การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน เพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง
Empowerment of Patients with Chronic Disease in Community Stroke Prevention

พัฒนา เศรษฐวัชราวนิช* เสน่ห์ คล้ายบัว ณิชมน หลำรอด*** วดีรัตน์ ศรีวงศ์วรรณ*****

Pattana Sattawatcharawanij* Sanay Klaibua Nichamon Lumrod*** Wadeerat Sriwongwan*****

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญในการเสียชีวิตและความพิการในระยะยาว ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมที่ก่อให้เกิดกลุ่มโรคเรื้อรัง การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนเป็นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรทางสุขภาพในการบริการปฐมภูมิ โดยการสนับสนุนและส่งเสริมความสามารถให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดการร่วมคิด วิเคราะห์และตัดสินใจในการตอบสนองความต้องการของตนเองและเกิดพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง กลยุทธ์การเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน(1993) เป็นกระบวนการที่อยู่บนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมและปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ การนำแนวคิดนี้มาใช้ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนนั้น จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเองเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพมีการประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมทางสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการบริการปฐมภูมิต่อไป

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจ โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Received: April 20, 2020 Revised: August 3, 2020 Accepted: September 4, 2020

* Corresponding Author: อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี E-mail: pattanajanny@gmail.com

* Corresponding Author: Instructor, Department of Community Health Nursing, Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi. E-mail: pattanajanny@gmail.com

** ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลายบาง กระทรวงสาธารณสุข

** Director, Plaibang Subdistrict Health Promoting Hospital, Ministry of Public Health

***อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี

***Instructor, Department of Community Health Nursing, Boromarajonani College of Nursing Changwat Nonthaburi

Abstract

Stroke is a leading cause of death and long-term disability. Major risk factors are caused by inappropriate health behaviors that cause chronic disease. The most important responsibility of health personnel in primary health care is stroke prevention. Therefore, supporting and promoting the ability of patients with chronic disease to think critically and to make decisions in response to their own needs should enhance healthy behaviors in stroke prevention. Gibson's Empowerment (1993) is a process based on mutual participation and interaction. It consists of 4 steps: 1) discovering reality, 2) critical reflection, 3) taking charge, and 4) holding on. This concept for stroke prevention in patients with chronic disease will help to improve the quality of life and promote self-confidence in order to change behavior and satisfaction in daily life. The purpose of this article is to apply Gibson's empowerment process as a guideline for organizing health activities for stroke prevention in patients with chronic disease in primary health care services.

Keywords: empowerment, stroke, patients with chronic disease

บทนำ

โรคเรื้อรังเป็นภัยเงียบที่ส่งผลต่อสุขภาพ ทำให้เกิดการเจ็บป่วยพิการ การสูญเสียสุขภาวะ คุณภาพชีวิตและตายก่อนวัยอันควรจากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง 8 ล้านคน ส่วนใหญ่มาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังและโรคเบาหวาน โดยมากกว่า 14 ล้านรายมีอายุระหว่าง 30 ถึง 70 ปี และ 85% อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา[1] ในปี 2557 ประเทศไทยมีจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 25,114, 18,079, 11,389 และ 7,115 คน ตามลำดับ และพบว่าแนวโน้มของการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2553-2557[2] ซึ่งจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีผู้เสียชีวิตมากที่สุดและเป็นโรคที่มีความรุนแรงสูง รวมทั้งก่อให้เกิดความพิการในระยะยาวได้

การป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการควบคุมและป้องกันการเกิดโรคโดยการลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่ส่งผลให้เกิดโรค ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ โรคความดันโลหิตสูง และความพร่องในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง[3] ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะต้องมีการเรียนรู้และแสวงหาแนวทางในการปฏิบัติตัว มีการคิดตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อให้เหมาะสมกับสุขภาพของตนเอง

บุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวในการบริการปฐมภูมิ

(primary care) ที่มีการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เน้นบริการหลักในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การบริการปฐมภูมิ เป็นการให้บริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง การเจ็บป่วย ความพิการและการสูญเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง การส่งเสริมความสามารถในการควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการคิดตัดสินใจ แก้ไขปัญหาและสามารถช่วยเหลือตนเองได้ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจะเป็นวิธีการหนึ่งในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการปฏิบัติงานของพยาบาลอนามัยชุมชนหรือบุคลากรทางสุขภาพในการดูแลสุขภาพ เพื่อการบรรลุสุขภาวะของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน เป็นกระบวนการที่มีการใช้มากขึ้นและได้รับการยอมรับในความคุ้มทุนและคุ้มค่าในการดูแลสุขภาพ[4] การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการส่งเสริมความสามารถให้แก่บุคคล พลังอำนาจไม่ใช่ความสามารถที่มีมาแต่กำเนิด แต่เป็นความสามารถที่พัฒนาให้เกิดขึ้นในบุคคลได้[5,6] และเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงวิถีชีวิตของผู้ป่วยในการอยู่ร่วมกับบุคคลและชุมชน ผู้ป่วยจะเป็นหุ้นส่วนในการดูแลสุขภาพร่วมกับทีมสุขภาพโดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอิสระและมีส่วนร่วมในการคิด ตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง[7] และในการศึกษาเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย พบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถลดปัจจัยเสี่ยงจากโรคเรื้อรังได้[8] รวมทั้งเป็นการเพิ่มศักยภาพของบุคลากรด้านสุขภาพในการนำมาประยุกต์ใช้ เพื่อการจัดกิจกรรมโครงการในชุมชนที่เป็นการบูรณาการด้านสุขภาพ สังคม อารมณ์ และพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ[9]

จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการคิด ตัดสินใจและการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพจะเป็นการเพิ่มศักยภาพในการจัดการกับโรคของตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงเป็นกลวิธีหนึ่งที่นำมาใช้ในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาล/บุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในการบริการปฐมภูมิมีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมทางสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จึงขอนำเสนอในแต่ละประเด็น 1) โรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2) แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3) แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการประยุกต์ใช้ Gibson's empowerment process (1993)[10]

โรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

1) สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองและการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยโรคหลอดเลือด

สมองเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 2 ของประชากรอายุมากกว่า 60 ปีและสาเหตุการตายเป็นอันดับ 5 ของประชากรอายุมากกว่า 15-59 ปี โดยในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกประมาณ 6 ล้านคน[1] สำหรับประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1[2] หากผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของโรคที่รุนแรงอาจส่งผลกระทบต่อชีวิต และก่อให้เกิดความพิการในระยะยาว บางรายมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงหรือไม่สามารถปรับตัวได้ อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เป็นภาระของครอบครัว สังคมและประเทศชาติ

