

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจและการมีส่วนร่วม
ของครอบครัวและชุมชนต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค
ในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง:
กรณีศึกษา ตำบลบ้านพร้าว อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง
**The Empowerment of Family and Community Participation
Model for Health Behavioral Modification to Prevent
Cerebrovascular Disease Among at Risk Group:
A Case Study at Ban Phrao Sub-district, Pa Phayom District,
Phatthalung Province**

สุดศิริ หิรัญชุนหา^{1*} วณิภา ทับเที่ยง² มณฑา ทองดำสิง³
Sudsiri Hirunchunha^{1*} Wanipa Tubtheing² Montha Thongtumlueng³
อ้อยฤทัย สุรีย์เหลืองขจร⁴ กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์⁵
Oiruethai Sureluangkhajorn⁴ Karnsunaphat Balthip⁵

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ จังหวัดพัทลุง

¹Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thaksin University, Phatthalung, Thailand.

²อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ จังหวัดพัทลุง

²Lecturer, Faculty of Nursing, Thaksin University, Phatthalung, Thailand.

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดิ่งชัน จังหวัดพัทลุง

³Registered Nurse, Professional Level, Bantalingchan Health Promotion Hospital, Phatthalung, Thailand.

⁴พยาบาลวิชาชีพชำนาญ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อทราย จังหวัดพัทลุง

⁴Registered Nurse, Professional Level, Banbosai Health Promotion Hospital, Phatthalung, Thailand.

⁵รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

⁵Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

*ผู้รับผิดชอบหลัก: hsudsiri@gmail.com

*Corresponding author: hsudsiri@gmail.com

Received 24 April 2020 • Revised 11 March 2021 • Accepted 16 March 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และพัฒนา รูปแบบการสร้างพลังอำนาจ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเพื่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง ผู้ให้ข้อมูล 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มเสี่ยง 42 ราย 2) ครอบครัวกลุ่มเสี่ยง 42 ราย 3) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 ราย และ 4) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ประกอบด้วย 1) ลดเค็ม เพิ่มผัก 2) ออกกำลังกาย 3) รับประทานยาลดความดันโลหิต และ 4) ร่วมกิจกรรมกับชุมชน ส่วนการพัฒนา รูปแบบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) สร้างสัมพันธภาพที่ดีและความไว้วางใจ 2) สร้างพลังใจ เดินสู่เป้าหมาย 3) รวมพลังครอบครัว และ 4) รวมแรงสนับสนุนจากชุมชน รูปแบบที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถเป็นแนวทางให้กับบุคลากรทางสุขภาพ สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ไปใช้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลในชุมชนให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: การสร้างเสริมพลังอำนาจ; การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน; พฤติกรรมสุขภาพ; กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

Abstract

This participatory action research aimed to understand the health behaviors for preventing cerebrovascular disease (CVD) among at-risk groups, and to develop a model for empowering and enhancing family and community participation in behavior modification to prevent CVD among at-risk groups. The participants comprised four groups: 1) 42 individuals who were at high risk of CVD; 2) 42 family members of individuals who were at high risk of CVD; 3) two registered nurses working at the primary care center; and 4) 10 healthcare volunteers. Data were collected through in-depth interviews and focus group discussions. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics. Qualitative data were analyzed using content analysis. The results showed that the health behaviors on CVD preventing consisted of four strategies: 1) reducing salt consumption and eating more vegetables, 2) doing exercise, 3) taking hypertension medication, and 4) participating in community activities. The model for empowering and enhancing family and community participation in behavior modification to prevent CVD comprised four steps: 1) building relationship and trust, 2) empowering and moving toward the goal, 3) synergizing the power of family, and 4) integrating support from the community. The model developed in this study provides a base guideline for healthcare providers at primary care centers to improve prevention of stroke for individuals in the community.

Keywords: empowerment; family and community participation; health behavior; high risk of stroke

ความเป็นมาของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว ทำให้ประชาชนมีวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลง ประชาชนมีวิถีชีวิตที่รีบเร่งและแข่งขัน ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนไป ขาดการดูแลสุขภาพ ทำให้มีแนวโน้มการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เป็นสาเหตุของการตายและความพิการเพิ่มขึ้นทั่วโลกเช่นเดียวกับประเทศไทย ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองคือโรคความดันโลหิตสูง¹ จากการศึกษาอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มช่วงอายุวัยทำงาน คือ กลุ่มอายุ 15-39 ปี กลุ่มอายุ 40-49 ปี และกลุ่มอายุ 50-59 ปี มีอัตราที่เพิ่มขึ้นทุกกลุ่มอายุเช่นกัน² กลุ่มนี้จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่เกิดโรคหลอดเลือดสมองจากการศึกษา พบว่า โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูงเป็นอันดับสองรองจากโรคเบาหวาน องค์การอนามัยโลกได้ทำนายไว้ว่าในปี พ.ศ. 2573 ประชากรโลกจำนวน 23 ล้านคนจะเสียชีวิตจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจได้ร้อยละ 85 โดยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา³ การเกิดโรคหลอดเลือดสมองย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้นการป้องกันโรคจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3 อันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน และผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองหรือภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว⁴ ความดันโลหิตสูงจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) และโรคสมองขาดเลือด (ischemic stroke) ทั้งนี้ความตระหนักและความรู้เกี่ยวกับโรคเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการเกิดโรค จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่มีความตระหนักและความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่ในระดับต่ำ สาเหตุมาจากทั้งกลุ่มที่มีความรู้แต่ไม่ปฏิบัติและกลุ่มที่ไม่รู้ว่าตนเองมีความเสี่ยง สำหรับกลุ่มที่มีความรู้แต่ไม่ปรับพฤติกรรมสุขภาพมักเป็นกลุ่มที่มีโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง กลุ่มนี้มักมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญคือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการจัดการกับความเครียด^{1,5} จากการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวไม่เพียงพอ รับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนอาจเกิดขึ้น

