

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแลหลักในครอบครัวต่อ พฤติกรรมการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองกลุ่มติดบ้านในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร

The Effect of Primary Family Caregiver Empowerment Program on the Activity of Daily Living Caring Behaviors of Cerebrovascular Disease Homebound Patients in Community, Bangkok

นิภา ปานเสนห์ ยูพา จิวพัฒน์กุล* จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์
Nipa Pansanae Yupa Jewpattanakul* Juntima Rerkluenrit
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10700
Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok Thailand 10700

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันเป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่าง 76 คน เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านที่มีอายุ 18-60 ปี อาศัยในชุมชน กรุงเทพมหานคร สุ่มเลือกโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน กลุ่มละ 38 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลหลัก แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน และโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โปรแกรม 6 สัปดาห์ ออกแบบเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแก่กลุ่มทดลอง โดยจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแล ให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง สาธิตการปฏิบัติการดูแล สะท้อนคิดพฤติกรรมการดูแล แจกคู่มือ เยี่ยมบ้าน ติดตามทางโทรศัพท์ และส่งข้อความสั้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบที และวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

คำสำคัญ: เสริมสร้างพลังอำนาจ, ผู้ดูแลหลักในครอบครัว, พฤติกรรมการดูแล, ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

The pre-post two groups quasi-experimental research aimed to determine the effect of empowerment program on the activity of daily living care behaviors among primary family caregivers of homebound cerebrovascular disease patients. Gibson's empowerment concept was used as the conceptual framework. The participants were 76 primary family caregivers of homebound cerebrovascular disease patients aged 18-60 years and living in community of Bangkok. Thirty-eight caregivers were randomly assigned sampling without replacement. For each group, the data was collected via the demographic data questionnaire, the perceived empowerment of primary caregiver questionnaire, the activity of daily living behavior questionnaire, and the empowerment program. The six weeks program was designed to empower the experimental group for caring patients in activity of daily living. Experimental caregiver group activities were organized for exchange caregiving experience, providing stroke instructions, demonstration care practices, reflect care activities, giving handbook, providing patient caring, and home visit. In addition, calling and sending short messages. The data was analyzed using independent t-test, Paired t-test, and analysis of covariance statistics.

The findings revealed that the experimental group had higher mean scores of activities of daily living care behaviors than the control group with statistical significance ($p < .01$). In addition, the mean post-test score for the activity of daily living performance among primary caregivers in the experimental group was higher than before attending the program with statistical significance ($p < .01$).

Keywords: Empowerment, primary family caregiver, care behaviors, homebound cerebrovascular disease patients

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการดำเนินของโรคที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้หรือมีความพิการหลงเหลืออยู่ มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ความคิดช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มที่ มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ต้องได้รับการดูแลในระยะยาวจึงต้องการผู้ดูแลในการช่วยทำกิจกรรมบางส่วน¹ ซึ่งผู้ดูแลหลักในครอบครัว (Primary Family Caregiver) เป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย มีหน้าที่ช่วยเหลือ รับผิดชอบและดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ เช็ดตัว การแต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้า การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย ปัสสาวะ อุจจาระ การทรงตัว การนั่ง ยืน เดิน และการเคลื่อนไหว² โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าสมาชิกอื่นในครอบครัว³ พฤติกรรม

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านของผู้ดูแลหลัก จึงมีความสำคัญ⁴ ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