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของโรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้มีอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรงเคลื่อนไหวไม่ได้ หรือเคลื่อนไหวลำบากอย่างทันทีทันใด เป็นนาที หรือเป็นชั่วโมง โดยแบ่งเป็น 2 ประเภทตามลักษณะที่เกิด คือ โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน (Ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) หากเป็นในระดับที่รุนแรงจะทำให้เสียชีวิตได้ ดังนั้นผู้ป่วยจะมีอาการแสดงหรือสัญญาณเตือนที่เรียกว่า BEFAST โดย B ย่อมาจาก Balance หมายถึง การสูญเสียการทรงตัว เช่น มีอาการวิเวียนศีรษะ ทรงตัวไม่ได้ E ย่อมาจาก eye หมายถึง การมีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น มองไม่ชัด อาจเป็นได้ทั้งข้างเดียวหรือสองข้าง F ย่อมาจาก face หมายถึงการมีอาการอ่อนแรงของใบหน้า หน้าเบี้ยว ปากเบี้ยวครึ่งซีก A ย่อมาจาก arm หมายถึง การมีอาการอ่อนแรงของแขน ขาซีกใดซีกหนึ่ง S ย่อมาจาก speech หมายถึง การพูดที่ผิดปกติไปจากเดิม และ T ย่อมาจาก time หมายถึง ระยะเวลาที่นำส่งโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุดเพื่อรับการรักษา[11] ซึ่งปัจจัยเสี่ยงสำคัญ 3 ประการที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง คือ 1) ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ ได้แก่ (1) อายุ โอกาสเป็นโรคหลอดเลือดในสมองมากขึ้นตามวัย (2) เพศ ผู้ชายมีความเสี่ยงเป็นโรคหลอดเลือดในสมองมากกว่าผู้หญิง (3) ชาติพันธุ์ พบโรคหลอดเลือดในสมองในคนผิวดำมากกว่าคนผิวขาว (4) พันธุกรรม ผู้ที่มีประวัติครอบครัวสายตรงมีโอกาสเป็นมากกว่าผู้อื่น 2) ปัจจัยเสี่ยงแน่ชัดที่ปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ (1) โรคความดันเลือดสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดของโรคหลอดเลือดสมอง มีความเสี่ยงมากกว่าคนปกติ 3-7 เท่า ค่าความดันตัวบนตั้งแต่ 140 mmHg. ขึ้นไปจะเป็นอันตรายต่อผนังหลอดเลือด (2) โรคเบาหวาน ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีความเสี่ยงเป็น 2-4 เท่า ของคนปกติ (3) โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคเหล่านี้ทำให้มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 2 เท่า (4) ผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน พบว่า ร้อยละ 6-7 ของคนที่เคยเป็นจะกลับมาเป็นซ้ำได้อีกและจะมีความรุนแรงมากกว่าครั้งก่อน (5) การสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงการเป็นโรคนี้มากถึง 3 เท่าของผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ผู้ที่อยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่ จะมีความเสี่ยงเกิดโรคนี้เท่ากับผู้ที่หยุดสูบบุหรี่ 2 ปี (6) ภาวะไขมันในเลือดสูง เนื่องจากการมีโคเลสเตอรอลในเส้นเลือดสูงจะทำให้เกิดการการตีบอุดตันของไขมันในหลอดเลือด ทำให้การไหลเวียนเลือดไม่สะดวก อาจทำให้สมองขาดเลือดได้ 3) ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่ ความเครียด การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ที่มีไขมันสูง รสจัด เค็มจัด หวานจัด ดื่มสุรา

โรคอ้วน การพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นผลให้เกิดโรคเรื้อรังที่อาจก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้[3] ดังนั้นการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนนั้นสามารถป้องกันได้ด้วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพของตนเองด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตและการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ เป็นต้น

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต ได้แก่ 1) การไม่สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมองโดยพบว่า คนที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงมากกว่าคนไม่สูบถึง 3 เท่า แต่เมื่อลดปริมาณการสูบบุหรี่ลง 2-5 ปี ความเสี่ยงก็จะค่อย ๆ ลดลง หรือเลิกไปแล้ว 5 ปี ความเสี่ยงจะเหลือเท่ากับคนไม่สูบบุหรี่ 2) การออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอโดยมากกว่า 40 นาทีต่อวัน และ 3-4 วันต่อสัปดาห์ จะเป็นการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองได้ 3) การควบคุมน้ำหนักและอาหาร ความอ้วนเป็นสาเหตุของโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง จึงควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง กากใยน้อย อาหารรสจัด เช่น เค็มจัด หวานจัด และจากการศึกษาพบว่า การลดน้ำหนัก 5.1 กิโลกรัม สามารถลดความดันโลหิตได้ 3.6-4.4 มิลลิเมตรปรอท การบริโภคอาหารที่มีกากใย เช่น ผักและผลไม้ช่วยในการลดระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ เช่น อาหาร DASH (The Dietary Approaches to Stop Hypertension diet) คือ อาหารที่ประกอบไปด้วยผักและผลไม้ ธัญพืช อาหารไขมันต่ำ ลดเค็ม 4) การใช้แอลกอฮอล์และยาเสพติด การดื่มสุราในปริมาณที่มากกว่า 5 แก้วต่อวัน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ควรดื่มในปริมาณที่เหมาะ คือ ผู้ชายไม่ควรดื่มมากกว่าวันละ 2 แก้ว และผู้หญิงที่ไม่ตั้งครรภ์ไม่ควรดื่มเกินวันละ 1 แก้ว และการใช้ยาเสพติด เช่น เฮโรอีน โคเคน และยาแอมเฟตามีน เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากมีผลต่อการแข็งตัวของเกร็ดเลือด มีผลต่อระบบการไหลเวียนเลือด เป็นสาเหตุของการเกิดลิ่มเลือดและเยื่อบุหัวใจอักเสบ[12] จะเห็นได้ว่าการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในการบริการปฐมภูมิเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ โดยการเสริมสร้างความสามารถในตนเองให้ผู้ป่วยมีการคิดวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพเหมือนกันและบุคลากรทางสุขภาพจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองและเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการปฏิบัติงานของพยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพในการดูแลสุขภาพ เพื่อการบรรลุสุขภาวะของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

