

Received: 04/04/66 Revised: 20/04/66 Accepted: 25/04/66

**ผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
ที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง**

**Effect of Health Promotion Model on the Quality of Life of the Elderly
with Chronic Non-communicable Diseases in Trang Province**

ศุภชาติ เขมวุฒิพงษ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

ผู้รับผิดชอบบทความ: (E-mail: supchartk@gmail.com)

Supchart Khemwuttipong

Trang Public Health Office

Corresponding author: (E-mail: supchartk@gmail.com)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง แบบแผนการวิจัยประกอบด้วย การสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง และศึกษาผลของรูปแบบ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 40 คน คำนวณขนาดตัวอย่างจากค่าอิทธิพลของค่าเฉลี่ยตัวอย่าง กลุ่มเดียว โครงสร้างของรูปแบบประกอบด้วย กระบวนการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Selfcare) โดยมีโค้ช (Coach) ซึ่งเป็นบุคลากรในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย โดยช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสร้างและพัฒนาความสามารถของตนเอง กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามศักยภาพ ระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการ 4 เดือน ทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการฯ เครื่องมือที่ใช้คือรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้น แบบสัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยทางการศึกษาตามแนวคิด PRECEED-PROCEED แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้ดูแลหรือครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การใช้กระบวนการกระตุ้นศักยภาพบุคคล ครอบครัว ผ่านกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และบูรณาการการทำงานร่วมกันกับชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง, รูปแบบ, การส่งเสริมสุขภาพ, คุณภาพชีวิต

Abstract

This research and development was aimed to study the effect of a health promotion model on the quality of life of the elderly patients with chronic non-communicable diseases in Trang Province. Building a Health Promotion Model for Elderly Patients with Non-Communicable Diseases, Trang Province. The research plan consisted of developing a health promotion model for the elderly with chronic non-communicable diseases in Trang Province and to determine the effect of the model on the quality of life. The study subjects consisted of 40 elderly patients with diabetes and/or hypertension. The sample size was calculated from the effect size of one group mean. The structure of the model consisted of developing knowledge, skills, and selfcare efficacy of the patients, with a coach who was a family member who took care of patient. The coach helped the patient build and develop the abilities, encourage the patient to improve and change his/her behavior according to the potential. The duration of the program was 4 months. Assessment of the patients' quality of life before and after the intervention was conducted. The tools used included the development of the health promotion model, interview form for educational diagnosis (PRECEED-PROCEED framework), health behavior interview, and the WHO Quality of Life Assessment form. The study found that the subjects had better knowledge, beliefs and attitudes about diabetes and/or hypertension. The quality of life of the subjects was significantly improved. The results of this study suggested that the caregivers or families played an important role in improving the quality of life of the elderly. The process of stimulation drew on personal potentials through everyday activities and partnership between the community, local government, village health volunteers, and public health personnel could be used as a guideline for the provision of long-term health care services for the elderly with chronic non-communicable diseases.

Keywords: elderly, diabetes and hypertension, model, health promotion, quality of life

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือโรคในสังคมสมัยใหม่ที่มีความท้าทายอย่างมาก โดยเฉพาะการพยายามคิดค้นมาตรการสุขภาพ ที่จะสามารถเข้าไปแทรกแซงเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรคที่มีแนวโน้มสูงขึ้น รวมทั้งการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ครอบคลุมและมีคุณภาพ ซึ่งเป้าหมายของการดูแลคือให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี มีชีวิตชีวา ป้องกันการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคสูงและก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญจากระบบหลอดเลือดขนาดเล็ก เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด จึงต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และยาวนาน ต้องอาศัยการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และการรักษาด้วยยาควบคู่กัน¹

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต² กลวิธีหลักในการดูแลและรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และปรับปรุงคุณภาพชีวิต³ งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ได้^{4,5} โดยได้มีการนำไปใช้ในการออกแบบและประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพ องค์ประกอบของแบบจำลองช่วยให้นักวิจัยสามารถกำหนดโครงการ จากการวินิจฉัยและประเมินผลทางการศึกษา

หรือสิ่งแวดล้อม โดยนำไปกำหนดเป็นนโยบาย แนวปฏิบัติ และโครงสร้างองค์กรในการพัฒนาการศึกษาและสิ่งแวดล้อม⁶ แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED ได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการสร้างและจัดเตรียมขั้นตอนที่จำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิต⁷

