



ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษาต่อความรู้สึกสิ้นหวัง ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน¹

Effect of Empowerment and Counseling Program on Hopelessness in Family Caregivers of Stroke Patients¹

ภาวิณี แพงสุข², ชลดา กิ่งมาลา², ศุภวรรณ ชิมทอง², ณวริษฐ์ พีระถาวรวิทย์²
Pavinee Pangsuk², Chonlada Kingmala², Supawan Kimthong², Nawarit Peerathawornwit²

¹สนับสนุนทุนการวิจัยจากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

¹Research granted by The Nurse Alumni Association of the Ministry of Public Health

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²Boromarajonani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Supawan Kimthong; Email: suphawan@bcsurin.ac.th

Received: October 22, 2024 Revised: February 28, 2025 Accepted: March 20, 2025

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกสิ้นหวังและเกิดภาวะซึมเศร้าได้ วิจัยเชิงทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษาต่อความรู้สึกสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 64 คน คัดเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา และแบบสอบถามความรู้สึกสิ้นหวัง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ Independent t-test และ Paired t-test ผลการวิจัย พบว่า ความสิ้นหวังของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรม ส่วนใหญ่มีความสิ้นหวังอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.00 และร้อยละ 56.25 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า ญาติผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกสิ้นหวังหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-9.86$, $p<.01$) และญาติผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษามีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกสิ้นหวังหลังการทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้คำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.79$, $p<.01$) ดังนั้น ผลการศึกษาในครั้งนี้จึงบ่งชี้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษาสามารถช่วยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีพลังและมีความหวังในการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้

คำสำคัญ: ความสิ้นหวัง; ญาติผู้ดูแล; ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง; การเสริมสร้างพลังอำนาจ; การให้คำปรึกษา



Effect of Empowerment and Counseling Program on Hopelessness in Family Caregivers of Stroke Patients¹

Pavinee Pangsuk², Chonlada Kingmala², Supawan Kimthong², Nawarit Peerathawornwit²

¹Research granted by The Nurse Alumni Association of the Ministry of Public Health

²Boromarajonani College of Nursing Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Supawan Kimthong; Email: suphawan@bcnsurin.ac.th

Received: October 22, 2024 **Revised:** February 28, 2025 **Accepted:** March 20, 2025

Abstract

Continuous care for stroke patients at home can cause burdensome to family caregivers, which may lead to feelings of hopelessness and depression. This quasi-experimental research aimed to study the effects of an empowerment and counseling program on the hopelessness of family caregivers taking care of stroke patients in the community. The participants were composed of 64 family caregivers of stroke patients from various communities selected by a simple random sampling technique. The research instruments included an empowerment and counseling program and a questionnaire assessing hopelessness. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, and paired t-test. The results showed that the levels of hopelessness after receiving the program in both experimental and control groups of stroke caregivers were mostly moderate, with 50.00% and 56.25 %, respectively. In addition, it was found that family caregivers receiving the empowerment and counseling program had a significantly lower mean hopelessness score after the intervention compared to before receiving the program ($t = -9.86$, $p < .01$), and the group of family caregivers receiving the empowerment and counseling program had a significantly lower mean score of hopelessness after the intervention compared to the group receiving regular advice ($t = 2.79$, $p < .01$). The findings of this study indicate that the empowerment and counseling program helps stroke caregivers feel empowered and hopeful and enables them to continue caring for the patients.

Keywords: hopelessness; family caregiver; stroke patient; empowerment; counseling



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) เป็นโรคที่ทำให้ประชาชนทั่วโลกป่วย ตายและพิการอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่ามีประชาชนทั่วโลกถึง 15 ล้านคน เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 1 ใน 3 ของการเจ็บป่วยส่งผลให้มีความพิการถาวรและเป็นภาระของครอบครัว¹ สำหรับประเทศไทย พบอัตราอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2565 จาก 278.49 ต่อแสนประชากร เป็น 330.72 ต่อแสนประชากร² และการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวทางในการดูแลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่แตกต่างจากโรคเรื้อรังอื่น คือ ต้องมีญาติและครอบครัวในการรับภาระดูแลต่อจากความพิการทางกายที่หลงเหลืออยู่จนไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงเป็นบุคคลที่ครอบครัวมอบหมายให้มีหน้าที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน หลังกลับจากโรงพยาบาล เป็นบุคคลที่คอยดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและช่วยเหลือผู้ป่วยตามความต้องการที่มีอย่างต่อเนื่องทุกวัน ทำให้ญาติผู้ดูแลกลายเป็นบุคคลที่มีโอกาสเจ็บป่วยจากการดูแลผู้ป่วยได้ ทั้งการเจ็บป่วยทางกาย เช่น เหนื่อย เพลีย ปวดเมื่อยร่างกาย พักผ่อนไม่เพียงพอ เจ็บป่วยทางใจ เช่น เครียด วิตกกังวล รวมถึงการเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง (hopelessness)³