จากการควบคุมโรคไม่ได้รับระดับต่ำ ไม่สนใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมขาดแรงจูงใจและความมุ่งมั่นในลดปัจจัยเสี่ยงจากการศึกษา ยังพบว่า สาเหตุหนึ่งอาจเกิดจากความจำเป็นทางเศรษฐกิจ ลักษณะของอาชีพ หรือมีปัญหาในครอบครัว ผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง พบว่า การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนการรับรู้อาการเตือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค⁴ นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ภาพรวมเกี่ยวกับโรคและปัจจัยเสี่ยง อาการนำ การรักษาโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เช่นกัน⁶ ส่วนกลุ่มที่ไม่รู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ไม่รู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง รับรู้ว่าการรับปรึกษาสามารถควบคุมโรคได้ จึงขาดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ บางส่วนของกลุ่มที่มีความเสี่ยงนี้เป็นกลุ่มที่รับรู้ว่าจะตนเองมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว จึงมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่นเดิม เนื่องจากความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นภาวะอยู่ในระยะไม่ปรากฏอาการจึงทำให้เข้าใจว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรง

ด้วยนโยบายกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ด้านการพัฒนา และเสริมสร้างศักยภาพคน ในการสร้างเสริมให้คนมีสุขภาพที่ดี และแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข จังหวัดพัทลุงในการเพิ่มอัตราผู้ป่วยควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50⁷ เพื่อการป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ จากสถิติการเกิดความเจ็บป่วยที่เข้ามารักษาเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง ช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2557 ถึง พ.ศ. 2559 พบว่า สาเหตุการป่วยอันดับแรกคือ ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ นำ จำนวน 30,838 42,800 และ 45,992 คนต่อแสนประชากร ตามลำดับ และมีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ข้อมูลจากตำบลบ้านพร้าว อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง พบว่า มีกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ระดับเสี่ยงสูงถึงระดับเสี่ยงสูงอันตรายถึงร้อยละ 23.80 ของจำนวนประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดทั้งหมด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบความร่วมมือระหว่างผู้ใช้บริการที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ครอบครัวและชุมชน ในการปรับ

พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้การสร้างเสริมพลังอำนาจ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้กลุ่มเสี่ยงนี้เกิดความตระหนักต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การสร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลเกิดการคิดวิเคราะห์ ตระหนักถึงปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา เป็นกระบวนการที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางบวกระหว่างกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกับแรงสนับสนุนของสังคม^๘ ได้แก่ ครอบครัวและชุมชน การศึกษาครั้งนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research)^๙ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน อันได้แก่พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) และครอบครัว ร่วมกันสร้างเสริมพลังอำนาจแก่กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เกิดพลังใจในการปรับพฤติกรรม อันนำไปสู่พฤติกรรมที่ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองต่อไป

คำถามการวิจัย

พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพ และพัฒนาแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนเพื่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

รูปแบบการศึกษา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาของครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ของ Gibson^๘ เป็นกลวิธีในการสร้างพลังใจที่เข้มแข็งภายในตัวของกลุ่มเสี่ยง^{๑๐} การสร้างเสริมพลังอำนาจของ Gibson^๘ เป็นกระบวนการที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ทางบวกระหว่างพยาบาลกับกลุ่มเสี่ยงการทำงานร่วมกันและการมีส่วนร่วม เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเกิดการคิดวิเคราะห์ ตระหนักถึงปัญหาและสาเหตุของปัญหาทำให้เกิดแนวทางการแก้ปัญหา เกิดความตระหนักในศักยภาพ

ของตนเองในการดูแลสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จำเป็นต้องตระหนักถึงอันตรายที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เห็นถึงความสำคัญของการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค และเกิดความมุ่งมั่นในการปรับพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาปัญหา 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ถูกต้อง การศึกษาครั้งนี้ ยังใช้กลวิธีการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมอีกด้วย^๙ ครอบครัวเป็นเครือข่ายแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการเอาใจใส่ให้ความรู้ คำแนะนำ ช่วยเหลือและเป็นที่ปรึกษาเป็นส่วนส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงและครอบครัว มีกำลังใจและเกิดความมุ่งมั่นในการปรับพฤติกรรม

วิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองทั้งที่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้และควบคุมไม่ได้ และครอบครัว คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ผู้ที่อายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ โดยมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย มากกว่า 140/90 mmHg (ศึกษาระยะที่ 1 และ 2) และ กลุ่มที่ควบคุมได้ ค่าเฉลี่ย 2 ครั้งสุดท้าย ไม่เกิน 140/90 mmHg (ศึกษาระยะที่ 1) และ 2) ครอบครัวของกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน เช่น สามีหรือภรรยาบิดาหรือภรรยา ญาติสายตรง เป็นต้น และอาศัยอยู่บ้านเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน การศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็นระยะที่ 1 กลุ่มผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ กลุ่มละ 15 ราย ระยะที่ 2 กลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ 12 ราย ในส่วนครอบครัวผู้รับบริการ ระยะที่ 1 และ 2 มีจำนวน 30 ราย และ 12 ราย ตามลำดับ สำหรับผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลวิชาชีพและอสม. นั้น คัดเลือกโดยคุณสมบัติ เป็นผู้รับผิดชอบดูแลกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสอบถาม ประกอบด้วย 1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ยาที่รับประทานเป็นประจำ การมาพบแพทย์ ประวัติการเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา ประวัติการสูบบุหรี่และสุรา ประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ประวัติการตรวจสุขภาพครั้งล่าสุด และการประเมินน้ำหนักในวันสัมภาษณ์ 1.2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ดัดแปลงจาก Kumpangkoew, Somboontanant and Leelahakul⁴ มี 18 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คะแนน 0 คือไม่เคยปฏิบัติ คะแนน 1 คือ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง คะแนน 2 คือ ปฏิบัติบ่อยครั้ง และคะแนน 3 คือ ปฏิบัติเป็นประจำ 0-54 คะแนน การแปลผล ปฏิบัติระดับต่ำ คือคะแนนระหว่าง 0-18 ปฏิบัติระดับปานกลาง คือ คะแนนระหว่าง 19-36 และ ปฏิบัติระดับสูง คือ คะแนนระหว่าง 37-54 1.3 แบบสอบถามความรู้โรคหลอดเลือดสมองของ Saeko and Jitpanya¹¹ ข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ ได้ 1 คะแนน และ ไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน แปลผลคะแนน ระดับความรู้ต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-7 คะแนน) ระดับปานกลาง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 (8-10 คะแนน) ระดับความรู้มาก คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (11-13 คะแนน) และ 1.4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง ดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของ Kumpangkoew, Somboontanant and Leelahakul⁴ จำนวน 18 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ คะแนน 0 คือไม่เคยปฏิบัติ คะแนน 1 คือ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง คะแนน 2 คือ ปฏิบัติบ่อยครั้ง และคะแนน 3 คือ ปฏิบัติเป็นประจำ รวม 54 คะแนน การแปลผล ปฏิบัติระดับต่ำ คือคะแนนระหว่าง 0-18 ปฏิบัติระดับปานกลาง คือ คะแนนระหว่าง 19-36 และ ปฏิบัติระดับสูง คือ คะแนนระหว่าง 37-54

2. แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2.1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่เป็นครอบครัวกลุ่มเสี่ยง และ 2.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม การมีส่วนร่วม

ของชุมชนในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง จากผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และ อสม.

การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การหาค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity): ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม 3 ชุด และแบบสัมภาษณ์ 2 ชุด ดังนี้ 1) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 2) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัว 3) แบบสอบถามความรู้ 4) แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมของครอบครัว และ 5) แบบสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้เชี่ยวชาญการจัดการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลชุมชน 1 ท่าน และ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 1 ท่าน จากนั้นนำผลการพิจารณาแบบสอบถามผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นรายข้อได้ค่าเฉลี่ย I-CVI เท่ากับ .90 .90 และ 1.0 ตามลำดับ ส่วนแบบสัมภาษณ์ปรับปรุงเพิ่มเติมตามข้อเสนอแนะ

2. การหาค่าความเที่ยง (reliability): ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามความรู้ และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัว ที่ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามกับกลุ่มเสี่ยงและครอบครัวที่มีลักษณะคล้ายผู้ให้ข้อมูล กลุ่มละ 10 ราย และนำมาหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่า เท่ากับ 0.88 0.81 และ 0.83 ตามลำดับ สำหรับแบบสัมภาษณ์จำนวน 2 ชุดนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงที่มีลักษณะคล้ายผู้ให้ข้อมูล จำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความชัดเจนและความเข้าใจของข้อคำถาม

จริยธรรมในการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยทักษิณ เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2561 หมายเลข COA. No TSU 2018-003 และการวิจัยนี้ ดำเนินการโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลที่เข้าร่วมโครงการทุกขั้นตอน ผู้วิจัยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล โดยพยาบาลวิชาชีพและอสม.ที่รับผิดชอบดูแลแนะนำผู้วิจัย หลังจากนั้น ผู้วิจัยแนะนำโครงการวิจัย วัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการวิจัย แก่ผู้ให้ข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายว่า การเข้าร่วมโครงการเป็นไปโดยสมัครใจ ผู้ให้ข้อมูลสามารถซักถามคำถามและ

สิ่งกังวลใจเกี่ยวกับโครงการได้ตลอดเวลา มีสิทธิในการถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา เมื่อผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลและ/หรือตอบรับโดยวาจา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมระดับปฏิบัติการ (Participatory Action Research [PAR]) โดยศึกษาตำบลบ้านพร้าว อำเภอป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง โดยขั้นตอนการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นรูปวงจรรวบรวมข้อมูล (action research spirals) ได้แก่ 1) การวางแผน (planning) 2) การปฏิบัติ (acting) 3) การสังเกต (observing) 4) การสะท้อนการปฏิบัติ (reflecting) และ 5) การปรับปรุงแผน (re-planning)⁷ การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว

คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล และเชิญเข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งทำการพิทักษ์สิทธิ สัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มเสี่ยง 30 ราย เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ควบคุมความดันโลหิตได้และไม่ได้ กลุ่มละ 15 ราย ร่วมกับทำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและแบบสอบถามความรู้ นอกจากนี้ สัมภาษณ์เชิงลึกครอบครัวกลุ่มเสี่ยงควบคุมความดันโลหิตได้และควบคุมไม่ได้ กลุ่มละ 15 ราย ร่วมกับทำแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวและแบบสอบถามความรู้ เช่นกัน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและปริมาณ ผลของการวิเคราะห์ข้อมูล ที่ผู้วิจัยนำเสนอต่อพยาบาลวิชาชีพและอสม.ปฏิบัติงานที่ รพ.สต. และร่วมสร้างรูปแบบชั่วคราว เพื่อนำไปทดลองใช้ในกิจกรรมระยะที่ 2

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจเพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว

คัดเลือกกลุ่มเสี่ยงและเชิญเข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งทำการพิทักษ์สิทธิก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประเมินพฤติกรรมสุขภาพและความรู้กลุ่มเสี่ยงและครอบครัว และสัมภาษณ์เพิ่มเติมตามข้อคำถาม ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ ผู้วิจัยร่วมกิจกรรมการให้คำปรึกษาที่คลินิกความดันโลหิตสูงของรพ.สต. ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล กรณีที่กลุ่มเสี่ยงมาตรวจพร้อมกับครอบครัว ผู้วิจัยนำครอบครัวร่วมพูดคุยพร้อมกัน

ผู้วิจัยร่วมประเมินและปรับกิจกรรมการมีส่วนร่วมของพยาบาลวิชาชีพและอสม.เดือนละ 1 ครั้ง บันทึกและ

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพภายหลังเยี่ยมบ้าน คณะผู้วิจัยสะท้อนคิดผลปฏิบัติและปรับปรุงแผนปฏิบัติการรูปแบบชั่วคราวเป็นระยะจนได้รูปแบบที่ชัดเจนจัดประชุมคณะผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพ ร่วมพิจารณารูปแบบ เมื่อวันที่ 11 พฤษภาคม 2562

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัยในประเด็นข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิจัยครั้งนี้ตรวจสอบความน่าเชื่อถือตลอดการวิจัย โดยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) โดยใช้วิธีเก็บข้อมูลหลายวิธี ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม จากกลุ่มเสี่ยง ครอบครัวกลุ่มเสี่ยง พยาบาลวิชาชีพและ อสม. และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักตรวจสอบให้ตรงความเป็นจริง

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยผู้วิจัยขีดเส้นใต้คำหลัก นำคำหลักมาจัดกลุ่มหมวดหมู่ และประมวลประเภทของข้อมูล และเสนอรูปแบบการสร้างพลังอำนาจในการปรับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เมื่อสิ้นสุดการศึกษา

