

# การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง บ้านคำแย ตำบลพระเหลา อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ

อัศวินท์ อินทร<sup>1</sup>, จุฑารัตน์ ศรีเลิศ<sup>1</sup>, รามาวดี ทรงศิริ<sup>1</sup>, อรรถพงษ์ ฤทธิศักดิ์<sup>1</sup>, ประเสริฐ ประสมรักษ์<sup>1</sup>, ดิเรก คณะรัตน์<sup>2</sup>, รุจาภา ลุผล<sup>2</sup>, ลักขณา บุตรศรี<sup>2</sup>

<sup>1</sup>มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

<sup>2</sup>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสะแบง อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ

## บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของไทยและทั่วโลก โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ประชาชนยังขาดความรู้และความเข้าใจในการป้องกันโรค แม้จะมีแนวทางการดูแลที่มีประสิทธิภาพ แต่การนำไปปฏิบัติในระดับชุมชนยังเป็นความท้าทายที่สำคัญ งานวิจัยเชิงปฏิบัติการตาม PAOR 4 ขั้นตอน เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย กลุ่มเสี่ยง และครอบครัวกลุ่มเสี่ยง กลุ่มละ 30 คน และผู้เข้าร่วมรูปแบบรวม 14 คน ใช้แบบสอบถามวัดความรู้ ความรอบรู้ การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการสนับสนุนของครอบครัวและชุมชน ที่มีค่า CVI เท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและสถิติอนุมาน paired sample t-test ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ ประกอบด้วย (1) การเสริมความรู้และทักษะของครอบครัวและชุมชน ผ่านการอบรม ฝึกปฏิบัติ ลดปัจจัยเสี่ยง (2) ร่วมรับรู้และวางแผนลดความเสี่ยง (3) สร้างเครือข่ายการออกกำลังกาย และ (4) การแชร์คุณค่าของครอบครัวและชุมชน ภายหลังการวิจัยพบว่า กลุ่มเสี่ยงมีความรู้และความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น ครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงมีส่วนร่วมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมากขึ้น ครอบครัว และชุมชนให้การสนับสนุนเพิ่มขึ้น โดยคะแนนเฉลี่ยทุกด้านสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สรุปได้ว่า รูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจสามารถลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน

**คำสำคัญ:** การสร้างเสริมพลังอำนาจ; การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน; พฤติกรรมสุขภาพ; กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันรับ: 25 ม.ค. 2569

วันแก้ไข: 27 ก.พ. 2569

วันตอบรับ: 1 มี.ค. 2569

## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกและระดับประเทศ โดยมีผู้ป่วยมากกว่า 15 ล้านคนต่อปี และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและความพิการถาวร<sup>(1)</sup> ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 349,126 คน และเสียชีวิต 36,214 คน<sup>(2)</sup> สำหรับจังหวัดอำนาจเจริญ แม้อัตราการเสียชีวิตรวมจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ แต่อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองแตก (hemorrhagic stroke) ยังอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน<sup>(3)</sup> การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องอาศัย “ความรู้” “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” (health literacy) และ “การเสริมพลังอำนาจ” (empowerment) ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้สามารถจัดการกับปัจจัยเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม<sup>(4)</sup> ซึ่งการเสริมพลังอำนาจไม่เพียงเป็นแนวคิด แต่เป็นเครื่องมือที่ช่วยเติมเต็มช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติจริง ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพและดูแลตนเองได้ดีขึ้น การดำเนินงานเชิงรุกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีบทบาทสำคัญในการเผยแพร่ความรู้ ติดตามกลุ่มเสี่ยง และสนับสนุนให้ครอบครัว และชุมชนร่วมกันดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการสร้างเสริมพลังอำนาจของชุมชน<sup>(5)</sup> ดังนั้น การบูรณาการแนวคิด empowerment และการมีส่วนร่วม จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอย่างยั่งยืนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง บ้านตำบลพระเหลา อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ และเพื่อศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง บ้านตำบลพระเหลา อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ

## วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยได้เตรียมความพร้อมตนเองอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มีความรู้และความชำนาญในการให้ความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยเริ่มจากการศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อออกแบบโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ พร้อมจัดทำแผนการสอน สื่อการสอน คู่มือ แบบบันทึก และฝึกซ้อมการสอนตามรูปแบบที่กำหนด เพื่อให้เข้าใจขั้นตอนและเกิดความมั่นใจในการถ่ายทอดความรู้ เนื้อหาที่เตรียมครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เช่น สาเหตุทั่วไป สัญญาณเตือน การป้องกัน และการลดความเสี่ยง หลังจากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด พร้อมชี้แจงข้อมูลการวิจัยและขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมอย่างถูกต้องตามหลักจริยธรรม เมื่อลงลายมือชื่อยินยอมแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง และดำเนินการตามขั้นตอนที่ออกแบบไว้ โดยใช้วงจรการเรียนรู้แบบ PAOR (Planning – Action – Observation – Reflection) เป็นแนวทางหลักในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง คือ ประชาชนที่อยู่บ้าน-ตำบล ตำบลพระเหลา อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวาน และมารับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาสะแบง ตำบลพระเหลา อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยกำหนดค่าทางสถิติดังนี้  $Z_{\alpha} =$  ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96  $Z_{\beta} =$  อำนาจการทดสอบที่ร้อยละ 80 ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.84  $\sigma_d^2 =$  ค่าความแปรปรวน มีค่าเท่ากับ 3.68  $\mu_d =$  ค่าเฉลี่ยผลต่าง ผู้วิจัยนำมาจากการศึกษาของจตุพงษ์ พันธวิไล และคณะ<sup>(6)</sup> ได้ศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริม-

สุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชน: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ พบว่าค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 2.06 ผลการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 30 คน

### เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. สามารถฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยอย่างเข้าใจ และสื่อสารภาษาไทยได้
2. มีเครื่องมือสื่อสารที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตและแอปพลิเคชันไลน์ได้
3. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวาน
4. สัมผัสใจและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### เกณฑ์คัดออก

1. เป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว
2. เป็นโรคหัวใจรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากความดันโลหิตสูง เช่น หัวใจล้มเหลว ไตวายระยะสุดท้าย
3. มีข้อจำกัดทางร่างกายที่ทำให้ออกกำลังกายไม่ได้

### เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

การพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ PRECEDE-PROCEED Model และทฤษฎีของ “ทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจ” (Empowerment Theory) ของ Anderson และคณะ<sup>(7)</sup> และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

กำหนดระยะเวลาของโปรแกรม และรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรมให้ครอบคลุมตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Andersen<sup>(8)</sup> และทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยโปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ แบ่งเป็นทั้งหมด 3 ระยะ ได้แก่

#### ระยะที่ 1: ศึกษาสถานการณ์ (Assessment)

วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วย-ความดันโลหิตสูงผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PLD) เพื่อวางแผนกิจกรรมตามบริบทชุมชน

#### ระยะที่ 2: พัฒนาและสร้างเสริมพลังอำนาจ

##### (Intervention)

**กิจกรรมที่ 1: Health education** – อบรมให้ความรู้ และทักษะการป้องกันโรค โดยทีมสหวิชาชีพและผู้วิจัย

**กิจกรรมที่ 2: Step into health** – กิจกรรมมี 3 รูปแบบ

- Healthy family challenge: ตั้งเป้าหมายสุขภาพร่วมกับครอบครัว และสุ่มตรวจความเค็มในอาหาร
- Cooking workshop: สาธิตและฝึกทำอาหารสุขภาพลดโซเดียมในชุมชน
- เครือข่ายออกกำลังกาย: จัดตั้งกลุ่มออกกำลังกาย (บาสโลป/แอโรบิก) โดยมี อสม. เป็นแกนนำ

**กิจกรรมที่ 3: Follow-up & support** – ระบบติดตาม 3 ระดับ (ระดับบุคคล/สมุดบันทึก, ระดับครอบครัว/อสม. เยี่ยมบ้าน, และระดับชุมชน/รพ.สต.)