ความสิ้นหวังที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นความรู้สึกด้านลบที่ญาติผู้ดูแลต้องประสบระหว่างการดูแลผู้ป่วย เช่น เกิดความรู้สึกเหนื่อยและท้อใจ ที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน เกิดความรู้สึกโทษตนเองหรือผิดหวังจากการที่อาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น เกิดความเครียดสะสมเป็นเวลานาน มีผลลัพธ์การดูแลที่ไม่เป็นไปตามความต้องการจนเกิดความรู้สึกสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง³⁻⁴ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความสิ้นหวังที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลพบได้ในหลายช่วงเวลาของการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ช่วง 1 ปีแรกที่กลับมาดูแลที่บ้าน ช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการแย่ลง ช่วงที่ผู้ป่วยต้องกลับไปรักษาภาวะแทรกซ้อนที่โรงพยาบาลอีกครั้งและช่วงที่ผู้ดูแลเองเกิดความเครียดสะสมส่วนตัว³ และจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกสิ้นหวังจากการดูแลคือ ความเครียดของญาติผู้ดูแลเอง ระยะเวลาที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่ยาวนาน การที่ญาติผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และการไม่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว⁵ ดังนั้น ญาติผู้ดูแลที่เกิดความรู้สึกสิ้นหวังบ่อยครั้ง จะส่งผลอย่างน้อยที่สุดคือไม่อยากดูแลผู้ป่วย และอาจส่งผลกระทบที่รุนแรงคือทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้³⁻⁴

ความสิ้นหวังที่เกิดขึ้นกับญาติผู้ดูแลที่ต้องเผชิญกับความเครียดทางจิตใจอย่างรุนแรง นำไปสู่ความรู้สึกหมดหวัง จึงไม่ควรถูกมองข้าม มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องค้นหาวิธีการในการสร้างความหวังหรือลดความรู้สึกสิ้นหวังให้กับญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีความสุข จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า วิธีการที่จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกมีความหวังขึ้น ตามมุมมองประสบการณ์ของญาติผู้ดูแลเอง ได้แก่ การให้สมาชิกคนอื่นในบ้านช่วยแบ่งเบาภาระการดูแล ให้ได้พักผ่อนและมีเวลาส่วนตัว การปรับวิธีคิดสร้างแรงจูงใจของตนเอง การสร้างพลังให้กับตนเอง รวมถึงการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินการของโรค เป็นต้น³ ส่วนผลการวิจัยที่ผ่านมา ที่ทำการศึกษาวิธีการต่างๆ ที่ช่วยเพิ่มความหวังหรือลดความรู้สึกสิ้นหวัง ได้แก่ การนำเอาหลักพุทธศาสนามาช่วยในการลดความรู้สึกสิ้นหวังในผู้รอดชีวิตจากมะเร็งเต้านม⁶ หรือการนำเอาการฝึกความเห็นอกเห็นใจตนเองมาเพิ่มความหวังในผู้ดูแลเด็กที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง⁷ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันพบว่า มีงานวิจัยจำนวนน้อยที่ศึกษาถึงวิธีการลดความรู้สึกสิ้นหวังหรือบรรเทาภาวะจิตใจทางอารมณ์เหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดความรู้สึกสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁵ พบว่าการลดความเครียดและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองให้กับญาติผู้ดูแล⁵ ผู้วิจัยจึงออกแบบโปรแกรมเพื่อลดความรู้สึกสิ้นหวังให้



