

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน เขตพื้นที่บริการของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝั่งแดง จังหวัดนครพนม

Effects of the Health Promotion Program for the Elderly Chronic illness in the Community of
Service Area of Fang Daeng Health Promoting Hospital, Nakhon Phanom Province.

(Received: June 16,2024 ; Revised: June 19,2024 ; Accepted: June 22,2024)

กรรณิมา ฝารามมี¹,รินทร์หทัย ธนพรสิทธิกุล²,ผกาพรรณ อังคนาราวพันธุ์¹,อุเทน สุทิน³
Kanthima Faramee¹, Rinhatthai Tanapornsitthikun ²,Phakapan Unkanawarapan¹,Uten Sutin³

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบ 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 51 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF-THAI) และแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ สถิติที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังเบื้องต้นใช้การทดสอบค่าที่ Dependent t-testหรือ Fisher's exact test และสถิติที่ใช้เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ค่าคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กรณีข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นด้วยการทดสอบค่าที่ Independent t test

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพชีวิต ($t = 18.89$, 95%CI = 1.30 ถึง 1.61) และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ($t = 19.79$, 95%CI = 1.43 ถึง 1.76) หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .0001$ และหลังการทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน คุณภาพชีวิต ($t = 27.95$, 95%CI = 1.35 ถึง 1.55) และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ($t = 23.60$, 95%CI = 1.46 ถึง 1.72) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .0001$

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, โรคเรื้อรัง

Abstract

The purpose of this research study is to develop and study the results of using a health promotion program for elderly people with chronic illnesses in the community. This research is quasi-experimental research. (Quasi-experimental research design) 2 groups, experimental group and control group, totaling 51 people per group. The tools used to collect data include personal information questionnaires. Brief World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF-THAI) and the Spiritual Well-Being Scale, statistics used in the study General personal information using descriptive statistics by distributing frequencies, percentages, finding averages and standard deviations. Preliminary analysis of pre-and post-score comparisons was done using the Dependent t-test or Fisher's exact test and statistics used to compare the 2 groups. Score values between the experimental group and the control group. In the case where the data is in accordance with the preliminary agreement using the independent t test.

The results showed that the experimental group had high mean scores for quality of life ($t = 18.89$, 95%CI = 1.30 to 1.61) and spiritual well-being ($t = 19.79$, 95%CI = 1.43 to 1.76) after the experiment. than before the trial with statistical significance at $P < .0001$ and after the trial of the health promotion program for chronically ill elderly in the community,

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จังหวัดนครพนม

³ อาจารย์สถาบันพระบรมชนก วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี Address Correspondence to author

quality of life ($t = 27.95$, 95%CI = 1.35 to 1.55) and mental well-being Spirituality ($t = 23.60$, 95%CI = 1.46 to 1.72) between the experimental group and the control group was significantly different at $P < .0001$.

Keywords: Health promotion program, Elderly, Chronic illness

บทนำ

ในยุคสังคมปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางประชากรอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการเปลี่ยนเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงวัยซึ่งเป็นปัญหาทั่วโลก โดยพบว่าระหว่าง พ.ศ. 2550-2560 สัดส่วนของผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นร้อยละ 13 ของประชากรโลก¹ ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมเกิดขึ้นในช่วง 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมา มีการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี 2565 มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 19.21 ของประชากรทั้งหมด² มีอัตราส่วนการเป็นภาระวัยผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 29.67 จังหวัดนครพนมมีประชากรผู้สูงอายุเพศชาย จำนวน 43,216 เพศหญิง จำนวน 54,573 ราย คิดเป็นผู้สูงอายุร้อยละ 18.53 ของประชากรทั้งหมดในจังหวัด คิดเป็นอัตราส่วนการเป็นภาระวัยผู้สูงอายुर้อยละ 24.57 และอำเภอธาตุพนมมีอัตราส่วนการเป็นภาระคิดเป็นร้อยละ 58.1³ จะเห็นได้ว่าจังหวัดนครพนมเข้าสู่ภาวะสังคมสูงวัยสูงกว่าร้อยละ 10 (Aging Society) พ.ศ. 2560 สถานการณ์ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่าเป็นโรคเบาหวาน 98 ล้านราย จากจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 425 ล้านรายทั่วโลก และคาดการณ์ว่าในปี 2588 จะมีจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 191 ล้านราย คิดเป็น ร้อยละ 94.8 ของผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก⁴ ในขณะที่โรคความดันโลหิตสูงก็ถือเป็นภัยเงียบเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่แสดงอาการแต่ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การทำให้ประสาทตาเสื่อม เกิดภาวะสมองตีบ เป็นต้น ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงถึง 7.5 ล้านราย คาดว่าในปี 2568 จะมีอัตราผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 1.56 พันล้านราย ปัญหาที่พบได้ในผู้สูงอายุส่วนใหญ่คือปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่สะสมต่อเนื่องจนทำให้