**ระยะที่ 3: ตรวจสอบและปรับปรุง (Evaluation & sustainability)**

- จัดเวทีเสวนาสารธารณะเพื่อนำเสนอผลและถอดบทเรียน (Lesson learned)
- บูรณาการโครงการเข้ากับแผนงานของ รพ.สต. เพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืน

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามทั่วไป ประกอบไปด้วย 5 ส่วน ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 21 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ยา-ที่รับประทานเป็นประจำ การมาพบแพทย์ ประวัติการเข้ารับการรักษา เป็นต้น

1.2 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ

1.3 แบบสอบถามความรู้โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่

1.4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด-สมอง จำนวน 17 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ

2. แบบสอบถามการสนับสนุน

2.1 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว

### เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย

2.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบสัมภาษณ์จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ ระดับการศึกษา การอาศัยร่วมกับผู้ป่วย

2.1.2 แบบสอบถามด้านข้อมูลและความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการช่วยเหลือฉุกเฉิน รวมทั้งหมดจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่

### 2.2 แบบสอบถามการสนับสนุนจากชุมชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย

2.2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบสัมภาษณ์จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา บทบาทในชุมชน

2.2.2 แบบสอบถามด้านข้อมูลและความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการช่วยเหลือฉุกเฉิน รวมทั้งหมดจำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือในการวิจัยที่จะศึกษา ได้แก่ แบบสอบถาม 7 ชุด ดังนี้ (1) แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (2) แบบสอบถามความรู้โรคหลอดเลือดสมอง (3) แบบสอบถาม ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมอง (4) แบบสอบถามความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดในสมอง (5) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (6) แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัวเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และ (7) แบบสอบถามการสนับสนุนจากชุมชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้แก่ อาจารย์มหาวิทยาลัยมหิดล 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน ให้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน ความครอบคลุม และความเหมาะสมของระยะเวลา ผลการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาทั้งหมด (content valid index) โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence index) เท่ากับ 0.99

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามขั้นตอน ดังนี้

### ขั้นเตรียมการทดลอง

เตรียมความพร้อมผู้วิจัย ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งสาเหตุ สัญญาณเตือน และการป้องกัน เพื่อสร้างความเชี่ยวชาญในการถ่ายทอดความรู้จัดทำเครื่องมือ พัฒนาแผนการสอน โปรแกรมกิจกรรม คู่มือ และสื่อการสอน โดยผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ

### ขั้นดำเนินการ

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดชี้แจงและพิทักษ์สิทธิ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม (informed consent) ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้วงจรการเรียนรู้ PAOR (Planning, Acting, Observing, Reflecting) เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้สถิติ ดังนี้

#### สถิติพรรณนา

ข้อมูลส่วนบุคคลและการประกอบอาชีพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

#### สถิติอนุมาน

ผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรม SPSS ในการวิเคราะห์ผล เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย หลังทดลองและก่อนทดลอง ทำการทดสอบโดยใช้สถิติทดสอบ พฤติกรรม การดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้และความรอบรู้โรคหลอดเลือดสมอง การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การสนับสนุนจากครอบครัวและการสนับสนุนจากชุมชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมในการวิจัยโดยการทำหนังสือขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อขอการตรวจสอบและรับรองการศึกษาวิจัย ดังกล่าว ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะได้รับการคุ้มครองเป็นความลับ โดยจะนำเสนอในรูปแบบภาพรวม และใช้ในการ