กับญาติผู้ดูแลโดยประยุกต์ใช้ 2 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson⁸ มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบโปรแกรมเพื่อลดความสิ้นหวังให้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เนื่องจากการเสริมสร้างพลังอำนาจจะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการตระหนักถึงคุณค่าของตนเองได้⁹ และการเสริมสร้างพลังอำนาจยังช่วยให้ญาติผู้ดูแลได้พัฒนาศักยภาพและขีดความสามารถของตนเอง ในการควบคุม ตัดสินใจ เลือก หรือจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วยได้ จนเกิดความรู้สึกลึกซึ้งในด้านบวกให้กับตนเองเพื่อการเปลี่ยนแปลงตนเองในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับวิธีการสร้างความหวังตามประสบการณ์ของญาติผู้ดูแลที่พบว่า การสร้างพลังให้กับตนเองสามารถลดความสิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้³ และผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้การให้คำปรึกษา¹⁰ มาใช้ในการออกแบบโปรแกรมในครั้งนี้ด้วย เนื่องจากการให้คำปรึกษานั้นเป็นกระบวนการที่ให้ความช่วยเหลือญาติผู้ดูแล ผ่านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับการปรึกษาเพื่อให้เข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหาและนำไปสู่การตัดสินใจและแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเองในทางที่เหมาะสมได้ ญาติผู้ดูแลที่เกิดความรู้สึกสิ้นหวังซึ่งเป็นความรู้สึกลบทางใจแล้ว จำเป็นต้องได้รับการให้คำปรึกษาร่วมด้วย การได้ประยุกต์ใช้ทั้ง 2 ทฤษฎีในการออกแบบโปรแกรมการวิจัยครั้งนี้ จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลเผชิญกับเหตุการณ์ในด้านลบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้ สามารถจัดการกับการรับรู้เชิงลบที่เกิดขึ้นในตนเอง และลดความรู้สึกสิ้นหวังได้ นำไปสู่การเกิดความสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีคุณภาพ และส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่ดีและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

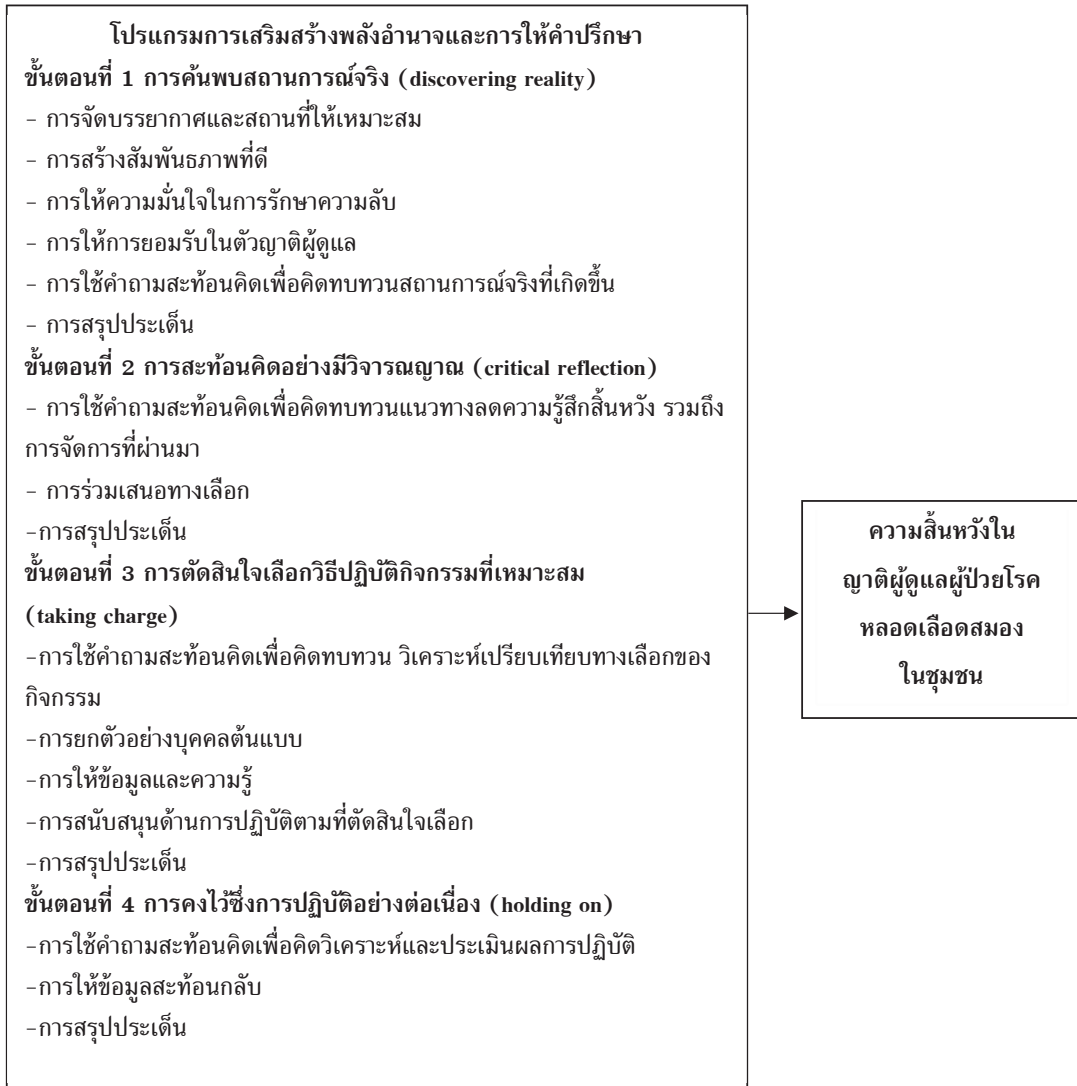
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้สึกสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้สึกสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษากับกลุ่มที่ได้รับการให้คำแนะนำตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกสิ้นหวังหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษามีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกสิ้นหวังหลังการทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้คำแนะนำตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson⁸ ร่วมกับการประยุกต์ใช้กระบวนการให้คำปรึกษา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ two groups pre-test post-test design