เกิดโรคเรื้อรังไม่ว่าจะเป็น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง โรคเมเร็ง ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้คุณภาพชีวิตด้อยลง⁵

ความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจึงมีการดำเนินนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพ ในปัจจุบันจึงมีการศึกษาการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ^{6,7} ได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับค่อนข้างดีได้แก่ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านจิตใจ สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมมีระดับคุณภาพชีวิตค่อนข้างดีเฉพาะด้านสิ่งแวดล้อมและด้านร่างกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านจิตใจอยู่ในระดับค่อนข้างไม่ดี ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การจัดการกับความเครียดโดยรวมดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อสนับสนุนการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุ^{7,8} ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคไขมันในเลือด โรคเบาหวาน และโรคเกาต์ คิดเป็นร้อยละ 53.2, 35.4, 22.4, 19.0, 18.1 และ 5.6 ตามลำดับ⁹ ปี 2566 จังหวัดนครพนมมีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 11.08, 7.39, 1.71 และ 0.93 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2564-2566 เขตอำเภอธาตุพนมมีจำนวนผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี ป่วยด้วยความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 35.38, 36.19 และ 36.79 ตามลำดับ ป่วยด้วยโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 22.08, 22.63 และ 23.73 ตามลำดับ ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 2.04, 2.07 และ 1.94 ตามลำดับ และป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 10.71, 15.94 และ 17.86 ตามลำดับ¹⁰ แม้จะมีการส่งเสริมสุขภาพตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการขับเคลื่อนสุขภาพผู้สูงวัยด้วยพลังเครือข่ายชุมชน มีการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดีสำหรับผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามจากสถิติผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในช่วง 3 ปีย้อนหลังกลับมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น

จากจำนวนสถิติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุและการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคติดต่อเรื้อรังเพื่อสอดคล้องกับนโยบายของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในแผนส่งเสริมสุขภาพดีในผู้สูงอายุโดยมีองค์ประกอบการส่งเสริมสุขภาพและจัดการปัจจัยเสี่ยง 6 ด้าน คือ 1. โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ 2. การเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ 3. สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ 4. ผู้สูงอายุสมองดี 5. ความสุขของผู้สูงอายุ 6. สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ¹¹⁻¹² โดยการประยุกต์นวัตกรรมในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริม การฟื้นฟูความจำ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การดูแลเรื่องโภชนาการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายผนวกกับ

การสร้างพลังใจฝึกฝนสมาธิ และกิจกรรมการสร้างเครือข่ายทางสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยว อันเป็นภาพรวมต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตตามกรอบของ WHO ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม¹³

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝั่งแดง จังหวัดนครพนม
2. เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝั่งแดง จังหวัดนครพนม

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบ 2 กลุ่มวัดประกอบกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 51 คน ทดสอบก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน เขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝั่งแดง จังหวัดนครพนม โดยการใช้แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุประกอบด้วย 6 กิจกรรม ระยะเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 7-9 การติดตามทุก 1 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 10-12 ติดตามและประเมินผล รวม 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในตำบลฝั่งแดง อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม จำนวน 1,205 ราย ราย มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือหัวใจและหลอดเลือด โดยการวินิจฉัยของแพทย์

