กลุ่มทดลองทุกคนสามารถผ่านการทดสอบอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

	ก่อนการทดลอง					หลังการทดลอง				
	Mean	SD	t	df	p-value	Mean	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง (n=21)	7.61	1.59	- 0.76	40	.44	20.04	2.63	12.94	40	.000
กลุ่มควบคุม (n=21)	8.00	1.61				11.42	1.53			



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง

	Mean	SD	Mean difference	T	df	p-value
กลุ่มทดลอง (n=21)	117.33	10.51	39.14	15.12	40	.000
กลุ่มควบคุม (n=21)	78.19	5.48				

ตารางที่ 3 แสดงจำนวน และร้อยละทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของกลุ่มทดลอง (n = 21)

	ผ่านการประเมิน		ผ่านการประเมิน
	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ระดับดี
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	(ร้อยละ)
- การประเมินและขอความช่วยเหลือ	16 (76.19)	5 (23.81)	100
- ทักษะการกดหน้าอก	10 (47.62)	11 (52.38)	100
- การเปิดทางเดินหายใจ	9 (42.86)	12 (57.14)	100
- การช่วยหายใจ	10 (47.62)	11 (52.38)	100
- การประเมินการกลับมาของระบบไหลเวียน	8 (38.10)	13 (61.90)	100

5. ทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของกลุ่มทดลอง

ผลการประเมินทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของกลุ่มทดลอง หลังจากได้รับโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 ต้องฝึกทักษะและทดสอบซ้ำในครั้งที่ 2 หลังฝึกปฏิบัติซ้ำกลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถผ่านการทดสอบอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100 ดังตารางที่ 3

อภิปรายผล

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัว กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ และการรับรู้ความสามารถของตนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

สามารถอธิบายได้ว่า ความรู้และทักษะของผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้นนั้น เป็นผลจากการได้รับโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวที่พัฒนามาจากแนวคิดการเสริมพลังครอบครัวของ Hulme¹⁴ ซึ่งได้อธิบายถึงการพัฒนาศักยภาพเพื่อเพิ่มขีดความสามารถของผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัวให้สามารถเผชิญความท้าทายในการดูแลสมาชิกในครอบครัว ให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจตั้งเป้าหมายการดูแล พัฒนาความสามารถ และสร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี ซึ่งจะช่วยให้บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลเกือบทั้งหมดโอนถ่ายจากบุคลากรทางด้านสุขภาพสู่บุคคลในครอบครัว สอดคล้องการศึกษาของ Pongaupai, Hoontrakul และ Roojanavech¹⁸ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวต่อความสามารถในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมผู้ดูแลมีค่าคะแนนความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุและความ



สามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวของการวิจัยในครั้งนี้ แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะพึ่งพาบุคลากรด้านสุขภาพ 2) ระยะการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ 3) ระยะทำหายในการดูแลสุขภาพ ซึ่งในระยะนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงสมดุลงานในการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรทางด้านสุขภาพมาเป็นผู้ดูแลในครอบครัว ดำเนินการโดยการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยมีครอบครัวคอยควบคุม (Monitor) และบันทึก ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองต่อการดูแลสุขภาพบุคคลในครอบครัว 4) ระยะความร่วมมือ มีการพัฒนาพันธะสัญญาการเป็นหุ้นส่วนให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพเกิดความมั่นใจในตนเองและพึ่งพาบุคลากรด้านสุขภาพน้อยลง¹⁴ สอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัว กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น เมื่อได้รับการช่วยเหลือและการเสริมพลังอำนาจจากบุคลากรทางการแพทย์ทั้ง 4 ระยะของโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัว¹⁹ สอดคล้องกับการศึกษาของ Punasiri และคณะ²⁰ พบว่า การสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นและสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า หลังจากได้รับโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่า ร้อยละ 50 ต้องฝึกทักษะและทดสอบซ้ำในครั้งที่ 2 และหลังฝึกปฏิบัติซ้ำกลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถผ่านการทดสอบอยู่ในระดับดี ร้อยละ 100 จากการที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติทดสอบผ่านในครั้งแรกอาจเนื่องมาจากหลายปัจจัย เช่น ระดับการศึกษา ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.95 ซึ่งระดับการศึกษาที่น้อยจะทำให้การเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ได้ช้ากว่าปกติ^{12,21} แสดงถึงการปฏิบัติทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และทักษะการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อาจทำได้ช้ากว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า หรืออายุที่มากขึ้นส่งผลให้การเรียนรู้ช้าลงตามความเสื่อมถอยของสมอง^{12,21} แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการฝึกทักษะจากผู้สอนหลายๆ ครั้ง เพื่อสร้างความมั่นใจของตนเอง รวมทั้งผู้วิจัยได้ให้กำลังใจและเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ฝึกทักษะปฏิบัติหลายครั้งจนเกิดความมั่นใจ ทำให้สามารถผ่านการทดสอบในครั้งที่ 2 ในระดับดี ร้อยละ 100 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสนใจในการพัฒนาความสามารถของตนเอง ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญในระยะแรกซึ่งเป็นระยะพึ่งพาบุคลากรด้านสุขภาพ โดยต้องคอยชี้แนะ สอน สาธิต ดูแลอย่างใกล้ชิดและให้กำลังใจประคับประคองผู้ดูแลบุคคลในครอบครัวซึ่งถือว่าเป็นมือใหม่ (Novice) ให้สามารถพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ โดยการให้ผู้ดูแลมีการรับรู้และมีพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยเพื่อป้องกันควบคุมโรค รวมถึงการสร้างความท้าทายในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้เกิดความร่วมมือพัฒนาพันธะสัญญาการเป็นหุ้นส่วนในการดูแลสุขภาพต่อไป¹⁴