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 32 คน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์จำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .95 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .60 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลที่มาจากงานวิจัยผลของ วันเพ็ญ เศรษฐรัตนานนท์¹¹ เรื่องผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และเมื่อวิเคราะห์จำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G-Power ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน คือกลุ่มทดลองจำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 32 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 64 คน ขนาดของกลุ่มตัวอย่างนี้ ช่วยให้มั่นใจได้ว่าเป็นจำนวนที่เพียงพอในการวัดความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มได้

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ simple random sampling ตาม Inclusion Criteria คือ เป็นญาติผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) โดยมีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน ไม่มีปัญหาการพูด การฟังและการติดต่อสื่อสาร สามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้และเกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้ครบทุกระยะ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร เลขที่ P-EC 02-07-66 วันที่ 24 กรกฎาคม 2566 และดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมวิจัย ได้แก่ การชี้แจงวัตถุประสงค์รวมถึงกระบวนการขั้นตอนของการวิจัย สิทธิประโยชน์และผลที่อาจเกิดจากการเข้าร่วมการวิจัย การสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย การไม่บังคับในการเข้าร่วมวิจัย การเคารพในสิทธิส่วนบุคคล การเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก การซักถามข้อสงสัย การยุติการเข้าร่วมวิจัยเมื่อเกิดความไม่สบายใจ การไม่เปิดเผยชื่อ การเก็บรักษาความลับ การให้คำปรึกษาเมื่อเกิดความรู้สึกในด้านลบขณะดำเนินการวิจัย และการจัดโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจและการให้คำปรึกษาให้กับกลุ่มควบคุม ภายหลังการเสร็จสิ้นการวิจัย

เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา ซึ่งนักวิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดของโปรแกรม 4 ขั้นตอน (ระยะเวลา 4 สัปดาห์) ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง (discovering reality) ประกอบด้วยกิจกรรมการจัดบรรยากาศและสถานที่ให้เหมาะสม การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การให้ความมั่นใจในการรักษาความลับ การให้การยอมรับในตัวตนของผู้ดูแล การใช้คำถามสะท้อนคิดเพื่อคิดทบทวนสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้น และการสรุปประเด็น ซึ่งจะดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection) ประกอบด้วยการใช้คำถามสะท้อนคิดเพื่อคิดทบทวนแนวทางลดความรู้สึกสิ้นหวัง รวมถึงการจัดการที่ผ่านมา การร่วมเสนอทางเลือกและการสรุปประเด็น ซึ่งจะดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (taking charge) ประกอบด้วยการใช้คำถามสะท้อนคิดเพื่อคิดทบทวน วิเคราะห์เปรียบเทียบทางเลือกของกิจกรรม การยกตัวอย่างบุคคลต้นแบบ การให้ข้อมูลและความรู้ การสนับสนุนด้านการปฏิบัติตามที่ตัดสินใจเลือกและสรุปประเด็น ซึ่งจะดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (holding on) ประกอบด้วยการใช้คำถามสะท้อนคิดเพื่อคิดวิเคราะห์และประเมินผลการปฏิบัติ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับและสรุปประเด็น ซึ่งจะดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2-4