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G Power version 3.1.9.4 กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5, $\alpha = 0.05$, Power = 0.70 ได้กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 51 คน ใช้เทคนิคการจับคู่ (pair matching) เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน โรคเพศ อายุ ระดับการศึกษา โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี โดยมีค่า ADL ≥ 12 2) เป็นผู้ที่มิภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ 3) สามารถเข้าใจ อ่านเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาในการได้ยิน มองเห็น หรือการสื่อสาร

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria) 1) มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีค่า ADL < 12 2) เป็นผู้ที่มีสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว

3. ไม่สามารถอ่าน เขียน มองเห็นหรือสื่อสารได้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ
2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ 1) ด้านสุขภาพร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และการแปลผลคะแนนระดับคุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 3 ระดับการแปลผลดังนี้ คะแนน 1.00 – 2.33 คะแนน หมายถึง ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับน้อย คะแนน 2.34 – 3.67 คะแนน หมายถึง ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางคะแนน 3.68 – 5.00 คะแนน หมายถึง ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก ค่าคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน

บาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าคะแนน 0.80 ขึ้นไป

3. แบบวัดความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ จำนวน 20 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประเมินค่า Rating scale 6 ระดับ จำนวน 20 ข้อ การแปลผลคะแนนแบบอิงเกณฑ์ ดังนี้ 1.00 – 2.33 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณน้อย 2.34 – 3.67 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณปานกลาง 3.68 – 5.00 หมายถึง มีระดับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับมาก ค่าคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าคะแนน 0.85 ขึ้นไป

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตโดยใช้นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model) ประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก 3 กิจกรรมการติดตามและประเมินผล โดยทำกิจกรรม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ รวมเป็นระยะเวลา 9 สัปดาห์โดยมีกิจกรรมดังนี้ **สัปดาห์ที่ 1** สร้างสัมพันธ์ภาพและพัฒนาความจำ **สัปดาห์ที่ 2** การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค **สัปดาห์ที่ 3** การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค **สัปดาห์ที่ 4** การรับรู้ต่ออุปสรรค **สัปดาห์ที่ 5** สร้างเสริมพลังกายพลังใจ ด้วยกิจกรรม “สุขสบายด้วยโยคะ” **สัปดาห์ที่ 6** การสร้างพลังความเข้มแข็งทางจิตใจ **สัปดาห์ที่ 7-9** การติดตามทุก 1 สัปดาห์ **สัปดาห์ที่ 10-12** การติดตามและประเมินผล โดยกลุ่มควบคุม จะได้รับเอกสาร ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต แนะนำเรื่องการดูแลตนเองที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

วิธีดำเนินการวิจัย

1. เจ้าหน้าที่ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรม เก็บรวบรวมข้อมูล ทัวไปด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทัวไป แบบประเมิน

คุณภาพชีวิต และแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ
ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 1

2. จัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดในกลุ่ม
ทดลอง จำนวน 12 สัปดาห์

3. เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปหลังการทดลองด้วย
แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินคุณภาพชีวิต
และแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุม ในสัปดาห์ที่ 12

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม หาค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด-ต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง ทดสอบการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการทดลองภายในกลุ่มเดียวกันจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตและแบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ กรณีข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นใช้การทดสอบค่าที่ Dependent t-test หรือ Fisher's exact test กรณีข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นใช้สถิติ Wilcoxon test และสถิติที่ใช้เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม ค่าคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กรณีข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นด้วยการทดสอบค่าที่ Independent t test หรือกรณีข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นใช้สถิติ Mann-Whitney U test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการวิจัย 142/66 วันที่รับรอง 15 ธันวาคม 2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 51 รายพบว่ากลุ่ม

ทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.31 อายุระหว่าง 60 – 84 ปี เฉลี่ย 66.78 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร/ชาวนา/ชาวสวน ร้อยละ 82.35 มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 1,000 – 5,000 บาท ร้อยละ 58.82 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.47 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 58.82 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-5 คน ร้อยละ 84.31 สภาวะทางสุขภาพพบว่าไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 94.12 ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 80.39 ปัจจุบันออกกำลังกาย ร้อยละ 88.23 มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานและความดัน ร้อยละ 37.65 กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.31 อายุระหว่าง 60 – 84 ปี เฉลี่ย 66.78 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร/ชาวนา/ชาวสวน ร้อยละ 84.31 มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 1,000 – 5,000 บาท ร้อยละ 78.43 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.51 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 68.63 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-5 คน ร้อยละ 82.35 สภาวะทางสุขภาพพบว่าไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 94.12 ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 86.27 ปัจจุบันออกกำลังกาย ร้อยละ 90.20 มีโรคประจำตัว เป็นเบาหวาน ร้อยละ 68.00 และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.00 ตามลำดับ

2. เปรียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านคุณภาพชีวิต

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน เขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝั่งแดง จังหวัดนครพนม พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม กลุ่มทดลองก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.07, SD. = 0.24) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับมาก (Mean = 4.53, SD. = 0.42) ข้อที่มีค่าคะแนนสูงสุดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมคือ ท่านรู้สึกพอใจในตนเอง มากน้อยแค่ไหน (Mean = 3.39, SD. = 0.79 และ Mean = 4.86, SD. = 0.34) ตามลำดับ

คะแนนเฉลี่ยกลุ่มควบคุมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม

อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.07, SD. = 0.29) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.08, SD. = 0.30) ข้อที่มีค่าคะแนนสูงสุดก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมคือท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด (Mean = 3.37, SD. = 1.08) ข้อที่มีค่าคะแนนสูงสุดหลังการเข้าร่วมโปรแกรมคือท่านมีความสุขหรือไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวลบ่อยแค่ไหน (Mean = 3.39, SD. = 0.86)

3. คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน เขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝั่งแดง จังหวัดนครพนม พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลองก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.04, SD. = 0.08) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.64, SD. = 0.12) ข้อที่มีค่าคะแนนสูงสุดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมคือ ท่านรู้สึกว่ายังมีความหวังในชีวิต (Mean = 3.16, SD. = 0.75 และ Mean = 4.80, SD. = 0.44) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean diff.	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				Lower	Upper
กลุ่มทดลอง									
คุณภาพชีวิต	3.07	0.59	4.53	0.13	1.46	18.89	0.000	1.30	1.61
ความพึงพอใจทาง จิตวิญญาณ	3.04	0.59	4.64	0.13	1.60	19.79	0.000	1.43	1.76
กลุ่มควบคุม									
คุณภาพชีวิต	3.07	0.34	3.08	0.35	0.01	1.59	0.12	-0.003	0.03
ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ	3.04	0.56	3.05	0.46	0.006	0.17	0.87	-0.065	0.08

P < 0.05

5.เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต และความพึงพอใจทางจิตวิญญาณระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ค่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มควบคุมก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.04, SD. = 0.12) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.05, SD. = 0.20) ข้อที่มีค่าคะแนนสูงสุดก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมคือท่านเชื่อว่าการทำความดีจะทำให้ชีวิตพบกับความสุขได้ (Mean = 3.33, SD. = 0.78) ข้อที่มีค่าคะแนนสูงสุดหลังการเข้าร่วมโปรแกรมคือ ท่านรู้สึกว่าการใช้ชีวิตเป็นประสบการณ์ที่ดีงามอย่างหนึ่ง (Mean = 3.61, SD. = 0.89)

4. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน ภายในกลุ่มทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต (t = 18.89, 95%CI = 1.30 ถึง 1.61) และความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ (t = 19.79, 95%CI = 1.43 ถึง 1.76) ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อย่างไรก็ตามค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจทางจิตวิญญาณภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน เขตพื้นที่

บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝั่งแดง จังหวัดนครพนม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังการทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน เขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝั่งแดง

จังหวัดนครพนม พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ($t = 27.95$, $95\%CI = 1.35$ ถึง 1.55) และความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ($t = 23.60$, $95\%CI = 1.46$ ถึง 1.72) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต และความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		Mean diff.	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				Lower	Upper
คุณภาพชีวิต									
ก่อนทดลอง	3.07	0.59	3.07	0.34	0.005	0.05	0.96	-0.18	0.19
หลังทดลอง	4.53	0.13	3.08	0.35	1.45	27.95	0.000	1.35	1.55
ความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ									
ก่อนทดลอง	3.04	0.59	3.04	0.56	0.001	0.009	0.99	-0.23	0.22
หลังทดลอง	4.64	0.13	3.05	0.46	1.59	23.60	0.000	1.46	1.72

$P < 0.05$

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาได้พัฒนานวัตกรรมด้านโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิต โดยใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model) ประกอบด้วย 6 กิจกรรมหลัก เริ่มจากในสัปดาห์แรกผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม ได้ทำกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพและพัฒนาความจำด้วยบรรยากาศที่ผ่อนคลายเป็นกันเอง และสร้างความสนุกสนานด้วยการเล่นเกมสันทนาการ เป็นกระบวนการสร้างความคุ้นเคย ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมการพัฒนาความจำจากสมุดภาพฟื้นฟูความจำ โดยการใช้ภาพถ่าย โปสเตอร์ ตัว บัตรหรือสิ่งของที่เคยเก็บไว้ที่บ้านนำมาทำกิจกรรมบอกเล่าเรื่องราวให้เพื่อนสมาชิกได้รับฟัง^{14,15} สัปดาห์ที่ 2 คือการฟังบรรยายด้านความรู้เกี่ยวกับโรคร้ายที่ผู้สูงอายุได้เผชิญอยู่ เช่น เบาหวาน ความดัน ปอดอักเสบเรื้อรัง โรคหัวใจและ

หลอดเลือด เป็นต้น ผู้สูงอายุได้เกิดองค์ความรู้ใหม่จากการเติมความรู้โดยการรับฟังบรรยาย และการดูภาพวิถีทัศน์ สร้างความรู้ และเกิดการเรียนรู้การเกิดโรคภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการเกิดภาวะฉุกเฉินของแต่ละโรค¹⁶⁻¹⁸ ในสัปดาห์ที่ 4 เริ่มเข้าสู่กระบวนการคิดวิเคราะห์ โดยผู้สูงอายุร่วมกันระดมความคิดโดยเขียนลงกระดาษว่าอุปสรรคของตนเองในการดูแลสุขภาพ มีอะไรบ้าง เช่น ปัญหาอุปสรรคเรื่องการเดินทาง ค่าใช้จ่าย การหลงลืม ขาดที่พึ่งพา ต่างๆ เป็นต้น และเพื่อนร่วมทีมร่วมกันหาทางออกในการลดปัญหา และอุปสรรคของแต่ละบุคคล¹⁹ ตามด้วยกิจกรรมพึ่งพาเพื่อนรักโดยอาศัยการมีอายุในช่วงวัยเดียวกัน การต้องเผชิญกับโรคร้ายเหมือนกันเพื่อลดช่องว่างในการให้คำปรึกษาและรู้สึกอุ่นใจ สามารถระบายความทุกข์ใจได้โดยการสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ด้วยกิจกรรมพึ่งพาเพื่อนรักและสรรหาบุคคลต้นแบบเพื่อเป็น