และเสริมสร้างความอยู่ดีมีสุขของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน องค์การอนามัยโลกประมาณว่าทุกปีมีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก และในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 2 เท่า สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่มีภาวะพึ่งพิงผู้ดูแลหลักในครอบครัวถึง 150,000 รายต่อปี⁵ จากโปรแกรมการส่งต่อเพื่อการพยาบาลต่อเนื่องที่บ้านของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร⁶ พบกรุงเทพมหานครมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 2,232 คน ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 4,434 คนในปี พ.ศ. 2562 โดยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 2,232 คน (ร้อยละ 11.87) ในปี 2560 เป็น 4,434 คน (ร้อยละ 13.27) ในปี 2562 และคาดว่าแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงผู้ดูแลหลักในครอบครัวจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านของผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ไม่เหมาะสม เช่น การขาดทักษะในการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์และอารมณ์เมื่อเผชิญกับปัญหาในการดูแล หรือการขาดพลังอำนาจในตนเอง ซึ่งส่งผลกระทบในระยะยาวต่อการดำรงชีวิตทั้งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน และผู้ดูแลหลักในครอบครัว⁷⁻¹⁰ ผู้ดูแลอาจเกิดปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ และปัญหาด้านเศรษฐกิจ เช่น มีภาวะเครียด ท้อ เหนื่อย อ่อนล้า วิตกกังวล เกิดความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาความขัดแย้งและสัมพันธภาพภายในครอบครัว นำไปสู่การขาดพลังอำนาจของผู้ดูแล^{7,10} นอกจากนี้ประเทศยังต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะยาว ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศที่เพิ่มสูงขึ้นจาก 2,973 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2551 เป็น 20,632 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2559 ซึ่งอาจส่งผลให้การพัฒนาประเทศดำเนินไปอย่างล่าช้า¹¹

การทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยและต่างประเทศยังไม่พบการศึกษาวิจัยที่วัดพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันมาออกแบบโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลหลักที่บ้าน^{3,7,10,13-17} เนื่องจากปัจจุบันพฤติกรรมการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านในกรุงเทพมหานครยังเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ กอปรกับบริบทของครอบครัวในกรุงเทพมหานครมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ต้องทำงานนอกบ้าน มีความเร่งรีบและมีการแข่งขันสูง มีภาวะเครียดจากภาวะการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลขาดพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน¹⁸ การดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน¹² จึงเป็นกระบวนการสำคัญที่จำเป็นต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน ผู้วิจัยจึงประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันเพื่อวัดพฤติกรรมการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลหลักมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และเกิดพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมในอนาคต ส่งเสริมให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้บุคลากรสุขภาพมีฐานข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน

และมีโปรแกรมต้นแบบในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่นำผู้ดูแลในครอบครัวมาช่วยจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืนต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านมากกว่าผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านที่ไม่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ
2. ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ได้นำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดเพื่อให้ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านมีพฤติกรรมการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดีขึ้น การเสริมสร้างพลังอำนาจใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอน 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) เป็นการช่วยให้บุคคลรับรู้ ทำความเข้าใจ ยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองตามสภาพความเป็นจริง และพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) เป็นการฝึกทักษะด้านการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ของปัญหา 3) การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติ กิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking Charge) ตัดสินใจเลือกวิถีการปฏิบัติที่คิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด มีการควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเกิดการพัฒนากิจกรรมการแก้ปัญหา 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1. การค้นพบสภาพการณ์จริง
2. การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ
3. การตัดสินใจเลือกและลงมือปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง
4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ



พฤติกรรมการณ์ดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านของผู้ดูแลหลัก

(Holding on) สามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ตนเองได้เลือกปฏิบัติ และลงมือกระทำอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จจะทำให้บุคคลรู้สึกมั่นใจ มีพลังอำนาจ มีความสามารถ

วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน อาศัยอยู่ในชุมชนศรีสุริโยทัย ชุมชนบ้านแบบ แขวงยานนาวา เขตสาทร และชุมชนวัดมหาพฤฒาราม ชุมชนวัดแก้วแจ่มฟ้า แขวงมหาพฤฒาราม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร กลุ่มละ 38 คน คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power โดยใช้ค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) และอำนาจการทดสอบ (Power of test) ซึ่งได้จากงานวิจัยกึ่งทดลองที่ผ่านมา¹⁹ ซึ่งมีค่า Effect size เท่ากับ 0.61 ค่า Power of test = 0.80 โดยกำหนดให้ค่า $\alpha = 0.05$ เมื่อนำค่าต่าง ๆ มาคำนวณพบว่าได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 68 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายและการออกจากการวิจัย จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10²⁰ จึงได้กลุ่มตัวอย่าง 76 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 38 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ IRB-NS2020/44.0211 ลงวันที่ 12 มกราคม 2564 และผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ ความเสี่ยงต่างๆ และการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ พร้อมให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมงานวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจก่อนดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอน ดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลหลัก และแบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักในการดูแลกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน ในวันแรกของสัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง และแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล

2. ให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลหลัก ในวันอังคารของสัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลา 30 นาที/ราย

3. ให้ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักในการดูแลกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน ฉบับเดียวกับก่อนการทดลอง ในวันเสาร์ของสัปดาห์ที่ 6

กลุ่มทดลอง

1. ให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลหลัก และแบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักในการดูแลกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน ใช้ 1 ชั่วโมง และให้ร่วมกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในด้านพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสาธิตการปฏิบัติการณ์ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมให้คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแล ในวันอาทิตย์ของสัปดาห์ที่ 1

2. จัดกิจกรรมกลุ่มสะท้อนคิดพฤติกรรมการณ์ดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกันคิด วิเคราะห์ ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พร้อมทั้งให้คำแนะนำแนวทางด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในวันอาทิตย์ของสัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

3. เยี่ยมบ้านรายบุคคล โดยให้ผู้ดูแลหลักได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้วิจัย และตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสมกับตนเอง ในวันอาทิตย์ของสัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 30 นาที

4. ส่งข้อความสั้นเพื่อกระตุ้นเตือนให้เกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ทางแอปพลิเคชันไลน์ จำนวน 4 ครั้ง ทุกวันพุธของสัปดาห์ที่ 3-6

5. ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ในวันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 4 และ 5 ใช้เวลา 15 นาที/ราย

6. ให้ตอบแบบวัดการรับรู้พลังอำนาจในการดูแลของผู้ดูแลหลัก ในวันอังคารของสัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลา 30 นาที/ราย

7. ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อสนับสนุนให้กำลังใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สอบถามปัญหาอุปสรรคและแนะนำแนวทางแก้ปัญหา ในวันจันทร์ของสัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลา 5-10 นาที/ราย

9. ให้ตอบแบบวัดพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองฯ ชุดเดียวกับก่อนการทดลองในวันเสาร์ของสัปดาห์ที่ 6 ใช้เวลา 30 นาที

เครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ต่อเดือน การพักอาศัยอยู่กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยและความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน 10 ข้อ

2. แบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลหลักที่ประยุกต์จากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน 4 ด้าน ได้แก่ การค้นพบสภาพการณ์จริง ด้านการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน จำนวน 27 ข้อ เป็น Rating scale 4 ระดับ คะแนนยิ่งมากหมายถึงผู้ดูแลหลักมีการรับรู้พลังอำนาจมากยิ่งขึ้น

3. แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักในการดูแลกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน 23 ข้อ ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การทรงตัวและการเคลื่อนไหว เป็น Rating scale 4 ระดับคะแนนยิ่งมากหมายถึงผู้ดูแลหลักมีพฤติกรรมในการดูแลกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดี

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ พัฒนาตามกรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน¹² 4 ด้าน ประกอบด้วย 1. การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สาธิตการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการแจกรุ่นมือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน 2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มสะท้อนคิดพฤติกรรมดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร่วมกันคิดวิเคราะห์ ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และให้คำแนะนำรายกลุ่มในการแสวงหาทางเลือกด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เหมาะสมกับตนเอง 3. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และลงมือปฏิบัติ เป็นกิจกรรมเยี่ยมบ้านรายบุคคล ให้ผู้ดูแลหลักได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้วิจัย 4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ มีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 3 ครั้ง และส่งข้อความสั้นทางแอปพลิเคชันไลน์ เกี่ยวกับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 4 ครั้ง

คุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ซึ่งแบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านมีค่า CVI = 0.97 แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านมีค่า CVI = 0.95 โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักในครอบครัวและคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านสำหรับผู้ดูแลมีค่าดัชนีความสอดคล้องตามเนื้อหา (IOC) = 1.0

การทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)
แบบสอบถามถูกนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลหลักที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 คน โดยแบบสอบถามการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน มีค่า Cronbach's Alpha Coefficient 0.92 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน มี Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.80

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลหลักทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองนับถือศาสนาพุทธ อายุเฉลี่ย 44 ปี จบมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 81.7, กลุ่มทดลอง ร้อยละ 71.1) รายได้ต่อเดือนของครอบครัว 10,000 บาทขึ้นไป (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 84.2, กลุ่มทดลอง ร้อยละ 60.5) ผู้ดูแลหลักทั้งสองกลุ่มทุกคนอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยมา 1-5 ปี (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 78.9, กลุ่มทดลอง ร้อยละ 81.6) และเป็นคู่สมรส

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักในครอบครัว (n = 76)

พฤติกรรมการดูแล	โปรแกรม	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		
		M (SD)		M (SD)	t	p-value
พฤติกรรมการดูแล	ก่อน	55.131 (7.494)		54.789 (5.089)	.109	.457
พฤติกรรมการดูแล	หลัง	55.210 (4.074)		81.157 (4.302)	23.904	.000*

P<.05*

ผลการวิเคราะห์ ANCOVA หลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ .05 พบค่า $F(1,74) = 286.536$,

กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้าน (กลุ่มควบคุม ร้อยละ 34.2, กลุ่มทดลอง ร้อยละ 36.8)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลหลักของกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการวิจัย ไม่แตกต่างกันค่าสถิติทดสอบ $t(37) = .109$, $p > .05$ โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการวิจัยของกลุ่มควบคุม (M = 55.210, SD = 4.074) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการวิจัยเล็กน้อย (M = 55.131, SD = 7.494) ดังตารางที่ 1 ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลหลักภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ค่าสถิติทดสอบ $t(37) = 23.904$, $p < .01$ โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลหลักฯ หลังได้รับโปรแกรม (M = 81.157, SD = 4.302) มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (M = 54.789, SD = 5.089) 26.36 คะแนน ดังตารางที่ 1

$p < .01$ โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย (M = 81.157, SD = 4.302) มากกว่ากลุ่มควบคุม (M = 55.210, SD = 4.074) 26.36 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักในครอบครัว (n = 76)

พฤติกรรมการดูแล	กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n = 76)				
	SS	df	MS	F	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรม	.847	1	51.733	1.419	.169
หลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่ม	10448.525	1	10448.525	286.536	.000
ภายในกลุ่ม	944.802	74	25.910		
ทั้งหมด	367422	76			

SS = Sum of Squares, MS = Mean of Squares

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการทดลองได้ถูกนำมาอภิปรายตามสมมุติฐานของการวิจัย 2 สมมุติฐาน ได้แก่

สมมุติฐานที่ 1 ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านมากกว่าผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านที่ไม่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ อภิปรายได้ว่า การที่ผู้ดูแลหลักได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีการสอน และการเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างเป็นขั้นตอน และมีเนื้อหาที่ครอบคลุมทำให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น จนเกิดความมั่นใจ และเชื่อมั่นในการนำความรู้มาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมีพลังในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย พร้อมทั้งจะฝึกและกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้มากขึ้น เมื่อผู้ดูแลหลักมีพลังอำนาจในการดูแลจึงเกิดพฤติกรรมการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนและฝึกทักษะ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น^{12,21} ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา²² ซึ่งได้จัดโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม โดยผู้ดูแลได้รับการสอนวิธีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่เหมาะสม และฝึกทักษะการช่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภายหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมฯ พบว่าผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถ มีการพัฒนาตนเอง

นำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น จนเกิดการเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลหลังได้รับโปรแกรมฯ เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษา¹⁰ ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้านต่าง ๆ เช่น โภชนาการ การออกกำลังกาย ทำให้ผู้ดูแลค้นพบศักยภาพและกระตุ้นให้เห็นคุณค่าในความสามารถของตนเอง เกิดแรงจูงใจในการค้นหาวิธีการในการแก้ไขปัญหา จนเกิดความมั่นใจในความสามารถ และกล้าที่จะเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ และสอดคล้องกับการศึกษา²³ ที่ได้ให้ผู้ดูแลฝึกดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจที่บ้านเป็นเวลา 12 สัปดาห์ และจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลระหว่างผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจโดยการฝึกทักษะการดูแลและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแล รู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง เกิดพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง และมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยทางสถิติ ($p < .01$)

สมมุติฐานที่ 2 ผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ เนื่องจากโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจได้ออกแบบให้ผู้ดูแลหลักได้เรียนรู้เชิงลึกเกี่ยวกับการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปัญหา อุปสรรค และร่วมกันปรับแผนการ

ดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน ซึ่งทำให้ผู้ดูแลหลักเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากยิ่งขึ้น นำมาสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลด้านกิจวัตรประจำวันหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ ตรงตามแนวคิด¹² และสอดคล้องกับ³ ที่ผู้ดูแลกลุ่มทดลองได้รับความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ทำให้รับรู้พลังอำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง มีการจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยน เรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ติดตามเยี่ยมบ้านรายบุคคล สร้างความรู้ความเข้าใจในข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง และให้คำปรึกษาตอบปัญหาข้อสงสัยเพื่อให้ผู้ดูแลหลักรู้จัก รู้ชัดในการดูแลผู้ป่วยจนเกิดการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจจนสามารถนำไปฝึกฝนทักษะการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่งผลให้ผู้ดูแลคงพฤติกรรมที่เหมาะสมไว้และเกิดการปรับแผนการปฏิบัติ ร่วมกันวิเคราะห์เพื่อเสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง จะส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลด้านกิจวัตรประจำวันของกลุ่มทดลอง ภายหลังได้โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ สอดคล้องกับงานวิจัย¹⁴ ซึ่งมีการจัดกิจกรรมให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กสมองพิการ โดยจัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเกิดความมุ่งมั่น เกิดพลังอำนาจและมีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยเด็กสมองพิการดีมากยิ่งขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษา¹³ ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ทำให้ผู้ดูแลเกิดการพัฒนาศักยภาพการดูแลเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง จนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่ประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทำให้ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมดูแลด้านกิจวัตรประจำวันดีขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้

1. จากการศึกษาวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีการรับรู้พลังอำนาจและมีพฤติกรรมดูแลด้านกิจวัตรประจำวันต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง จึงควรมีการประยุกต์โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในพื้นที่อื่นๆ และกลุ่มประชากรอื่นๆ ที่หลากหลาย

เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลหลักเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ควรนำผลการวิจัยไปนำเสนอให้ผู้บริหารสำนักอนามัย และศูนย์บริการสาธารณสุข ของกรุงเทพมหานคร เพื่อนำโปรแกรมไปเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายในการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในครอบครัวเพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มติดบ้านที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อวัดพฤติกรรมดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลหลักที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังสิ้นสุดโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในระยะสั้น 3 เดือน และ ระยะยาว คือ 1 ปี

2. ควรศึกษาวิจัยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ เพื่อวัดพฤติกรรมดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

References

1. National Health Security Office. A handbook of long-term public health care systems for the elderly in the area. Bangkok: National Health Security Office; 2016. (In Thai)
2. Siangpror K. Health education and health behavior. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkornmahawiththayalai; 2019. (In Thai)
3. Traitawin U. The effects of caregivers empowerment program on bangban district, Phra nakhon si ayutthaya province. Association of Preventive Medicine of Thailand Journal. 2018; 8(2): 268-80. (In Thai)
4. DOUNCHAN N, SINPRASERT P, THONGTHIENG W, WANCHAI A, SUTTHILAX C, BANLENGCHIT S. Stroke in older people and guidelines for strengthening caregivers. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(1): 20-8. (In Thai)
5. Suwatcharangkoon S. Thai Stroke Society. Bangkok. Charnsanitwong Printing limited Company, 2019. (In Thai)