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมี 3 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้



ต่อเดือน อาชีพปัจจุบัน สถานภาพสมรส ศาสนา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เคยดูแล รายได้ของครอบครัว บุคคลในครอบครัวที่ต้องดูแลนอกเหนือจากผู้ป่วย จำนวนผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย (ญาติผู้ดูแลเอง) กิจกรรมการดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพก่อนการเจ็บป่วย สถานภาพสมรส ศาสนา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนที่พบ ยาที่ได้รับ เป็นต้น

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความลึกลับของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ซึ่งดัดแปลงจากณวัชรวิทย์ พิระถาวรวิทย์, ภาวินี แพงสุข, ชลดา กิ่งมาลา, และศุภวรรณ ชิมทอง⁵ แบบสอบถามมี 30 ข้อ แบ่งเป็น ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 16 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 14 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวกถ้าตอบ “ใช่” ให้คะแนน 0 คะแนน ในการตอบข้อคำถามเชิงลบ ถ้าตอบ “ใช่” ให้คะแนน 1 คะแนน คะแนนมาก หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความลึกลับมาก คะแนนน้อย หมายถึง ญาติผู้ดูแลมีความลึกลับน้อย คะแนนสูงสุด 30 คะแนน คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน มีเกณฑ์ในการให้คะแนน ตามเกณฑ์การแบ่งคะแนนของอนวัติ คุณแก้ว¹² ได้แก่ 19-30 คะแนน มีความลึกลับในระดับมาก 11-18 คะแนน มีความลึกลับในระดับปานกลาง และ 0-10 คะแนน มีความลึกลับในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการเก็บข้อมูล โดยตรวจสอบ content validity เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและความเหมาะสมของการใช้ภาษา โดยพยาบาลวิชาชีพและอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ 1 จากนั้น ตรวจสอบ Reliability โดยนำแบบสอบถามงานวิจัยไปทดลองใช้ กับญาติผู้ดูแลที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ปรับปรุงแก้ไขและตรวจสอบค่า Reliability ของแบบสอบถามความลึกลับของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนทั้งหมด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .73 และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโปรแกรมการวิจัย โดยตรวจสอบ content validity โดยพยาบาลวิชาชีพและอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาและเสริมพลังอำนาจ และได้ดำเนินการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือและขอความร่วมมือในการแจ้งรายชื่อญาติผู้ดูแลและชื่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์เพื่อหาอาสาสมัครที่ประสงค์เข้าร่วมการดำเนินการวิจัย ตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 32 คน ดำเนินการประสานงานกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยและดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย โปรแกรมการวิจัยและขั้นตอนการวิจัย ทั้ง 4 สัปดาห์และเปิดโอกาสให้ทีมวิจัยซักถามข้อสงสัย ดำเนินการนัดหมายและประสานงานเรื่องการจัดเตรียมสถานที่ที่เหมาะสมในการดำเนินการวิจัยตามรายละเอียดของโปรแกรมล่วงหน้าก่อนวันดำเนินการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างเลือกใช้สถานที่ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อถึงวันดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการสำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. ในสัปดาห์ที่ 1 (วันที่ 1) ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนการวิจัยและชี้แจงจริยธรรมในการวิจัยแก่ควบคุมและกลุ่มทดลองอีกครั้ง จากนั้น เก็บข้อมูลวิจัยโดยสอบถามตามแบบสอบถามการวิจัยก่อนการดำเนินการวิจัยทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2. ในสัปดาห์ที่ 1 วันถัดไป ผู้วิจัยดำเนินการตามรายละเอียดของโปรแกรมการวิจัยในขั้นตอนที่ 1-3 ตามรายละเอียดของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างตามรายละเอียดของโปรแกรมในขั้นตอนที่ 1-3 ให้กับกลุ่มทดลอง