การให้พลังอำนาจหรือการมอบอำนาจ ตรงกับคำว่า empower เป็นการส่งเสริมความสามารถให้ (to give ability to, enable)[13] พลังอำนาจไม่ใช่ความสามารถที่เป็นมาแต่กำเนิดแต่เป็นความสามารถที่พัฒนาให้เกิดขึ้นในบุคคลได้ การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยการช่วยเหลือให้บุคคลพัฒนา

ขีดความสามารถในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของตนเองรวมทั้งเป็นกระบวนการส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการเป็นเจ้าของชีวิตตนเองโดยการมีส่วนร่วมในกระบวนการร่วมกับพยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพ[5,14]

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในบริบทของการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง กิบสันได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจไว้ว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความสามารถในการควบคุม กำกับการดำรงชีวิตของตนเองโดยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก และการทำงานร่วมกันจะเป็นการเชื่อมโยงทรัพยากรที่มีอยู่ภายในและภายนอกของบุคคลและที่มีอยู่ในชุมชน รวมทั้งเป็นกระบวนการที่เป็นการหาทางออกในการแก้ไขปัญหา ส่งเสริมการให้คุณค่าในตนเองเน้นความสามารถของบุคคลมากกว่าข้อจำกัดหรือจุดด้อยของบุคคล โดยสรุปการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันเป็นแนวคิดที่อธิบายกระบวนการทางสังคมของการแสดงการยอมรับชื่นชม (recognizing) การส่งเสริม (promoting) และการเสริมสร้างความสามารถของบุคคล (enhancing people's abilities) ในการตอบสนองความต้องการของตนเอง แก้ไขปัญหาด้วยตนเองและความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เพื่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองและรู้สึกว่าตนมีอำนาจสามารถควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตนเองได้[5] จะเห็นได้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการส่งเสริมความสามารถให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจะเป็นหุ้นส่วนในการดูแลสุขภาพตนเองร่วมกับทีมสุขภาพโดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอิสระในการคิดวิเคราะห์ แก้ไขปัญหาและความต้องการของตนเอง ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยด้วยกัน ซึ่งจะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรครวมทั้งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ส่วนประกอบของแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย[15]

1) การตัดสินใจด้วยตนเอง (self-determination) พื้นฐานของการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นผู้ป่วยมีสิทธิมีความสามารถในการตัดสินใจเลือกแนวทางในการปฏิบัติด้วยตัวเองรวมทั้งได้รับการปฏิบัติด้วยความเคารพและยอมรับฟังอย่างแท้จริง การมีส่วนร่วมในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจและการตัดสินใจด้วยตนเองจึงเป็นหลักการในการเสริมสร้างพลังอำนาจ[16]