แบบอย่างและให้คำปรึกษา²⁰ สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมเพื่อสร้างสมรรถนะทางกายและใจด้วยการออกกำลังกายด้วยวิธีโยคะอย่างง่ายที่ผู้สูงวัยสามารถทำได้ นอกจากจะเป็นการช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อทำให้รู้สึกสบายตัว กิจกรรมสุขสบายด้วยโยคะยังช่วยส่งเสริมการสร้างสมาธิ ความมุ่งมั่น เมื่อผู้สูงอายุเริ่มเข้าสู่กระบวนการสงบทางด้านจิตใจ²¹ สัปดาห์ที่ 6 จึงปิดท้ายด้วยกิจกรรมการสร้างความเข้มแข็งทางด้านจิตใจด้วยกิจกรรม พบพระนั่งสมาธิการนำวิธีการฝึกลมหายใจ การนั่งสมาธิและสวดสรรเสริญพระรัตนตรัยเพื่อส่งเสริมพลังบวกทางความคิดพัฒนาจิตใจเข้าสู่ความผาสุกทางจิตวิญญาณ จากกิจกรรมทั้งหมดทุกกระบวนการทำให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาทักษะในการออกแบบสิ่งของตัวเอง เกิดความภาคภูมิใจรู้สึกมีคุณค่า²² มีการใช้นวัตกรรมทั้งกล่องลิ้มกินยา สมุดเมนูอาหาร การส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยโยคะ ล้วนแต่เป็นกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตตามด้วยกิจกรรมการพัฒนาจิตใจด้วยการนั่งสมาธิรับฟังคำสอนทางศาสนา เป็นการกล่อมเกล้าให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัย ความผาสุกทางจิตวิญญาณ²³ สัปดาห์ที่ 7-9 การติดตามทุก 1 สัปดาห์ เพื่อดูอุปสรรคต่างๆของกลุ่มทดลอง การบริโภคอาหาร การจัดการกับอารมณ์ และภาวะเครียด การจัดการตัวเองด้านออกกำลังกาย และติดตามพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ การดูแลภาวะสุขภาพร่างกายกับภาวะโรคเรื้อรัง รายบุคคล²⁴ สัปดาห์ที่ 12 มีการติดตามประเมินการมีคุณภาพชีวิต และความผาสุกทางจิตวิญญาณ กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม พบว่ามี ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว การได้รับการสนับสนุนทางสังคมการสร้างเครือข่ายความช่วยเหลือ เช่นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน²⁵ รวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันที่สามารถสนับสนุนในการช่วยเหลือในด้านอุปสรรค เช่น การรับประทานยา การจัดการทางอารมณ์ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่มาพร้อมกับความพึงพอใจทางจิตวิญญาณ²⁶ ร่วมกับลักษณะครอบครัว ชุมชนระบบสุขภาพ²⁷

ข้อเสนอแนะ

จากการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว มุ่งเน้นการให้ความรู้ ทักษะการดูแลตนเอง ส่งเสริมพัฒนาความทรงจำ ทบทวนฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ และการสร้างความผาสุกด้านจิตวิญญาณ โดยอาศัยหลักพุทธศาสนาช่วยกล่อมเกล้านวนคิด ทำให้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวบรรลุวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความผาสุกทางจิตวิญญาณผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนได้

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน เขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝั่งแดง จังหวัดนครพนม ผู้วิจัยได้รับความกรุณาและรับทุนภายใต้โครงการวิจัยการพัฒนาระบบสุขภาพประเทศไทยและนวัตกรรมผู้สูงอายุ งบประมาณแผ่นดิน กองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ผ่านสำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำให้โครงการวิจัยสำเร็จลุล่วงโดยสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กนิษฐ์ ไ้วศิริ, กันยา นาพงษ์ และวิภากร สอนสนาม. (2563). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ, 21(3); 418-431.