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป ผู้ให้ข้อมูลเป็นกลุ่มเสี่ยงและครอบครัวกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ และอสม. ดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มเสี่ยง จำนวน 30 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.70) อายุเฉลี่ย 62.3 ปี อายุช่วง 61-70 ปี (ร้อยละ 40) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 93.30) ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 90) ส่วนใหญ่อาชีพทำสวน (ร้อยละ 56.70) รายได้พอเพียง ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 63.30) มีไขมันในเลือดสูงร่วมด้วย (ร้อยละ 80) ยาที่รับประทานเป็นประจำ ได้แก่ Enalapril Amlodipine และ Simvastatin ทุกคนพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ไม่เคยมีประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะ 1 ปีที่ผ่านมา ไม่สูบบุหรี่และดื่มสุรา ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 100) ผู้ให้ข้อมูลครอบครัว จำนวน 30 ราย พบว่า อายุเฉลี่ย 48.5 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30-40 ปี (ร้อยละ 30) เพศหญิง (ร้อยละ 70) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 73.30) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 70) อาชีพทำสวน (ร้อยละ 36.70) รายได้พอเพียง ไม่เหลือเก็บ

(ร้อยละ 63.30) มีความสัมพันธ์เป็นบุตรสาว (ร้อยละ 63.30) จำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-5 คน (ร้อยละ 86.70)

2. ผู้ให้ข้อมูลพยาบาลวิชาชีพ และอสม. พบว่า พยาบาลวิชาชีพ 2 ราย อายุ 42 ปี และ 27 ปี ระยะเวลาทำงานที่ รพ.สต. 4 ปี เท่ากันทั้งสองคน และเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้ให้ข้อมูล อสม. 10 ราย อายุช่วง 37 ปีถึง 52 ปี อายุเฉลี่ย 45 ปี ระยะเวลาทำงานเป็น อสม. ช่วง 5 ปีถึง 23 ปี เฉลี่ย 11.7 ปี ทุกคนได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดสมอง

สถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ มีดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษา ความรู้ของกลุ่มเสี่ยงทั้งที่ควบคุมความดันโลหิตได้และควบคุมไม่ได้ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีความรู้ไม่แตกต่างกัน โดยระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนระดับความรู้เฉลี่ยโดยภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.30) รองลงมา อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 43.30) กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ส่วนข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด ได้แก่ เมื่อมีอาการแสดงของโรคควรโทรไปที่หมายเลข 1669 เพื่อนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล (ร้อยละ 6.70) รองลงมา ได้แก่ การรักษาที่ได้ผลดีต้องเริ่มภายใน 3 ชั่วโมงหลังมีอาการ (ร้อยละ 13.30) นอกจากนี้ ส่วนใหญ่มีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเตือนที่ต้องรีบนำส่งโรงพยาบาลน้อย เช่นเดียวกับครอบครัวที่ขาดความรู้เกี่ยวกับอาการเตือน การขอความช่วยเหลือ และการต้องรีบส่งโรงพยาบาลเมื่อมีอาการผิดปกติ

การปรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง จากการศึกษาการปรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง ภาพรวมคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ เฉลี่ย 40.9 สามารถปฏิบัติในระดับสูง จากการวิเคราะห์พบประเด็นที่เป็นปัญหา ดังนี้

1) ด้านการรับประทานอาหารและยา จากการศึกษาสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า กลุ่มเสี่ยงทุกคนปรับการรับประทานอาหาร “ลดเค็ม เพิ่มผัก” กลุ่มเสี่ยงรับรู้ว่าภาวะความดันโลหิตสูงและไม่ควรรับประทานอาหารรสเค็ม ควรรับประทานผักเพิ่มขึ้น กลุ่มเสี่ยงรับประทานอาหารรสเค็มลดลงและรับประทานผักเพิ่มขึ้น เป็นผักสดที่ปลูกเอง อย่างไรก็ตาม จากการศึกษา พบว่า กลุ่มเสี่ยงยังคงมีการเติมน้ำปลา เครื่องปรุงรส ลงในอาหารบ้าง ยังชอบรับประทานน้ำพริก

แกงไตปลา ซึ่งเป็นอาหารภาคใต้ที่นิยมรับประทาน อาหารประเภทไขมันบ้าง นานๆ ครั้ง กลุ่มเสี่ยงส่วนหนึ่งซื้ออาหารถุงมารับประทานเป็นบางมื้อ ส่วนการรับประทานยา กลุ่มเสี่ยงรับรู้ว่าจำเป็นต้องรักษาโดยการรับประทานยาด้วยความดันโลหิตและยาลดไขมัน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเสี่ยงทุกคนรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และมาพบแพทย์ตามนัดเป็นประจำ ปัญหาที่พบ คือ รับประทานยาไม่เป็นเวลาเดียวกัน ซึ่งมีผลต่อการออกฤทธิ์ของยา ทั้งนี้ อาจเนื่องจากรูปแบบแผนการดำเนินชีวิต ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำสวนยาง ซึ่งต้องตื่นนอนและออกไปกรีดยางตั้งแต่เข้ามีดเวลาประมาณ 2.00 น. หรือ 4.00 น. มักกลับจากกรีดยางประมาณ 8.00 น. ถึง 10.00 น. ดังนั้น เวลารับประทานอาหารเช้า และรับประทานยาจึงไม่เป็นเวลาเดียวกันทุกวัน

2) ด้านการออกกำลังกายและความเครียด ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเสี่ยงส่วนน้อยที่ออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ส่วนใหญ่เดินแกว่งแขน และ เดิน ยังพบอีกว่าส่วนหนึ่งรับรู้ว่าการเดินไปกรีดยางถือเป็นการออกกำลังกาย นอกจากนี้ กลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มักออกกำลังกายไม่ถึง 30 นาที ครอบครัวมักพาเดินหลังรับประทานอาหารประมาณ 10-15 นาที สำหรับด้านความเครียด พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มเสี่ยงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีความเครียด และสาเหตุหนึ่งมาจากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ กังวลว่าวันที่มาพบพยาบาลหรือแพทย์ตามนัด จะมีระดับความดันโลหิตสูง ส่วนสาเหตุอื่น เช่น ปัญหาครอบครัว เป็นต้น ความเครียดและความวิตกกังวลส่งผลต่อการนอนไม่หลับ มีปัญหาการนอน พักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้มีอาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย และค่าระดับความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น

การมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่า ส่วนหนึ่งให้ความสนใจและห่วงใยเกี่ยวกับการควบคุมความดันโลหิต ช่วยเหลือตามความต้องการของกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ช่วยทำอาหารมาให้รับประทานบ้าง ปรุงอาหารลดเค็ม มีบ้างครั้งซื้ออาหาร ครอบครัวยุคกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป จัดอาหารรสจืดหรือเค็มน้อย ง่ายขึ้น และเป็นอาหารจำพวกปลา ครอบครัวยุคส่วนใหญ่มักจัดอาหารที่สามารถรับประทานกันทั้งครอบครัว นอกจากนี้ ยังดูแลการรับประทานยาในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุมาก ยังช่วยเหลือ รับ-ส่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อตรวจตามแพทย์นัด ครอบครัวยุคกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ไม่ทราบค่าระดับความดันโลหิต ไม่ได้สอบถาม

เกี่ยวกับระดับความดันโลหิตหรือผลการมาพบพยาบาลหรือแพทย์ ครอบครัวส่วนหนึ่งไม่ได้มีส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากกลุ่มเสี่ยงสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงภาวะเจ็บป่วย ทำให้ไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง

รูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาระยะที่ 2 กลุ่มเสี่ยง 12 ราย และครอบครัว ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มเสี่ยง เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 55 ปีถึง 79 ปี เฉลี่ย 65.3 ปี มีอาชีพทำสวนยาง 6 ราย เฝ้าถ่านขาย 1 ราย อีก 5 ราย ไม่ประกอบอาชีพ ส่วน ครอบครัว พบว่า เพศหญิง 9 ราย เพศชาย 3 ราย สัมพันธภาพ คู่สมรส 3 ราย บุตรสาว 8 ราย และหลาน 2 ราย อายุระหว่าง 35 ปีถึง 63 ปี เฉลี่ย 47.6 ปี มีอาชีพทำสวนยาง 5 ราย รับราชการ 2 ราย ค้าขาย 1 ราย แม่บ้าน 1 ราย ไม่ประกอบอาชีพ 3 ราย อาศัยบ้านเดียวกับกลุ่มเสี่ยง 8 ราย อีก 4 ราย อาศัยบ้านใกล้เคียงกัน

ผลจากการศึกษา พบว่า มี 4 ขั้นตอน (ดังภาพ 1) ดังนี้

1. **สร้างสัมพันธภาพที่ดี ความไว้วางใจ** ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีและความคุ้นเคยตั้งแต่แรกพบที่รพ.สต. และทำความคุ้นเคยกับครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงโดยอสม.พาผู้วิจัยไปบ้านครอบครัวกลุ่มเสี่ยง อสม.แนะนำผู้วิจัยกับกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว ผู้วิจัยทักทายด้วยความเป็นกันเอง ให้ความสนใจในปัญหาของกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว ฟังอย่างตั้งใจ และให้ความช่วยเหลือเท่าที่ผู้วิจัยสามารถกระทำได้

2. **สร้างพลังใจ เติบโตเป้าหมาย** เริ่มจากกลุ่มเสี่ยงมารับบริการที่คลินิกความดันโลหิตสูงและได้รับการประเมินพบว่าระดับความดันโลหิตสูงเกินเกณฑ์เป้าหมาย กลุ่มเสี่ยงพบผู้วิจัยภายหลังได้รับการตรวจจากพยาบาลวิชาชีพหรือแพทย์ร่วมวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และวางเป้าหมายในการควบคุมระดับความดันโลหิต ผู้วิจัยให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ทบทวนและให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเพิ่มเติม สะท้อนคิดเรียนรู้จากประสบการณ์ของตนเองที่เคยควบคุมความดันโลหิตได้ กำหนดวิธีการปรับพฤติกรรมด้วยตนเอง หลังจากนั้น ผู้วิจัย พยาบาลวิชาชีพ และ อสม. ที่รับผิดชอบ

ครอบครัวกลุ่มเสี่ยงร่วมเยี่ยมบ้านเป็นระยะ

3. **รวมพลังครอบครัว** การมีส่วนร่วมของครอบครัวทำให้เกิดพลังใจให้กับกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย 3.1) ร่วมรับรู้ปัญหา การมีส่วนร่วมเริ่มตั้งแต่วันที่ครอบครัวพากลุ่มเสี่ยงมาตรวจ แต่ด้วยบริบทการดำเนินชีวิตของชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่เมื่อครอบครัวมาส่งกลุ่มเสี่ยงที่ รพ.สต. แล้วมักไปทำงานหรือไปทำธุระ และกลับมารับกลุ่มเสี่ยงกลับบ้าน ครอบครัวส่วนใหญ่จึงไม่ได้นั่งรอขณะกลุ่มเสี่ยงรับการตรวจจากพยาบาลวิชาชีพหรือแพทย์ ผู้วิจัยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม โดยร่วมพูดคุยร่วมกับกลุ่มเสี่ยงเกี่ยวกับผลการตรวจก่อนรับกลับบ้าน ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาของการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และหาแนวทางการแก้ปัญหาาร่วมกัน สำหรับครอบครัวที่ไม่สามารถพบผู้วิจัยที่คลินิกความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยขออนุญาตและติดตามไปพูดคุยที่บ้าน 3.2) ร่วมรับรู้สมาชิกในครอบครัวเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาต อัมพฤกษ์ การให้ครอบครัวรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยดำเนินการ 1) ให้ข้อมูลเรื่องโรคเพิ่มเติม เน้นความรู้เกี่ยวกับอาการเตือน การช่วยเหลือเมื่อมีอาการ ผิดปกติ การต้องรีบพามารักษาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการ และการขอความช่วยเหลือจาก 1669 รวมถึง การปรับพฤติกรรม และวิธีการมีส่วนร่วมอื่นที่ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมนอกเหนือจากเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย นอกจากนี้ ยังเน้นถึงความเสี่ยงการเกิดโรคที่อาจเกิดกับทุกคนในครอบครัว ถ้าสมาชิกทุกคนปรับพฤติกรรมสุขภาพเช่นเดียวกัน มีผลให้ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคในอนาคตเช่นกัน 2) ครอบครัวร่วมรับรู้ความเสี่ยงเกิดโรคของกลุ่มเสี่ยงจากการศึกษา พบว่า การมาพบแพทย์หรือพยาบาลที่คลินิกความดันโลหิตสูง รพ.สต. ทุกเดือน ครอบครัวจำนวน 8 ราย ใน 12 ราย ไม่ทราบผลการตรวจในแต่ละครั้ง ไม่ทราบว่ากลุ่มเสี่ยงมีระดับความดันโลหิตสูงเกินเกณฑ์เป้าหมายหรือมีการปรับยา ประกอบกับกลุ่มเสี่ยงเองไม่เคยบอกถึงผลการตรวจหรือการปรับยาของแพทย์ มีเพียง 4 รายใน 12 ราย สอบถามผลการพบแพทย์หรือพยาบาลเป็นบางครั้ง ถ้ามถึงค่าระดับความดันโลหิต ผู้วิจัยสะท้อนคิดกับกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว การร่วมรับรู้ภาวะสุขภาพซึ่งกันและกัน เน้นถึงผลกระทบต่อครอบครัวเมื่อมีสมาชิกครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ถึงแม้ว่ายังไม่เกิดอาการเปลี่ยนแปลงให้เห็นก็ตาม นั้นเป็นการแสดงถึงความห่วงใยและร่วมกันลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองภายในครอบครัว และ 3.3) ร่วมด้วย ช่วยกัน ผู้วิจัยจัดบรรยากาศให้กลุ่มเสี่ยง