วิเคราะห์ผลการศึกษิตตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่าที่  
การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการ  
วิจัยในมนุษย์จังหวัดอำนาจเจริญ เลขที่การวิจัย 22/2568

## ผลการศึกษา

**ข้อมูลทั่วไป** ผู้ให้ข้อมูลเป็นกลุ่มตัวอย่าง ครอบครัวของกลุ่ม-  
ตัวอย่าง และชุมชน

1. กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 30 คน พบว่า กลุ่ม-  
ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.67 โดยมี  
ช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ มีอายุตั้งแต่  
60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 90 โดยมีค่าเฉลี่ยอายุอยู่ที่ 69.8 ปี  
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา  
ร้อยละ 90 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคความดัน-  
โลหิตสูง ร้อยละ 90

2. คนในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ  
60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 56.67 โดยมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 57.38 ปี  
ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ  
76.67

3. ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 14 คน ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัคร-  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ  
71.44 รองลงมาคือ บุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย และ

ประชาชนทั่วไปในชุมชน อายุของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ใน  
ช่วง 50-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.85 โดยมีอายุเฉลี่ย  
โดยรวมอยู่ที่ 52.07 ปี (SD=10.06)

## สถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือด- เลือดสมอง

1. ภายหลังได้รับรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ  
ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดเลือดสมองมีระดับความรู้  
เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดเลือดสมองสูงขึ้น พบว่า เมื่อพิจารณา  
คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณ  
เตือนโรคหลอดเลือดสมอง ในภาพรวมพบว่า ภายหลัง  
การทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือด-  
เลือดสมองสูงขึ้นเป็น 5.2 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
( $p < 0.001$ ) ดังตารางที่ 1

2. ภายหลังได้รับรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ  
ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดเลือดสมองมีระดับความรู้  
เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดเลือดสมองสูงขึ้นเมื่อพิจารณาคะแนน  
เฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือน  
โรคหลอดเลือดสมอง ในภาพรวมพบว่า ภายหลังการ  
ทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคสูงขึ้น  
2.30 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )  
ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดเลือดสมอง

คะแนนความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและ สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดเลือดสมอง	n	Mean (SD)	Mean difference (SD)	95%CI	p-value
ก่อนการทดลอง	30	6.8 (3.23)	5.2 (3.23)	3.99-6.40	<0.001*
หลังการทดลอง	30	12 (0.00)			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนความรอบรู้	n	Mean (SD)	Mean difference (SD)	95%CI	p-value
ก่อนการทดลอง	30	7.63 (2.52)	2.30 (1.93)	1.36-3.23	<0.001*
หลังการทดลอง	30	9.93 (4.45)			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

3. ภายหลังได้รับรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น 19.80 คะแนน (95%CI=16.75-22.84) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) ดังตารางที่ 3

4. ภายหลังได้รับรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ ส่งผลให้ครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงขึ้น เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในภาพรวมพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับการมี

ส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงขึ้น 27.34 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) ดังตารางที่ 4

5. ภายหลังได้รับรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ ส่งผลให้ชุมชนมีการสนับสนุนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองสูงขึ้น เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในภาพรวม พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนจากชุมชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง สูงขึ้น 5.20 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ ) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	n	Mean (SD)	Mean difference (SD)	95%CI	p-value
ก่อนการทดลอง	30	44.80 (10.87)	19.80 (5.92)	16.75-22.84	<0.001*
หลังการทดลอง	30	64.60 (4.95)			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ )

ตารางที่ 4 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การมีส่วนร่วมของครอบครัว	n	Mean (SD)	Mean difference (SD)	95%CI	p-value
ก่อนการทดลอง	30	38.46 (19.64)	27.34 (15.03)	21.29-33.47	<0.001*
หลังการทดลอง	30	65.80 (4.61)			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ )

ตารางที่ 5 การสนับสนุนจากครอบครัวเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