2) ความร่วมมือและความสัมพันธ์ที่เกื้อกูล (Mutual partnership and supportive relationship) กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจนั้นต้องมีการส่งเสริมความสัมพันธ์ที่อยู่บนพื้นฐานของความเคารพและไว้วางใจซึ่งกันและกันด้วยการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด มีการรับฟังด้วยท่าทีกระตือรือร้นและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประสบการณ์ของผู้ป่วยแต่ละคน การสำรวจปัญหา และการพัฒนาวิธีการแก้ไขปัญหาโดยการมีส่วนร่วมในบรรยากาศที่เป็นกันเอง ก่อให้เกิดความรู้สึกของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วย[17] ความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลจะช่วยลดความวิตกกังวลจากโรคเรื้อรังในผู้ป่วยและทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่า ไม่ได้อยู่คนเดียว[6]

3) กระบวนการส่งเสริมความสามารถ (an enabling process) หลักการสำคัญของการ

เสริมสร้างอำนาจคือ พลังอำนาจไม่สามารถมอบจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งได้ แต่ถูกสร้างขึ้นภายในบุคคลนั้นเอง กระบวนการส่งเสริมความสามารถนี้เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ การฟังและการรับรู้ความรู้สึกที่มีต่อกันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความมีคุณค่าและส่งเสริมความสามารถในการควบคุมตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้[4,5] กระบวนการส่งเสริมความสามารถนี้ประกอบด้วยการฟังด้วยความกระตือรือร้นและความรู้ที่ได้รับจะนำไปสู่การเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ[15]

สิ่งที่ต้องมีมาก่อนกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

1) แรงจูงใจ เป็นสิ่งที่จำเป็นในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้เกิดขึ้น[18] แรงจูงใจเป็นแรงผลักดันให้บุคคลมุ่งสู่เป้าหมายหรือพฤติกรรมที่ต้องการ ถ้าบุคคลนั้นไม่มีแรงจูงใจการกระทำหรือพฤติกรรมจะเกิดขึ้นไม่ได้และการเสริมสร้างพลังอำนาจจะประสบความสำเร็จได้นั้น ผู้ป่วยต้องเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมการกระทำหรือพฤติกรรมของตนเองได้

2) ศักยภาพของผู้ป่วย การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่แสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่เป็นไปได้หรือตามความจริง[5] โดยบุคคลจะต้องมีความสามารถในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ มีความรู้ในการแก้ไขปัญหา สามารถสะท้อนกลับในพฤติกรรมที่แสดงออกมา มีการเข้าร่วมในกระบวนการและสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองรวมทั้งเน้นความสามารถในความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งจะส่งผลถึงการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การคิดตัดสินใจและความสามารถในการจัดการกับปัญหาของตนเอง[4]

3) พันธมิตร/หุ้นส่วน สิ่งสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล/บุคลากรทางสุขภาพ โดยการสร้างพันธมิตร/หุ้นส่วนนั้น จะต้องอยู่บนพื้นฐานของความไว้วางใจและความเคารพ ซึ่งกันและกัน ความเป็นพันธมิตร/หุ้นส่วนที่มีความเท่าเทียมกันจะทำให้เกิดการดูแลสุขภาพตามความต้องการของผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นในการเสริมสร้างพลังอำนาจ[17]

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยนั้น[10] พยาบาล/บุคลากรทางสุขภาพจะต้องมีความเชื่อพื้นฐาน ดังนี้ 1) ผู้ป่วยเป็นเจ้าของสุขภาพ สุขภาพเป็นเรื่องของแต่ละบุคคลที่จะต้องรับผิดชอบ 2) ผู้ป่วยควรได้รับความเคารพนับถือในศักยภาพเพื่อการสนองตอบต่อเป้าหมายในชีวิต (growth and self-determination) มีความสามารถในการตัดสินใจในเรื่องของตนเอง 3) บุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้ให้การช่วยเหลือให้เกิดความคงทนของพฤติกรรมสุขภาพ รู้จักใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าสามารถควบคุมพฤติกรรม และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง 4) พยาบาล/บุคลากรทางสุขภาพต้องยอมรับความสำคัญของการให้ความร่วมมือกัน ให้อิสระทางความคิด และการตัดสินใจของผู้ป่วย 5) กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเกิดขึ้นได้จากความเคารพนับถือซึ่งกันและกัน ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพและผู้ป่วย สัมพันธภาพเป็นแบบเกื้อกูลกัน 6) มีความเชื่อใจซึ่งกันและกัน

การนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองนั้น ผู้ป่วยจะเป็นบุคคลที่มีความรับผิดชอบในสุขภาพของตนเอง มีแรงจูงใจและ

ความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการจัดการกับโรคที่เป็นอยู่ มีความไว้วางใจและเคารพซึ่งกันและกันในการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแก้ไขปัญหาสุขภาพร่วมกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ และทีมสุขภาพ ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการปฏิบัติงานของพยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน โดยการส่งเสริมความสามารถในการควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการประยุกต์ใช้ Gibson's empowerment process[10]

บทความนี้ผู้เขียนขอนำเสนอกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson, 1993)[10] เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจนี้อยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และการมีส่วนร่วม (collaboration) แบ่งออกเป็น 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (discovering reality)

พยาบาล/บุคลากรทางสุขภาพจะเป็นผู้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเข้าสู่ระยะแรกของกระบวนการโดย การสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่มผู้ป่วยและทีมสุขภาพด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเอง มีการช่วยเหลือเกื้อกูล สร้างความไว้วางใจและการมีส่วนร่วมภายในกลุ่ม เป็นระยะที่ผู้ป่วยยอมรับเกี่ยวกับเหตุการณ์/ปัญหาที่เกิดขึ้น มีการทำความเข้าใจข้อมูลและข่าวสารที่ถูกต้องร่วมกัน ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีการตอบสนอง 3 ด้าน คืออารมณ์ สติปัญญา การรับรู้ และพฤติกรรม

การตอบสนองด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ วิตกกังวลจากการที่ไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ รู้สึกคับข้องใจ คิดว่าตนเองป่วยและไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะสุขภาพที่ดีได้ พยาบาล/บุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการระบายความคิด ความรู้สึกที่มีต่อโรคและการดำรงชีวิตของตนเองรวมทั้งการปรับเปลี่ยนความคิด โดยให้มีความหวังว่าตนเองมีโอกาสที่จะมีอาการดีขึ้นได้ซึ่งการคิดในลักษณะนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดีขึ้น พยายามค้นหาปัญหาสาเหตุที่เกิดขึ้นเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

การตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้ (cognitive responses) ผู้ป่วยจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้าง พยาบาล/บุคลากรทางสุขภาพจะมีส่วนร่วมโดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้ภายในทีมเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่และภาวะแทรกซ้อนจากโรค โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย จากผู้ป่วยคนอื่น ๆ บุคลากรทางสุขภาพ คู่มือ วารสารทางการแพทย์ line feedback และapplication ทางการแพทย์ต่าง ๆ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ผู้ป่วยจะนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้

การตอบสนองทางพฤติกรรม (behavioral responses) ผู้ป่วยจะรับรู้และตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตน ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงปัญหาสุขภาพที่ตนเองเผชิญอยู่และความต้องการในการช่วยเหลือ สนับสนุนจากครอบครัวและทีมสุขภาพ โดยพยาบาล/บุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้ที่ร่วมสนับสนุนให้ผู้ป่วย

มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลตนเอง กิจกรรมนี้จะทำให้ผู้ป่วย เกิดความเข้าใจในการดูแลตนเองและความเชื่อมั่นในตนเอง

ระยะที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (critical reflection)

พยาบาล/บุคลากรทางสุขภาพมีการจัดกิจกรรมทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล เป็นการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการกับโรคเรื้อรังและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยพยาบาล/บุคลากรทางสุขภาพ จะเป็นผู้ให้การสนับสนุนและเอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหาของตนเอง โดยการคิดวิเคราะห์อย่างมีวิจารณญาณ ฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้น ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ ความพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกาย ความวิตกกังวล และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและการดูแลตนเองในการป้องกันโรค การรับประทานยาและการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันรวมทั้งการแสวงหาทางเลือก ทำให้เกิดความเข้าใจและนำไปสู่การแก้ปัญหาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (a sense of personal control) จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดว่าตนไม่ได้ไร้ความสามารถ สิ่งที่ได้กระทำเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะช่วยในการดูแลตนเอง ทำให้ตระหนักถึงความเข้มแข็งและศักยภาพของตนเอง เกิดความรู้สึกมั่นใจในความรู้ความสามารถ การตัดสินใจและทักษะในการดูแลตนเองมากขึ้น