6. Division of Public Health Nursing. Statistics of the family caregiver in Bangkok. 2020. (In Thai)
7. Rangsa J, Rodjakpai Y, Pongsangpan P. Effect of empowerment program for caregivers and elderly patients with diabetes in Kantharwichai District, Mahasarakham Province. *Srinagarind Medical Journal*. 2016; 31(6): 377-87. (In Thai)
8. Nakkul N. The development of a care model for home-bound and bed-bound chronically ill patients in suratthani municipality. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2018; 32(1): 813-20. (In Thai)
9. Panthong P, Patisena T. The empowerment of caregivers for rehabilitation of stroke patients at Maharaj Nakhon Ratchasima Hospital. *Journal of Disease Prevention and Control*. 2018; 24(2): 57-66. (In Thai)
10. Naewbood S. Effect of empowerment program on self-care ability of a Family caregiver. *Journal of Nursing and Education*. 2015; 8(4): 30-40. (In Thai)
11. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Thailand public health statistics. 2018. (In Thai)
12. Gibson C. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advance Nursing*. 1995; 21:1201-10.
13. Pengsa-ium V, Chaiyasung P, Pongsupasa V, Jumjana S. The development of caregiver's empowerment program of bed bound elderly in the community. *Journal of Nursing and Education*. 2017; 18(3): 83-95. (In Thai)
14. Chumsri S, Chaimongkol N, Sananreugsak S. Effects of the child caregiver's empowerment promoting program on ability and burden to care for children with cerebral palsy. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2014; 22(4): 35 - 46. (In Thai)
15. Etemadifar S, Bahrami M, Shahriari M, Khayeri F, Masoudi R, Afzal SM. The family centered empowerment program can relieve stress anxiety and depression of heart failure patients' family caregivers. *World Family Medicine*. 2017; 15(10): 99-104.
16. Payroovee Z, Kashaninia Z, Mahdavian SY, Rezasoltani P. Effect of family empowerment on asthma control in school-age children. *Tanaffos*. 2017; 17(1): 47-52.
17. Yoo HK, Kim GH. An empowerment program for family caregivers of people with dementia. *Public Health Nursing*. 2019; 222-33.
18. Attaprajong J, Jewpattanakul Y, Krainuwut K. Effects of family members' empowerment-program on family members' food preparing behaviors for elderly diabetic patients. *Chulalongkorn Medical Journal*. 2020; 64(1): 87-94. (In Thai)
19. Paksee N, Sriapo-ngam Y, Monkong S, Leelacharas S. Effects a transitional care program stroke patients and family caregivers on caregiver's preparedness, stress adaptation, and satisfaction. *Ramathibodi Nursing Journal*. 2016; 22(1): 65-80. (In Thai)
20. Denise F. Polit, Cheryl T Beck. International differences in nursing research, 2005-2006. *JONS*. 2009; 41(1): 44-53.
21. Jaywan P, Nantachaipan P, Thongchai C. Effects of empowerment on perceived caring capabilities among caregivers of patients with traumatic brain injury. *Nursing Science Journal of Thailand*. 2016; 43: 95-106. (In Thai)
22. Luecha A, Sminoy S, Kanachai V, Buphahou S, Tarachun R. The effectiveness of group empowerment program on caregivers of the elderly with dementia. *Journal of Suicide Prevention of Thailand*. 2020; 1(1): 41-56. (In Thai)
23. Pangkam N. Effects of empowerment program on caregiver pediatrics' with congenital heart disease who were post operations for complicated prevention. *J. Com. Health Dev. Quarterly Khon Kaen University*. 2017; 5(4): 625-41. (In Thai)