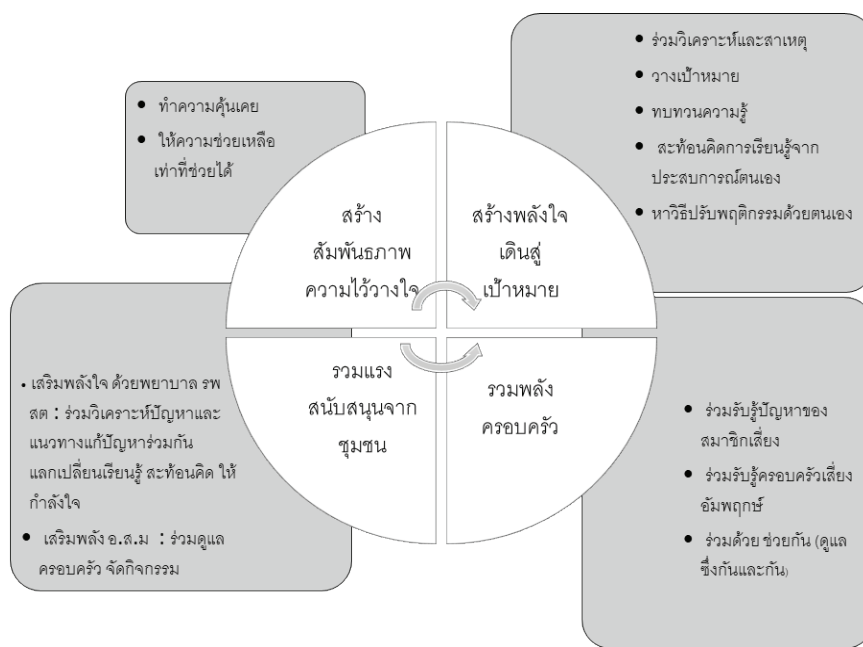
และครอบครัวพูดคุย ร่วมวิเคราะห์ถึงสาเหตุของการควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ วิธีการปรับพฤติกรรมสุขภาพ กำหนดเป้าหมายร่วมกัน ในการศึกษาครั้งนี้ เป้าหมายเพื่อควบคุมความดันโลหิต ค่าไม่สูงเกิน 140-90 mmHg เป้าหมายระยะยาว คือสมาชิกในครอบครัวผ่านการคัดกรองภาวะความดันโลหิตสูง แต่เนื่องจากด้วยลักษณะความเป็นอยู่ของครอบครัวของชุมชนนี้มีความแตกต่างกัน ดังนั้น การมีส่วนร่วมจึงมีลักษณะตามบริบทของครอบครัว

4. **รวมแรงสนับสนุนจากชุมชน** รูปแบบการมีส่วนร่วม ดังนี้ 4.1) เสริมพลังใจ โดย 1) จัดให้มีการพูดคุย ทั้งที่เป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มที่ รพ.สต. ประเมินปัญหา นำครอบครัวเข้ามาร่วมรับรู้ ประเมินปัญหา และหาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน เสริมสร้างกำลังใจ การสะท้อนคิดวิเคราะห์ถึงสาเหตุหรือปัญหา รวมถึงการร่วมกันคิดหาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน มีผลให้กลุ่มเสี่ยงมีพลังใจ มีความมั่นใจในการพยายามปรับพฤติกรรมสุขภาพ และ 2) ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงทุกคนอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยเดือนละ 1-2 ครั้ง หรือติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินปัญหาและสะท้อนคิดผลการปรับพฤติกรรมตามเป้าหมายร่วมกัน และ 4.2) เสริมพลังอสม. โดยร่วมวางแผนการจัดกิจกรรม พบว่า กิจกรรม

สร้างเสริมสุขภาพที่กำหนดเดิมตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและ รพ.สต.นั้นกิจกรรมหลากหลาย และมีวัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการทางเมตาบอลิก ได้แก่ กิจกรรมลดความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำหนักเกิน/โรคอ้วน ระดับโคเลสเตอรอลสูง และน้ำตาลในเลือดสูง ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ จึงเน้นประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกิจกรรมตามแผนปฏิบัติงานของ รพ.สต.