ระยะที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (taking charge)

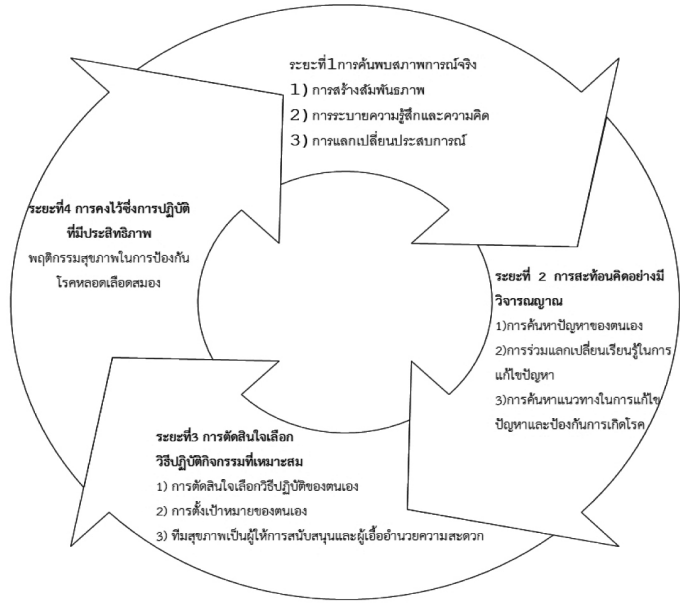
ผู้ป่วยจะมีการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและคิดว่าดีที่สุดสำหรับตนเอง โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและทีมสุขภาพ มีการแลกเปลี่ยนความคิดข้อมูลร่วมกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ และทีมสุขภาพเพื่อช่วยประกอบการตัดสินใจในการดูแลรักษาต่อไป ซึ่งการตัดสินใจอยู่ภายใต้เงื่อนไข คือ 1) เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเองได้ 2) สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ 3) การได้รับความเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ 4) การร่วมปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ และ 5) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ ดังนั้นในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีทางเลือกในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค อาการและความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง มีการแบ่งปันประสบการณ์เกี่ยวกับทางเลือกที่ตนเองได้ตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติ โดยพยาบาล/ทีมสุขภาพจะเป็นผู้ให้การสนับสนุนและเอื้ออำนวยความสะดวก

ระยะที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on)

เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่พยาบาล/บุคลากรทางสุขภาพได้จัดกิจกรรมการมีส่วนร่วมให้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยจะมีการปฏิบัติตนตามพันธะสัญญาที่ให้ไว้กับตนเองและทีมสุขภาพ เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าตนเองมีพลังอำนาจและความสามารถใน

การควบคุมตนเองและการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อไป ดังภาพที่ 1

การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1993)[10] เป็นกระบวนการระหว่างบุคคล ในแต่ละขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีความต่อเนื่องกันและสามารถเกิดสลับไปมาได้ในแต่ละบุคคล ผลลัพท์ที่เกิดจากการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้ 1) ระดับผู้ป่วย ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการดูแลตนเองรวมทั้งการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา ผลกระทบทางร่างกาย จิตสังคมและการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตจากการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และตัดสินใจเพื่อพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและทีมสุขภาพเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะมีความพึงพอใจในการรักษาร่วมกับทีมสุขภาพ มีการตระหนักในตนเองเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพรวมทั้งการพัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหา การดำเนินการจัดการสุขภาพของตนเอง 2) ระดับชุมชน เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การบริการด้านสาธารณสุขและสังคมที่สอดคล้องกับปัญหาและ ความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน การออกแบบโครงการทางสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ผู้ป่วยและครอบครัวมี



ภาพที่ 1 รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (ดัดแปลงจากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน Gibson, 1993[10])