การสนับสนุนจากครอบครัว	n	Mean (SD)	Mean difference (SD)	95%CI	p-value
ก่อนการทดลอง	30	6.80 (3.23)	5.20 (3.23)	3.99-6.40	<0.001*
หลังการทดลอง	30	12.00 (0.00)			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.001$ )

6. ภายหลังได้รับรูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ ส่งผลให้ครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองมีการสนับสนุนจากครอบครัวสูงขึ้น เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ย การสนับสนุนจากครอบครัวเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ในภาพรวม พบว่า ภายหลังการทดลอง ครอบครัวของกลุ่ม- ตัวอย่างมีการสนับสนุนจากครอบครัวเกี่ยวกับโรคหลอดเลือด- สมองสูงขึ้น 3.29 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ดังตารางที่ 6

**รูปแบบการสร้างเสริมพลังอำนาจ และการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวและชุมชน ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง บ้านตำบลพระเหลา อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ**

**ระยะที่ 1 การวางแผนศึกษาสถานการณ์พฤติกรรม สุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง**

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การส่งเสริมความรู้ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การออกกำลังกาย และ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยลดความเสี่ยงของโรคในกลุ่มประชาชน โดยเฉพาะ การลดการบริโภคเกลือและไขมัน พร้อมทั้งเพิ่มการ รับประทานผักผลไม้ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีประสิทธิภาพ

เพื่อให้การส่งเสริมเหล่านี้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้มีการวางแผนจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น การอบรมให้ ความรู้ในเชิงปฏิบัติการ การจัดกิจกรรมส่งเสริมการ- ออกกำลังกาย และการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การรับประทานอาหาร เพื่อให้ประชาชนสามารถนำความรู้ ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้

**ระยะที่ 2 การดำเนินงานและการพัฒนารูปแบบ การสร้างเสริมพลังอำนาจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชน ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อ ป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง**

ในการดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริม พลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ได้จัดให้มีกิจกรรม หลัก 3 กิจกรรม อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทั้งในระดับ พฤติกรรมและโครงสร้างชุมชน ได้แก่

- กิจกรรมที่ 1: การให้ความรู้และทักษะสุขภาพ
- กิจกรรมที่ 2: การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
  1. Healthy family challenge
  2. Workshop ทำอาหารในชุมชน
  3. กลุ่มออกกำลังกายชุมชน
- กิจกรรมที่ 3: การติดตามผลและการสนับสนุนต่อเนื่อง

**ระยะที่ 3 การตรวจสอบความเหมาะสม และปรับปรุง โดยการตรวจสอบและปรับปรุง**

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการจัดเวทีเสวนาสาธารณะ ช่วยให้ผู้วิจัยได้รับข้อมูลสำคัญในการปรับปรุงโครงการ โดยพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนเป็น ปัจจัยสำคัญในการกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร ขณะที่อุปสรรค ที่พบคือการทำให้ชุมชนเข้าใจและปฏิบัติตามการเปลี่ยน- แปลงพฤติกรรมเนื่องจากวิถีชีวิตและรูปแบบการใช้ชีวิตที่ แตกต่างกัน ผู้เชี่ยวชาญได้ให้คำแนะนำในการป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง ซึ่งสามารถนำไปปรับใช้ในการพัฒนา โครงการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ตารางที่ 6 การสนับสนุนจากชุมชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

การสนับสนุนจากชุมชน	n	Mean (SD)	Mean difference (SD)	95%CI	p-value
ก่อนการทดลอง	14	5.71 (1.93)	3.29 (1.93)	2.16-4.40	<0.001*
หลังการทดลอง	14	9.00 (0.00)			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