3. ในสัปดาห์ที่ 2-3 ผู้วิจัยดำเนินการติดตามตามโปรแกรมการวิจัยอย่างต่อเนื่องในขั้นตอนที่ 4 ให้กับกลุ่มทดลอง

4. ในสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยดำเนินการติดตามตามโปรแกรมการวิจัยอย่างต่อเนื่องในขั้นตอนที่ 4 และดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม หลังการดำเนินการวิจัย ให้กับกลุ่มทดลอง ตรวจสอบแบบสอบถามและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

5. การจัดการเรียนรู้สำหรับกลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 1-4 ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมได้รับการให้คำแนะนำแบบปกติ และผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามวิจัยหลังการดำเนินการวิจัยในสัปดาห์ที่ 4 และเมื่อดำเนินการวิจัยเสร็จแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจและการให้คำปรึกษาให้กับกลุ่มควบคุมภายหลังการเสร็จสิ้นการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วยค่าร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยโดยใช้สถิติ Independent t-test เพื่อเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่ม และ paired t-test เพื่อตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่มทดลองเมื่อเวลาผ่านไป และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนใช้สถิติ เพื่อหาลักษณะของการแจกแจงแบบโค้งปกติ ซึ่งพบว่าตัวแปรที่ศึกษาแจกแจงเป็นโค้งปกติและเป็นไปตามข้อตกลงในการใช้สถิติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.25 และ 65.62) มีอายุเฉลี่ย 51.44 ปี (SD=11.08) และ 55.28 ปี (SD=13.10) มีระดับการศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 46.88 และ 71.88) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 68.75 และ 71.88) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในช่วง 1 ปี (ร้อยละ 40.63 และ ร้อยละ 15.63) และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน (ร้อยละ 96.88 และ 96.88)

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้สึกล้นหว้งในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความสิ้นหวังของญาติผู้ดูแลก่อนการได้รับโปรแกรม ในกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีความสิ้นหวังจากการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.26 และในกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่มีความสิ้นหวังจากการดูแลอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ร้อยละ 43.75 และระดับความสิ้นหวังของญาติผู้ดูแลหลังการได้รับโปรแกรม ในกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีความสิ้นหวังจากการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.00 และในกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่มีความสิ้นหวังจากการดูแลอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ร้อยละ 56.25 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับความสิ้นหวังของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรม (n=64)

ระดับความสิ้นหวัง	กลุ่มทดลอง (n=32)				กลุ่มควบคุม (n=32)			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มาก	7	21.87	1	3.12	10	31.25	4	12.50
ปานกลาง	18	56.26	16	50.00	14	43.75	18	56.25
น้อย	7	21.87	15	46.88	8	25.00	10	31.25
	(Min=4, Max=26, Mean=15.06, SD=5.18)		(Min=3, Max=19, Mean=10.31, SD=3.36)		(Min=5, Max=29, Mean=15.38, SD=6.14)		(Min=4, Max=25, Mean=13.28, SD=4.97)	

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้สึกสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกสิ้นหวังหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = -9.86, p = .00$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้สึกสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษาโดยใช้สถิติ Paired t -test

ความสิ้นหวังของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	Mean	SD	t	p
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	15.06	5.18		
หลังการทดลอง	10.31	3.36	-9.86	.00

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้สึกสิ้นหวังระหว่างญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา

ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกสิ้นหวังหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้คำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 2.79, p = .007$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความรู้สึกสิ้นหวังในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา โดยใช้สถิติ Independent t-test