2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). สถิติผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 11 สิงหาคม 2566; เข้าถึงจาก:
<https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1962>.
3. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ไซน์.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). คู่มือแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan). จัดทำโดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
5. กรธณัฐ ปัญญาใส, จุฑามาศ กิตติศรี และพิชานาถ เงินดี. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 12(2), 65-74.
6. กัลยาวิร์ อนุพันธ์. (2559). ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2567; เข้าถึงจาก:
<https://myblogcomnurse.blogspot.com/2016/02/health-belive-model.html>.
7. จิรภา วิลารธรรม, จิรัชญา เหล่าคมพดุมจารย์, อติรัตน์ เหล่าคมพดุมจารย์, ยุวดี บุญเนา และพัชรินทร์ บุญเสริม. (2565). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและป้องกันภาวะซึมเศร้าเชิงสังคมและ วัฒนธรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบคุณภาพ, 15(1), 181-195.
8. ฉัตรสมุน พงษ์ภิญโญ. (2558). การทบทวนกฎหมายและนโยบายด้านผู้สูงอายุสู่การจัดการสุขภาพ. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 1(2): 149-163.
9. ณัฐวิธวรรณ พันธัมม, อลิสร่า อยู่เลิศ และสรณรัตน์ ลัทธิต. (2562). ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลกปี 2562. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
10. นฤนาท ยืนยง และวลัยนารี พรหมลา. (2561). โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมอญ จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ, 4(พิเศษ): 390-400.
11. ปัญจพจน์ วัฒนรัตนชัยศิริ. (2563). การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุตำบลสามชุก อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี, 3(2): 52-75.
12. รพีพรรณ สารสมศรี. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 15(2): 92-107.
13. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. (2564). กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) โรคที่เกิดจากพฤติกรรม. สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2566; เข้าถึงจาก:
<https://www.bumrungrad.com/th/health-blog/may-2016/ncds-non-communicable-diseases-symptoms-prevention>.
14. วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2566). การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในวัยสูงอายุ. Available at: <https://ns.mahidol.ac.th> (Accessed: 14 May 2023).
15. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2561). การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ. Available at: <https://www.thaihealth.or.th>. (Accessed: 14 May 2566).
16. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2566). การเผชิญหน้าสังคมผู้สูงอายุโดยท้าทายภาวะ ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น. สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2566 เข้าถึงจาก <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/article/>.
17. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2565). จัปตาสถานการณ์ประชากรสูงอายุทั่วโลกและไทย. สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2566; เข้าถึงจาก: <https://infocenter.nationalhealth.or.th/node/27613>.
18. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. (2566). HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. สืบค้นเมื่อ สิงหาคม 2566; เข้าถึงจาก:
<https://npm.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
19. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิวรรธน์ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิต วงศ์สุวรรณ และราณีกุล พรหมานะจิรัง. (2545). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (Whoqol-Bref-Thai). กรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ. Available at: <https://www.dmh.go.th/test/whoqol/>.
20. ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2563). จัปตาสถานการณ์ประชากร สูงอายุทั่วโลกและไทย. สืบค้นเมื่อ

- 10 กรกฎาคม 2566; เข้าถึงจาก: <https://infocenter.nationalhealth.or.th/node/27613>.
21. อภิเชษฐ์ จำเริญสุข, พิชสุตา เดชบุญ, กฤติเดช มิ่งไม้, ศศิวิมล โพธิ์ภักดิ์, สานุรักษ์ โพธิ์หา และสุชนารีย์ พานิชเจริญ. (2560). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. วารสารราชพฤกษ์, 15(2)
 22. อาภาพร เฝ้าวัฒนา และคณะ. (2554). การเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนการประยุกต์แนวคิด และทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ. หจก. โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
 23. Bandura, Albert. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annu.Rev.Psychol.*Becker, M.H. (1974). The Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324- 508.
 24. Becker M.H., Maiman LA.(1975). Sociobehavioural determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Med Care*, 13:10-23.
 25. Hfocus. (2019). สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ ประเมินทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวาน 425 ล้านราย.สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2566; เข้าถึงจาก: <https://www.hfocus.org/content/2019/11/18054>.
 26. House, Robert J. & Mitchell, Terence R. (1974). Path-Goal theory of leadership. *Journal of Contemporary Business*; 81-97.
 27. O'Brien, M.E. (2011). The need for spiritual integrity. In Yura, H., & Walsh, M. eds. *Human needs and the nursing process*. (pp. 82-115). Norwalk, CT: Appleton- Century-Crofts.