การประเมินผลลัพธ์

พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันของกลุ่มเสี่ยง พบว่า โดยภาพรวม สามารถปฏิบัติในระดับสูง กลุ่มเสี่ยงสามารถปรับพฤติกรรมมารับประทานได้เพิ่มขึ้น โดยพยายามลดหรือหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็มและมัน หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีรสหวาน สำหรับการออกกำลังกาย สามารถปฏิบัติได้บ่อยครั้งขึ้น โดยเข้าร่วมออกกำลังกายกับชุมชน ส่วนการมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่า สิ่งหนึ่งที่เปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนคือ ครอบครัวสนใจสอบถามค่าระดับความดันโลหิต และผลการตรวจภายหลังไปตรวจที่คลินิกความดันโลหิตสูง สอบถามเกี่ยวกับการลดหรือเพิ่มยา ปรับการปรุงอาหารลดหรือหลีกเลี่ยงการเติมเครื่องปรุงรสในอาหาร



ภาพ 1 รูปแบบการพัฒนาการสร้างเสริมพลังอำนาจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

การอภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงทุกคนรับรู้ว่าการเป็นโรคความดันโลหิตสูงต้องรับประทานอาหาร ลดเค็ม ลดไขมัน และออกกำลังกายสม่ำเสมอ ทั้งนี้ เนื่องจากการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. อย่างต่อเนื่อง และเมื่อมาตรวจตามนัดที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูง พยาบาลวิชาชีพมักสอบถามและเน้นย้ำการรับประทานอาหารลดเค็ม ลดไขมัน และถามถึงการออกกำลังกายทุกครั้ง นอกจากนี้ ปัจจุบันยังมีสื่อประชาสัมพันธ์มากมายหลายช่องทางที่รณรงค์ให้ประชาชนลดเค็ม ลดความดันโลหิต รวมถึงการรณรงค์ให้ประชาชนออกกำลังกาย กลุ่มเสี่ยงเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัดและรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Juntanon, Singchai and Worawong¹² ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยรวมอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kummak¹³ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับดี ทั้งนี้ การทำให้ประชาชนมีความรู้และทัศนคติที่ดีเป็นปัจจัยหนึ่งในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชน¹⁴ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษา พบว่า กลุ่มเสี่ยงและครอบครัวปรุงอาหารยังคงมีการเติมน้ำปลา เกลือ ซอส ซีอิ้ว เครื่องปรุงในอาหาร ทั้งนี้ อาจเนื่องจากเป็นความเคยชินที่ปฏิบัติกันมานาน ถ้าไม่ใส่เครื่องปรุงทำให้อาหารขาดรสชาติอาหารไม่อร่อย¹⁵ นอกจากนี้ การศึกษาายังพบว่าพฤติกรรมการสุขภาพที่กลุ่มเสี่ยงและครอบครัวปฏิบัติเป็นบางครั้งหรือไม่เคยปฏิบัติ คือ การติดตามข่าวสารหรือหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการสังเกตอาการผิดปกติ ส่วนใหญ่มักได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม. สอดคล้องกับการศึกษาของ Intolo, et al.¹⁶ พบว่า ผู้ใช้บริการขาดความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับโรค ส่วนใหญ่การให้ข้อมูลของบุคลากรด้านสุขภาพมักมุ่งเน้นเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ไม่เจาะจงเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ใช้บริการขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค ผลการศึกษารังนี้ยังพบว่า ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กและสำคัญที่สุด ครอบครัวมีความสำคัญในการกระตุ้นและให้กำลังใจในการดูแลสุขภาพ สร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง¹⁷ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษา พบว่า ครอบครัวมีส่วนร่วมใน

การคอยสังเกตความผิดปกติ และยังขาดความรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการ ทั้งนี้เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองน้อย อีกทั้งกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงทำให้ครอบครัวขาดการส่งเสริมป้องกันการเกิดโรคของกลุ่มเสี่ยง

2. การพัฒนาแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพที่ดี ความไว้วางใจ 2) สร้างพลังใจ เดินสู่เป้าหมาย 3) รวมพลังครอบครัว และ 4) ร่วมด้วยช่วยกัน การศึกษาครั้งนี้ถูกพัฒนาขึ้นตามกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจให้เกิดกับกลุ่มเสี่ยงตามแนวคิดของ Gibson⁸ สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่นำแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ¹⁸⁻²² รูปแบบจากการศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่มุ่งการสร้างเสริมพลังอำนาจกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเป้าหมายกลุ่มเดียว เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงหรือมีโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น การศึกษาครั้งนี้ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ นำครอบครัวเข้ามีส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงร่วมกับการดูแลของชุมชน ดังนั้น ครอบครัวและชุมชนถือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการส่งเสริมการปรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของ Jandeekeawsaku, et al.²³ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมากที่สุด ($\beta = .368, p < .001$)²³ ทั้งนี้ ครอบครัวเป็นการรวมตัวของบุคคลที่มีความรักความผูกพันกัน มีปฏิสัมพันธ์กัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การที่ครอบครัวมีสมาชิกคนหนึ่งคนใดเป็นโรคหลอดเลือดสมองย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัวเป็นอย่างมาก ผู้วิจัยพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อนำไปสู่การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของกลุ่มเสี่ยงและครอบครัวในบริบทที่เป็นจริง นอกจากนี้ ผลการศึกษารังนี้ ชี้ให้เห็นถึงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในบริบทการบริการปฐมภูมิในการจัดการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน การให้บริการเชิงรุกโดยอาศัยความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกลุ่มเสี่ยง ครอบครัวและ อสม. การจัดบริการที่ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง และครอบครัวดูแลสุขภาพด้วยตนเองร่วมกับการ

มีส่วนร่วมของชุมชนย่อมก่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพ^{16,24}

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้ายมากกว่า 140/90 mmHg กลุ่มเดียวเท่านั้น ไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงอื่น เช่น กลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะเบาหวาน โรคหัวใจหรือกลุ่มที่มีโรคร่วม เป็นต้น

สรุป

พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ 1) ลดเค็ม เพิ่มผัก 2) ออกกำลังกาย 3) รับประทานยาลดความดันโลหิต และ 4) ร่วมทำกิจกรรมกับชุมชน สำหรับการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีดังนี้ 1) ปรับรสชาติและเมนูอาหาร 2) ออกกำลังกายด้วยกัน 3) ช่วยเรื่องยา และ 4) พาไปหาหมอ การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพที่ดี ความไว้วางใจ 2) สร้างพลังใจ เดินสู่เป้าหมาย 3) รวมพลังครอบครัว และ 4) ร่วมด้วยช่วยกัน ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากสิ้นสุดการศึกษา ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงเมื่อเข้ามารับการตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีระดับความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 mmHg ระดับความดันโลหิต เฉลี่ย 138/74 mmHg อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงทุกคนยังคงได้รับยาควบคุมความดันโลหิต ยาลดไขมันในเลือด และเนื่องจากระยะเวลาศึกษาสั้น ดังนั้น ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงทุกคนมีน้ำหนักตัวไม่เปลี่ยนแปลง มีน้ำหนักลดหรือเพิ่มไม่เกิน 2 กิโลกรัม