ตัวแปร	Mean	S.D.	t	p
กลุ่มทดลอง	10.31	3.36		
กลุ่มควบคุม	13.28	4.97	2.79	.007



อภิปรายผล

1. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกสิ้นหวังหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ทั้งนี้เนื่องจาก ญาติผู้ดูแลได้รับเป็นโปรแกรมที่เสริมสร้างพลังอำนาจและให้คำปรึกษากับญาติผู้ดูแลที่กำลังเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง โดยนำพาญาติผู้ดูแล 1) ค้นหาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจนทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวังขึ้น จนสามารถค้นหาประเด็นสถานการณ์และสาเหตุที่ชัดเจน 2) พุดคุยสะท้อนคิดเกี่ยวกับแนวทางหรือวิธีการในการแก้ไขปัญหาในแต่ละสาเหตุของทุกเหตุการณ์ รวมถึงวิธีการเชิงบวกที่จะช่วยลดความสิ้นหวังได้ 3) พุดคุยถึงข้อมูล ความรู้ ยกตัวอย่าง และพุดคุยสะท้อนคิดทบทวน เปรียบเทียบวิธีการทั้งหมดและตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้จริง 4) สนับสนุน ติดตามและให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติตามแนวทางที่เลือก รวมถึงประเมินผลแนวทางที่เลือก ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นการช่วยเหลือญาติผู้ดูแลในการยอมรับและแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง จนเกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเอง^{8,13-14} เกิดความยืดหยุ่นในตนเอง ช่วยให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและมีลดความรู้สึกสิ้นหวังลงได้⁹ และญาติผู้ดูแลยังได้รับการให้คำปรึกษาผ่านกระบวนการทำความเข้าใจปัญหา การตั้งเป้าหมาย การเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา การลงมือการแก้ไขปัญหาและการสรุปผลการแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ความช่วยเหลือบุคคล ผ่านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับการปรึกษาเพื่อให้เข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหาและนำไปสู่การตัดสินใจและแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ลดความเครียดทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกทางบวกและลดความรู้สึกสิ้นหวังลงได้¹⁰ การบูรณาการโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษาจึงสามารถช่วยลดความสิ้นหวังของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนได้ งานวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถเพิ่มความหวังให้กับญาติผู้ดูแล ทำให้ญาติผู้ดูแลรับรู้และยอมรับอารมณ์เชิงลบ ได้สำรวจการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของตนเอง และลดความเครียดทางจิตใจได้ญาติผู้ดูแลได้¹⁵⁻¹⁶

2. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกสิ้นหวังหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้คำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ทั้งนี้เนื่องจาก ญาติผู้ดูแลได้รับเป็นโปรแกรมที่เสริมสร้างพลังอำนาจและให้คำปรึกษากับญาติผู้ดูแลที่กำลังเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ผ่านการ 1) ค้นหาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจนทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวังขึ้น จนสามารถค้นหาประเด็นสถานการณ์และสาเหตุที่ชัดเจน 2) พุดคุยสะท้อนคิดเกี่ยวกับแนวทางหรือวิธีการในการแก้ไขปัญหาในแต่ละสาเหตุของทุกเหตุการณ์ รวมถึงวิธีการเชิงบวกที่จะช่วยลดความสิ้นหวังได้ 3) พุดคุยถึงข้อมูล ความรู้ ยกตัวอย่าง และพุดคุยสะท้อนคิดทบทวน เปรียบเทียบวิธีการทั้งหมดและตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมและสามารถปฏิบัติได้จริง 4) สนับสนุน ติดตามและให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติตามแนวทางที่เลือก รวมถึงประเมินผลแนวทางที่เลือก เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองและความสามารถในการเผชิญปัญหาของบุคคล ตระหนักถึงความสามารถและคุณค่าของตนเองนำไปสู่การลดความรู้สึกหมดหวัง (hopelessness) ได้¹⁷ และการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้¹⁸ และญาติผู้ดูแลได้รับการให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ความช่วยเหลือบุคคล ผ่านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับการปรึกษาเพื่อให้เข้าใจตนเอง เข้าใจปัญหาและนำไปสู่การตัดสินใจและแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง¹⁰ กระบวนการให้การปรึกษาแบบสร้างศักยภาพ (empowerment counseling) จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีสติปัญญา และมีความสามารถที่จะแก้ปัญหาของตนเองได้¹³ ผลการวิจัยนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้คะแนนเฉลี่ยความหวังของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนความหวังสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.001$ ¹⁵



ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลและผู้ให้บริการบริการด้านสุขภาพ ควรนำเทคนิคการเสริมสร้างพลังอำนาจและการให้คำปรึกษา มาผนวกเข้ากับโปรแกรมสนับสนุนญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โดยเน้นการสร้างความยืดหยุ่นทางอารมณ์และทักษะการตัดสินใจแก่ผู้ดูแล
2. พัฒนาระบบสนับสนุนญาติผู้ดูแลในชุมชน ให้สามารถเข้าถึงบริการด้านการให้คำปรึกษา ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจและการส่งเสริมสุขภาพจิต
3. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายความร่วมมือในระดับชุมชน เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการเป็นส่วนหนึ่งของการเป็นผู้เสริมสร้างพลังอำนาจและให้คำปรึกษา ญาติผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมองหรือญาติผู้ดูแลโรคเรื้อรังอื่น ๆ
4. ผู้กำหนดนโยบายควรพิจารณาการใช้เทคโนโลยีสร้างโปรแกรมให้คำปรึกษาในชุมชน เพื่อลดความล้นหลามจากการดูแลผู้ป่วยของญาติผู้ดูแล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ ได้รับทุนสนับสนุนการดำเนินการวิจัยจากสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ขอขอบพระคุณทางสมาคมเป็นอย่างยิ่งที่ได้มอบโอกาสให้กับนักวิจัยในการดำเนินการวิจัยเพื่อประโยชน์ต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

References

1. World Health Organization. Stroke, Cerebrovascular accident [internet]. 2024 [cited 6 October 2024]. Available from: <http://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html>.
2. Tiamkao S. Situation cerebrovascular disease. Thai journal of Neurology 2021;37(4):59–71. (in Thai)
3. Pangsuk P, Kingmala C, Peerathawornwit N. Hopelessness experience of family caregivers of patients with stroke. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2024;34(1):160–73. (in Thai)
4. Chayawatto C. Depression in the caregivers of stroke patients. Region 4–5 Medical Journal 2016;35(1):14–27.(in Thai)
5. Peerathawornwit N, Pangsuk P, Kingmala C, kimthong S. Factors related to hopelessness of family caregivers of patients with stroke in community. Nursing Journal of the Ministry of Public Health 2024;34(3):26–39.(in Thai)
6. Bannaasan B, Pothiban L. Hopelessness of cancer survivors. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2018;32(2):1–12.(in Thai)
7. Khosrobeigi M, Hafezi F, Naderi F, Ehteshamzadeh P. Effectiveness of self-compassion training on hopelessness and resilience in parents of children with cancer. Explore 2022;18(3):357–61.
8. Udonsat S, Chananin Y, Bundasak T. Nursing care for empowerment of family caregivers of elderly with stroke. Royal Thai Navy Medical Journal 2020;48(2):458–72.(in Thai)
9. 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)



10. Vuttinunt P, Phophichit N. Counseling approach based on behavioral theory. *Buddhist Psychology Journal* 2021;6(1):9-18.(in Thai)
11. Chetratanon W. Effective of empowerment program to care giving burden patient of cerebrovascular disease 2013;3(2):148-55.(in Thai)
12. Khunkaew A. Statistics for research. Bangkok: Chulalongkorn University Press. 2019.
13. Juntapim S. Mental health counseling for feminist empowerment: application. *Journal of Nursing and Health Care* 2021;30(3):14-23.(in Thai)
14. Panthong P, Phatisena T. The empowerment of caregivers for rehabilitation of stroke patients at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital. *Journal of the office of disease prevention and control 9 Nakhon Ratchasima* 2018;24(2):57-66.(in Thai)
15. Jangsuntia P, Nabkasorn C. The effect of drawing program in fostering on hope with attempted suicide patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2018;19(special):343-53.(in Thai)
16. Liu T, Zhang R, Yao H, Que L, Bai W. Efficacy of an emotion and stress management program based on empowerment theory on family caregivers of stroke survivors. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 2024;41(2):494-500.
17. Dharma KK, Damhudi D, Yarden N, Haeriyanto S. Caregiver empowerment program based on the adaptation model increase stroke family caregiver outcome. *Frontiers Nursing* 2021;8(4):419-28. (in Thai)
18. Jitprasert T, Pjornphibul P, Yothayai C. Empowering caregivers of persons with spinal cord injury: a case study. *Nursing Journal CMU* 2022;49(4):163-78.(in Thai)