## วิจารณ์

### 1. ด้านเนื้อหาและกิจกรรม

โครงการมีการวางแผนเนื้อหาที่สอดคล้องกับปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นลดบริโภคเกลือ-ไขมัน เพิ่มผักผลไม้ และส่งเสริมออกกำลังกาย ซึ่งตรงกับแนวทางของ WHO Collaborating Centre on Population Salt Reduction<sup>(9)</sup> ที่ระบุว่า การลดเกลือร้อยละ 30 ต่อวัน สามารถลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 20-30 กิจกรรมหลากหลาย เช่น อบรมเชิงปฏิบัติการและเวิร์กช็อปทำอาหารสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Namtaweekhaikul และคณะ<sup>(10)</sup> ที่พบว่า การอบรมปฏิบัติช่วยเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดี ในชุมชนไทย อย่างไรก็ตาม กลุ่มเป้าหมายในชนบทมักติดวิถีชีวิตเดิม ข้อเสนอแนะ คือ เพิ่มการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล ผ่านแอปพลิเคชันติดตามอาหาร (เช่น MyFitnessPal แบบปรับไทย) และจัดเวิร์กช็อปทำอาหารโดยใช้วัตถุดิบ-ท้องถิ่นราคาถูก เพื่อยืดหยุ่นเข้ากับงบประมาณครัวเรือน

### 2. ด้านกระบวนการมีส่วนร่วม

จุดแข็ง คือ การเน้นมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ผ่าน Healthy family challenge และกลุ่มออกกำลังกาย ซึ่งสร้างเป้าหมายร่วม ส่งผลเชิงบวกต่อพฤติกรรม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Nutbeam และคณะ<sup>(11)</sup> ใน Health Promotion International ที่ยืนยันว่าการมีส่วนร่วมชุมชนเพิ่มอัตราการยั่งยืนร้อยละ 40 อย่างไรก็ตาม ยังขาดบทบาทชุมชนในการออกแบบ ต่างจากงานวิจัยของ Promsakha na Sakolnakorn และคณะ<sup>(12)</sup> ที่ชุมชน

อีสานนำโดย ป.อสม. สร้างกิจกรรมเองได้ผลดีกว่า ข้อเสนอแนะ คือ เปิดอบรม ป.อสม. ร้อยละ 20 ของชุมชนให้เป็น “วิทยากรชุมชน” จัดเวิร์กช็อปทำอาหารท้องถิ่น และใช้โหวตชุมชนเลือกธีมกิจกรรมรายเดือน เพื่อเพิ่มความเป็นเจ้าของ

### 3. ด้านความยั่งยืนของโครงการ

โครงการมีแนวทางยั่งยืนดี เช่น ติดตามสุขภาพเยี่ยมบ้านโดย อสม. และเวทีเสวนา บูรณาการกับแผนชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Green & Kreuter<sup>(5)</sup> ที่เน้นเครือข่ายท้องถิ่นเพื่อความยั่งยืนระยะยาว อย่างไรก็ตาม ความท้าทายเรื่องยอมรับพฤติกรรม คล้ายงานวิจัยของ Nak-Ai และคณะ<sup>(14)</sup> ที่พบอัตราการเลิกเปลี่ยนแปลงสูงใน 6 เดือน หากขาดแรงจูงใจวัฒนธรรม ข้อเสนอแนะ คือ จัด “รางวัลชุมชนสุขภาพ” รายไตรมาส (เช่น ทุนอาหารสุขภาพจากบชุมชน) เชื่อมค่านิยมอีสาน เช่น เปรียบ “กินน้อยเพื่อลูกหลาน” และใช้ไลน์กรู๊ปติดตามรายสัปดาห์โดยผู้นำชุมชน เพื่อสื่อสารต่อเนื่อง