ความเข้าใจในการเข้าถึงระบบการบริการสุขภาพได้ดีขึ้น รวมทั้งมีการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองในผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง[19]

จากรูปแบบดังกล่าวทำให้เห็นแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมความสามารถและความมั่นใจในตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นการดึงศักยภาพ ที่มีในตนเองของผู้ป่วยมาใช้ในการคิด ตัดสินใจและแก้ไขปัญหาของตนเอง โดยการมีอิสระทางความคิด การเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ในการปฏิบัติกิจกรรมในการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง

การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเอง รวมทั้งความสามารถควบคุมการดำเนินชีวิต มีความนับถือตนเอง มีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค พยาบาล/บุคลากรทางสุขภาพจึงเป็นผู้กระตุ้นแรงจูงใจในผู้ป่วย ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยการมีสัมพันธภาพที่ดี การยอมรับในศักยภาพซึ่งกันและกัน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เชื่อมั่นในการดูแลตนเองและส่งเสริมเกิดพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
2. Division of Non communicable Disease, Ministry of Public Health, Thailand. CBI NCDs. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2017. (in Thai)
3. Boehme AK, Esenwa C, Elkind MSV. Stroke risk factors, genetics, and prevention. Circ Res 2017;120(3):472–95.
4. Bravo P, Edwards A, Barr PJ, Scholl I, Elwyn G, McAllister M. Conceptualising patient empowerment: a mixed methods study. BMC Health Service Research 2015;15:252. doi 10.1186/s12913-015-0907-z
5. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. J Adv Nurs 1991;16(3):354-61.
6. Wahlin I. Empowerment in critical care-a concept analysis. Scand J Caring Sci 2017;31(1):164-74.
7. Holmstrom I, Röing M. The relation between patient-centeredness and patient empowerment: a discussion of concepts. Patient Educ Couns 2010;79(2):167-72.
8. Cooper H, Booth K, Fear S, Gill G. Chronic disease patient education: lessons from meta-analyses. Patient Educ Couns 2001;44(2):107-17.

9. Funnell MM. Patient empowerment: What does it really mean? Patient Educ Couns 2016;99(12):1921-22.
10. Gibson CH. A study of empowerment in mothers of chronically ill children [Thesis]. Boston: Boston College;1993.
11. Pickham D, Valdez A, Demeestere J, Lemmens R, Diaz L, Hopper S, et al. Prognostic Value of BEFAST vs. FAST to Identify Stroke in a Prehospital Setting. Prehosp Emerg Care 2019;23(2):195-200.
12. Goldstein LB, Sacco RL. Stroke pathophysiology, diagnosis, and management: preventing a first stroke. 6th ed. Beijing: Elsevier Health Sciences; 2016
13. Llewwllyn WA. Webster's ninth new collegiate dictionary. Springfield, MA: Merriam-Webter; 1989.
14. Ellis-Stoll CC, Popkess-Vawter S. A concept analysis on the process of empowerment. Adv Nurs Sci 1998;(21):62–8.
15. Weisbeck S, Lind C, Ginn C. Patient empowerment: an evolutionary concept analysis. Int J Caring Sci [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 7];12(2):1148–55. Available from: https://pdfs.semanticscholar.org/6632/549bfb4ba6d5b46f5786cdb8250ecec996bb.pdf
16. Castro EM, Van Regenmortel T, Vanhaecht K, Sermeus W, Van Hecke A. Patient empowerment, patient participation and patient centeredness in hospital care: a concept analysis based on a literature review. Patient Educ Couns 2016;99(12):1923-39.
17. Hagiwara E, Futawatari T. A concept analysis: empowerment in cancer patients. The Kitakanto Medical Journal 2013;63(2):165-74.
18. Akpotor ME, Johnson A. Client empowerment: a concept analysis. Int J Caring Sci 2018;11(2):743-50.
19. Kayser L, Karnoe A, Duminski E, Somekh D, Vera-Muøoz C. A new understanding of health related empowerment in the context of an active and healthy ageing. BMC Health Serv Res 2019;19:242.