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. จัดระบบบริการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม โดยนำรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจนี้มาปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของชุมชน มีระบบการติดตามประเมินผลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว

2. เพิ่มการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยเฉพาะการสังเกตอาการผิดปกติ อาการเตือน การนำส่งโรงพยาบาลทันทีเมื่อพบอาการผิดปกติ รวมถึงเน้นการ

ขอความช่วยเหลือ 1669 แก่ประชาชนทั่วไป

การมีส่วนร่วมในการเขียนบทความ

ทีมผู้วิจัยทุกคนมีส่วนร่วมในการเขียนบทความวิจัยครั้งนี้ ลำดับที่ 1 มีส่วนร่วมร้อยละ 60 ลำดับที่ 2 มีส่วนร่วม ร้อยละ 20 ลำดับที่ 3 และ 4 มีส่วนร่วมร้อยละ 5 และลำดับที่ 5 มีส่วนร่วมร้อยละ 10 ตามลำดับ

การมีผลประโยชน์ทับซ้อน

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

แหล่งทุนสนับสนุน

ได้รับทุนสนับสนุนจากโครงการวิจัยและนวัตกรรมเพื่อถ่ายทอดเทคโนโลยีสู่ชุมชนฐานราก สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านที่มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนจนทำให้โครงการวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Karoonngamphan M, Suvaree S. Reducing the risk of hypertension: The important role of nurses in empowering clients. Songklanagarind J Nurs. 2016; 36(3): 222-33. Thai.
2. Non-Communicable diseases Thai Health Promotion Foundation. Non-Communicable diseases situation [Internet]. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2020 [cited 2020 Sep 22]. Available from: http://hp.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=3017.
3. Non-Communicable diseases Thai Health Promotion Foundation. Non-Communicable diseases [Internet]. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2020 [cited 2020 Feb 14]. Available from: <https://www.thaihealth.or.th/microsite/categories/5/ncds/2/173/176-NCDs.html>.

4. Kumpangoew K, Somboontanant W, Leelahakul V. Relationships between perceived risk, perceived warning signs and self-care behavior in older adults at risk of cerebrovascular disease. *NJPH*. 2015; 25(2): 40-56. Thai
5. Chamnanpong P, Piyabanditkul L. Stroke prevention in hypertensive patients in suburban community. *CHD-KKU*. 2016; 4(3): 325-40. Thai.
6. Chanagarn M, Phutthikhamin N. Perceptions on stroke risk factors warning signs treatment and preventive among health risk people. *J Nurs Sci & Health*. 2016; 39(1): 70-7. Thai.
7. Phatthalung Provincial Public Health Office. Public health performance [Internet]. Bangkok: Ministry Public Health; 2019 [cited 2020 Sep 2]. Available from: http://www.rh12.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/01/7_bookall.pdf.
8. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *J Adv Nurs*. 1995; 21: 1201-10.
9. Kemmis S, McTaggart R. The action research planners. Victoria: Deakin University Press; 1988.
10. Poomsanguan K. Health empowerment: Nurses' important role. *JRTAN*. 2014; 15(3): 86-90. Thai.
11. Saeko U, Jitpanya C. A study of stroke awareness among patients at risk of stroke in Bangkok metropolitan. *PNUJRHUSO*. 2014; 6(2): 13-23. Thai.
12. Juntanon N, Singchai B, Worawong W. Self care behavior of hypertension patients who live in Muang District, Chumphon Province. *KKU Res J*. 2011; 16(6): 749-58. Thai.
13. Kummak S. Self-care behaviors among hypertension patients in Tambon Nanglao Health Promoting Hospital, Amphur Satingpha, Songkhla Province. *SCNJ*. 2016; 2(3): 153-69. Thai.
14. Onsrinoi N, Leelukkanaveera Y, Toonsiri C. Predictive factors of hypertension preventive behaviors among people with pre-hypertension. *Songklanagarind J Nurs*. 2017; 37(1): 63-74. Thai.
15. Kummak P, Kummak S, Kagmmunee M. Factors related to self-care behaviors among patients with hypertension. *SCNJ*. 2015; 2(3): 74-91. Thai.
16. Intolo S, Peangkat S, Bunnan N, et al. Development of stroke preventive care service model for clients with chronic illness having CVD risk in context of primary care. *Songklanagarind J Nurs*. 2020; 40(2): 83-97. Thai.
17. Fongkerd S, Pooktisana S, Tantalanukul S. Nursing role with family health promotion based on family development theory. *HCU Journal*. 2016; 20-39: 133-42. Thai.
18. Boonchun N, Ucharattana P, Punsakd W, et al. Effects of an empowerment program on self-care agency for elders with hypertension. *J Nurs Sci*. 2011; 29(2): 93-102. Thai
19. Leangthong P, Thongcharoen V, Jitramontree N, et al. The effectiveness of empowerment program on health behavior of older adults with stroke. *Songklanagarind J Nurs*. 2015; 39(Suppl): 143-58. Thai.
20. Manprasong K, Tangkaw T, Tubtimtong N. The effect of empowerment program on depression in elderly. *JNHS*. 2013; 7(3): 79-87. Thai.
21. Yuncharoen K, Jitramontree N, Jirathummakoon S. The effects of empowerment program on postoperative recovery in older patients undergoing knee arthroplasty. *J Nurs Sci*. 2016; 34(1): 167-78. Thai.
22. Choksawadphinyo K. Empowerment on family caregivers for quality of life development in people living with HIV/AIDs. *KKU Res J*. 2011; 16(4): 416-27. Thai.

23. Jandeeakaewsaku P, Wathayu N, Suwonnaroop N. Factors predicting self-management behavior among patients with uncontrolled essential hypertension. *J Nurs Sci.* 2018; 36(1): 31-43. Thai.
24. Thangkratok P. The role of the nurses in the chronic disease management. *Songklanagarind J Nurs.* 2017; 37(2): 154-59. Thai