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคุณอาจารย์ อาจารย์ที่ปรึกษา เจ้าหน้าที่ และทุกท่านที่เกี่ยวข้องที่ให้คำแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่อง และเอาใจใส่ตลอดทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะอันมีประโยชน์ รวมถึงชุมชนและผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The top 10 causes of death [Internet]. 2023 [cited 2025 May 16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
2. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 16 พ.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://hdc.moph.go.th/center/public/kpi/1/2023>
3. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics — 2022 update: a report from the American Heart Association [Internet]. 2022 [cited 2025 May 16]. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001052>
4. Wallerstein N. Empowerment to reduce health disparities. *Scandinavian Journal of Public Health* 2002;59(3):72-7.
5. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. 5<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill Education; 2020.
6. จตุพงษ์ พันธวิไล, ธารินทร์ คุณยศยิ่ง, ปวีณวิศา ทาใจ, ปุรินทร์ ศรีศศลักษณ์, อัญพัชญ์ วิวัฒน์กมลชัย. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของประชาชนในเขตชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่ง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม* 2568;15(20):90-103.
7. Anderson RM, Funnel MM, Dedrick RF, David WK. Learning to empower patients results of professional education program for diabetes educators. *Diabetes Care*.1991;14(7):584-90.
8. Andersen RM. Behavioral model of families' use of health services. Chicago: Center for Health Administration Studies, University of Chicago; 1968.
9. WHO Collaborating Centre on Population Salt Reduction. Evidence for salt reduction [Internet]. 2021 [cited 2025 May 16]. Available form: <https://www.whoccsaltreduction.org/evidence-for-salt-reduction/>
10. Namtaweechaikul K, Laphphol K, Haekham N, Maprachuab S. Problems in preventing stroke in a community of village health volunteers in Nang Rong district, Buri Ram province: a phenomenological study. *Thai Journal of Public Health* 2026;35:S44-S52.
11. Nutbeam D, McGill Br, Premkumar P. Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health Promotion International* 2018;33(5):901-11.
12. Promsakha na Sakolnakorn. Community participation in health promotion: a case study of village health volunteers in Northeast Thailand. *Thai Journal of Public Health* 2022.
13. Nak-Ai W, Phranetr N, Thaitrong P, Sutin U, Sompeewong P. Enhancing village health volunteers' capacity in health promotion for NCD risk groups via digital technology: an action research study in Sing Buri, Thailand. *Journal of Health Research [Internet]*. 2026 [cited 2026 Feb 16];40(1):105-16. Available form: <https://digital.car.chula.ac.th/jhr/vol40/iss1/12/>

# The Development of an Empowerment and Participation Model for Families and Communities to Promote Health Behavior Change for Stroke Prevention among High-Risk Groups in Ban Tamyae, Phra Lao Subdistrict, Phana District, Amnat Charoen Province

Akrawin Inthorn<sup>1</sup>, Jutharat Srilert<sup>1</sup>, Ramawadee Songsiri<sup>1</sup>, Attapong Rititit<sup>1</sup>, Prasert Prasomruk<sup>1</sup>, Direk Khanarat<sup>2</sup>, Ruchapha Lupol<sup>2</sup>, Lakkhana Butsri<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Mahidol University Amnat Chareon Campus, Amnat Chareon Province, Thailand

<sup>2</sup> Health Promotion Hospital Nasabang, Amnat Chareon Province, Thailand

---

## Abstract

Stroke is a major public health issue, particularly in rural Thailand where prevention knowledge is limited. This study used Action Research based on the PAOR cycle to develop a model that empowers and engages families and communities in promoting stroke-preventive health behaviors. The sample included 30 at-risk individuals, their 30 family members, and 14 other stakeholders. A validated questionnaire (CVI=0.96) assessed knowledge, literacy, participation, and support. Data was analyzed using descriptive statistics and paired sample t-test. The results showed that the empowerment model consisted of four components: enhancing knowledge and skills, promoting shared awareness and planning, building physical activity networks, and encouraging value sharing within families and communities. After implementation, health knowledge, family involvement, and community support significantly improved ( $p < 0.05$ ). In conclusion, the model effectively reduced stroke risk and promoted positive health behavior changes at both family and community levels.

**Keywords:** empowerment; family and community participation; health behavior; high-risk group for stroke, Bachelor of Public Health, Mahidol University, Amnat Chareon Campus