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการส่งเสริมให้สถานบริการสุขภาพในชุมชนนำชุดโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวไปใช้กับครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อการดูแลที่เหมาะสมเฉพาะโรคและเกิดคุณภาพการดูแล

2. เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลบุคคลในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวทุกคนควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยควรได้รับโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัวด้วย รวมถึงตัวผู้ป่วย



ควรมีส่วนร่วมในโปรแกรม เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกิดการรับรู้สถานะทางสุขภาพของตนเอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการเสริมพลังครอบครัว โดยให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวมีส่วนร่วม รวมถึงควรมีการวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยด้วย

2. ควรมีการติดตามวัดผลความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี รวมถึงขอบคุณเจ้าหน้าที่ อสม. ที่อำนวยความสะดวกในการทำวิจัยครั้งนี้

References

1. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Statistics Thailand. Bangkok. Office of the Permanent Secretary for Public Health; 2019.
2. Buriram Provincial Statistical Office. Buriram provincial statistical report. Buriram: Buriram Provincial Statistical Office; 2019.
3. Smith SC, Benjamin EJ, Bonow RO, Braun LT, Creager MA, Franklin BA, et al. AHA/ACC secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011 update: a guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation endorsed by the World Heart Federation and the Preventive Cardiovascular Nurses Association. Journal of the American college of cardiology 2011; 58(23): 2432-46.
4. Chaiwong N. Self-Management in Coronary Artery Disease. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal 2018; 13(1): 56-64. (in Thai)
5. Preen DB, Bailey BE, Wright A, Kendall P, Phillips M, Hung J, et al. Effects of a multidisciplinary, post-discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: a randomized controlled trial. International Journal for Quality in Health Care 2005; 17(1): 43-51.
6. Scott IA, Hickey AC, Sanders DC, Jones MA, Denaro CP, Bennett CJ, et al. Achieving better in hospital and after-hospital care of patients with acute cardiac disease. Medical Journal of Australia 2004; 180 (Suppl): 83-8.
7. Sanprasan P, Wattradul D, Suthipong N. Discharge planning of patients treated with percutaneous coronary intervention (PCI): perspective of elderly patients with ischemic heart disease and caregivers. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2017; 28(1): 142-53. (in Thai)



8. Mahanont N. Acute myocardial infarction. Bangkok: O.S. Printing House; 2000.
9. Shang C. Reduce the risk of re-infarction and related complication after myocardial infarction. *The American Journal of Medicine* 2007; 120(3): 25-26. Doi: 10.1016/j.amjmed.2006.04.030
10. Ryan P, Sawin KJ. The individual and family self- management theory: Background and perspective on context, process, and outcomes. *Nursing outlook* 2009; 57(4): 217-25.
10. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 1977; 84(2): 191-215. Doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191.
12. Chaiwong N, Duangpaeng S, Masingboon K. Factors influencing self-management behaviors among acute myocardial infarction patients. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal* 2014; 9(3): 112-9. (in Thai)
13. Kasemkitwattana S, Prison P. Chronic patients' family caregivers: A risk group that must not be overlooked. *Thai Journal of Nursing Council* 2014; 29(4): 22-31. (in Thai)
14. Hulme PA. Family empowerment: a nursing intervention with suggested outcomes for families of children with a chronic health condition. *Journal of Family Nursing* 1999; 5(1): 33-50.
15. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion November 17-21, 1986 Ottawa, Ontario Canada [Internet]. 1986 [cited 2020 March 22]. Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/charter.pdf>.
16. Sanprasan P, Wattradul D, Jamsomboon K, Puapairoj V, Techangkul L, Yuyuen Y. Effects of health volunteer's capacity building based on participating learning program on knowledge and skill of caring patients with cardiovascular disease and a risk group of cardiovascular disease. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* 2015; 26(1): 119-32. (in Thai)
17. Karnasut P. Statistics for Behavioral Science Research. Bangkok: Chulalongkorn University; 1999.
18. Pongaumpai P, Hoontrakul S, Roojanavech S. The Effects of Family Empowerment Program on Fall Prevention Capabilities of the Elderly. *Royal Thai Navy Medical Journal* 2018; 45(2): 311-27. (in Thai)
19. Naewbood S. Effects of Empowerment program on Self-care Ability of a Family Caregiver. *Journal of Nursing and Education* 2015; 8(4): 30-40. (in Thai)
20. Punasiri S, Rodpal J, Treerapee S, Chantamun W. Effects of empowerment program applied on caregiver competence of stroke caregivers. *Journal of Nursing Division* 2009; 36(3): 47-57.
21. Saengsiri A, Wattradul D, Kangchanakul S, Natthumrongkul S, Nopplub S, Wonganunnont S. The factors influencing the self-care agency and quality of life of patients with coronary artery disease. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* 2015; 26(1): 104-18. (in Thai)