ในขณะที่ประชากรโลกมีอายุมากขึ้น จำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยประมาณว่าร้อยละ 33 ของผู้มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จะป่วยด้วยโรคเบาหวาน⁸ และมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้มีอายุ 55-65 ปี มีความเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง⁹ สำหรับในประเทศไทย จากสถิติ ปี พ.ศ. 2545 - 2560 พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า มีโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.7 เท่า¹⁰ จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2565 มีข้อมูลผู้สูงอายุในระบบ จำนวน 9,527,054 คน พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและคัดกรองสุขภาพ จำนวน 7,501,688 คน หรือร้อยละ 78.74 ซึ่งปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อันดับ 1 คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 46.06 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 21.12¹¹

ในปี พ.ศ. 2563 จังหวัดตรังพบประชากรอยู่จริงทั้งหมด 504,295 คน เป็นประชากรสูงอายุ 94,841 คน (ร้อยละ 18.80) พบผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยพบป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 46.16 รองลงมาคือโรคเบาหวานร้อยละ 16.89¹²

ปัจจุบันมีการเล็งเห็นถึงความสำคัญของการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ มีความสอดคล้องกับปัญหาและบริบทของแต่ละพื้นที่ อีกทั้งยังมีความต้องการนวัตกรรมหรือรูปแบบวิธีการใหม่ ๆ เพื่อใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ

งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในจังหวัดตรัง และศึกษาผลของรูปแบบฯ ต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ สามารถเข้าใจและมีแนวทางที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังอาจใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วยการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง จากนั้นทำการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi -Experimental Research) โดยนำรูปแบบฯ ไปทดลองใช้และศึกษาผลของรูปแบบฯ ต่อคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ที่มาใช้บริการรักษาพยาบาลจากเครือข่ายสถานพยาบาลระดับโรงพยาบาล 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง ที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง) ที่ขึ้นทะเบียนมากที่สุด จำนวน 149 คน คำนวณขนาดตัวอย่างจาก ค่าอิทธิพลของค่าเฉลี่ยตัวอย่างกลุ่มเดียว จากสูตรของ Lemshow (1990)¹⁴ โดยอ้างอิงค่าอิทธิพลของค่าเฉลี่ยตัวอย่างกลุ่มเดียว จากงานวิจัยที่ผ่านมา¹⁵ ได้จำนวนตัวอย่าง 40 คน จากนั้นเลือกตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย เพื่อเข้าร่วมโครงการฯ ระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการ 4 เดือน ทำการประเมินคุณภาพชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการฯ โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย

- 1) มีอายุ 60 - 80 ปี
- 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง และไม่มีโรคแทรกซ้อนอันตราย โดยรับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- 3) สามารถเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตัวเองได้
- 4) สม่ัครงใจเข้าร่วมกิจกรรม

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก คือ มีปัญหาสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมครบระยะเวลา 4 เดือน

ขั้นตอนการวิจัย

1. สร้างรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง
2. นำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง ไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง

โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. โปรแกรมการสร้างผู้ดูแลสุขภาพ กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข ชุมชน มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การจัดการตนเอง การปรับเปลี่ยนมุมมองในการดูแลสุขภาพ เป้าหมายชีวิตและเป้าหมายด้านสุขภาพ และการฝึกทักษะกระบวนการชี้แนะเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดำเนินการ 10 ชั่วโมง จำนวน 2 วัน ณ ที่ทำการชมรมผู้สูงอายุ
2. โปรแกรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การบรรยาย กระบวนการกลุ่ม การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3 อ. 2 ส. การสร้างปฏิสัมพันธ์การใช้ชีวิตร่วมกันในครอบครัว ชุมชน โดยดำเนินการจำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ รวม 4 สัปดาห์ ณ ที่ทำการชมรมผู้สูงอายุ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
3. โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วย โดยมีผู้ดูแลสุขภาพทำหน้าที่ในการชี้แนะ ผู้ป่วยจะกำหนดเป้าหมายทางสุขภาพ เช่น การกิน การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ ผู้ดูแลเป็นผู้จัดบันทึกในสมุดบันทึกสุขภาพโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและชุมชนช่วยติดตามกระตุ้นให้กำลังใจ ผ่านทางกลุ่มไลน์ และกิจกรรมเยี่ยมบ้าน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โปรแกรมนี้ใช้กระบวนการสนทนา การทบทวนพฤติกรรม การจัดการปัญหาอุปสรรค การประเมินสุขภาพ โดยดำเนินการอย่างต่อเนื่อง 12 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสม โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน
2. แบบสัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยทางการศึกษาตามแนวคิด PRECEED-PROCEED¹⁶ ประกอบด้วย
ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 20 ข้อ ความเชื่อและทัศนคติ เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 12 ข้อ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความคิดเห็นเกี่ยวกับทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข จำนวน 15 ข้อ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชน และผู้ให้บริการ จำนวน 16 ข้อ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของคอนบาค เท่ากับ 0.744, 0.923 และ 0.946 ตามลำดับ
3. แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของคอนบาค เท่ากับ 0.761
4. แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI)²⁰ จำนวน 26 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 - 130 คะแนน โดยสามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ คะแนน 26 - 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61 - 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตระดับกลาง และคะแนน 96 - 130 คะแนนแสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของคอนบาค เท่ากับ 0.841

ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมและรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 4 เดือน โดยดำเนินการระหว่างเดือนกันยายน - ธันวาคม พ.ศ. 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ สำหรับข้อมูลทั่วไป ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยสถิติเชิงอนุมาน Paired samples t-test

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดตรัง หมายเลขการรับรอง 21/2565 รับรองวันที่ 6 มิถุนายน 2565 และในการเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

ผลการศึกษา

1. รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดตรัง

จากการทบทวนวรรณกรรมและสกัดเนื้อหาที่สำคัญจากหลักฐานที่ค้นคว้าจึงพบว่า รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง ควรเป็นแบบบูรณาการ¹³ ตั้งแต่ระดับครอบครัว คือ ผู้สูงอายุและครอบครัว ระดับพื้นที่ คือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กองทุนสุขภาพตำบล จากนั้นเชื่อมต่อด้านระดับอำเภอ มีโรงพยาบาลชุมชน และหน่วยราชการอื่น ส่วนระดับจังหวัด มีโรงพยาบาลตรังซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

โครงสร้างของรูปแบบมีองค์ประกอบดังนี้คือ กระบวนการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Selfcare) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการวินิจฉัยทางการศึกษา (Education diagnosis) จากนั้นกำหนดโครงสร้างขององค์การในการพัฒนาการศึกษาและสิ่งแวดล้อม (PRECEED-PROCEED Framework)¹⁶ ร่วมกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์¹⁷ โดยมีโค้ช (Coach) ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย มีพื้นฐานจากปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ใช้วิธีการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการ โค้ชจะคอยดูแล อำนวยความสะดวกต่างๆ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ใช้ความคิดของตนเอง สามารถวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ทั้งด้านส่งเสริมและเป็นอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของตนเอง ให้โอกาสผู้ป่วยพิจารณาเลือกทางปฏิบัติอย่างมีอิสระด้วยตนเองที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต มีความคิดริเริ่ม มีโอกาสทดลองรูปแบบวิธีการที่เลือกเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ (Common sense Model)¹⁸ โค้ชจะให้การช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสร้างและพัฒนาความสามารถของตนเอง โดยจะคอยให้ความช่วยเหลือและกระตุ้นให้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามศักยภาพ การเรียนรู้อยู่ภายใต้บรรยากาศของความไว้วางใจ อบอุ่น เอื้ออาทร ให้กำลังใจ เชื่อถือซึ่งกันและกัน และเรียนรู้อย่างมีความสุข¹⁹

2. ผลของรูปแบบฯ ต่อ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิต

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.50) อายุเฉลี่ย 65.08 ปี (S.D.= 2.877) ส่วนมากจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 50.00) ทำอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 50.00) รายได้เฉลี่ย 9,737.50 บาท (S.D.= 8800.049) ส่วนใหญ่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ (ร้อยละ 92.5) และร้อยละ 47.50 ใช้โซเชียลมีเดีย ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลทั่วไปและปัจจัยส่วนบุคคล (n=40)

ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	17	42.50
หญิง	23	57.50
อายุ		
60 - 65 ปี	22	55.00
66 - 70 ปี	18	45.00

ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
Min=60 Max=70 Mean=65.08 S.D.=2.877		
สถานภาพสมรส		
โสด	3	7.50
สมรส	33	82.50
หม้าย/หย่า/แยก	4	10.00
การศึกษา		
ประถมศึกษา	20	50.00
มัธยมศึกษา/ปวช.	9	22.50
อนุปริญญาขึ้นไป /ปวส./ปวท.	11	27.50
อาชีพ/ งานหลักที่ทำในปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	7.50
เกษตรกรรวม	20	50.00
รับจ้างทั่วไป	7	17.50
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	4	10.00
เกษียณข้าราชการบำนาญ	6	15.00
รายได้		
ต่ำกว่า 5,001 บาท	19	47.50
5,001 - 10,000 บาท	9	22.50
10,001 - 20,000 บาท	6	15.00
มากกว่า 20,000 บาท	6	15.00
Min=2000 Max=3700 Mean=9737.50 S.D.=8800.049		
แหล่งรายได้		
งานประจำ/ งานหลักที่ท่านทำในปัจจุบัน	33	82.50
คนในครอบครัว	3	7.50
สวัสดิการของรัฐ	4	10.00
ความเพียงพอของรายได้		
พอใช้จ่าย	17	42.50
พอใช้และเหลือใช้มีไว้เก็บ	13	32.50
ไม่พอใช้จ่ายแต่ไม่มีหนี้สิน	9	22.50
ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน	1	2.50
การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ		

ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	3	7.50
ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	37	92.50
การใช้โซเชียลมีเดีย		
ใช้	18	45.00
ไม่ใช้	21	52.50

2.2 คะแนนความรู้ ความเชื่อและทัศนคติ เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองก่อน - หลัง เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบฯ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ ส่วนคะแนนคิดเห็นเกี่ยวกับทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และการสนับสนุนทางสังคม ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อน - หลัง เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง (n=40)

ค่าคะแนน	Mean	SD	D	t	df	P
ค่าคะแนนความรู้						
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	14.90	1.104	-2.18	-22.817	39	<0.001
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	18.52	0.876				
ค่าคะแนนความเชื่อและทัศนคติ						
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	19.70	2.186	-1.25	-4.853	39	<0.001
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	20.95	1.501				
ค่าคะแนนความคิดเห็นเกี่ยวกับทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข						
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	49.12	9.605	-0.20	-1.185	39	0.243
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	49.32	9.033				
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง						
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	34.47	5.826	-2.08	-9.234	39	<0.001
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	36.55	5.262				

2.3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผลของการเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 87.50 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 12.50 หลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ระดับดี ร้อยละ 17.50 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ของระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม ก่อน - หลังเข้าร่วม กิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=40)

ระดับคุณภาพชีวิต	ก่อน		หลัง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตไม่ดี (26-60 คะแนน)	0	0.00	0	0.00
คุณภาพชีวิตระดับกลาง (61-95 คะแนน)	35	87.50	33	82.50
คุณภาพชีวิตดี (96-130 คะแนน)	5	12.50	7	17.50

ผลการวิเคราะห์พบว่าหลังการเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ โดยเพิ่มขึ้น 5.48 คะแนน รายละเอียด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ก่อน - หลัง เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=40)

ค่าคะแนนคุณภาพชีวิต	Mean	SD	D	t	df	P
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	81.47	10.961	-5.48	-7.674	39	<0.001
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	86.95	8.019				

อภิปรายผลการศึกษา

การควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้สูงอายุที่มีปัญหานั้น ต้องอาศัยการดูแลโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model) ซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย การชะลอการเสื่อมถอยทางสุขภาพ และส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตให้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้²¹

การใช้แนวคิด PRECEDE-PROCEED model สามารถอธิบายได้ว่า ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และครอบคลุมปัจจัยทางสังคม ที่กำหนดสุขภาพ (Social determinants of health)²² ผลการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยนำ (ความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติ เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ส่วนปัจจัยเอื้อ (ทรัพยากรและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข) และปัจจัยเสริม (การสนับสนุนทางสังคมจาก

ครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความต้องการและความคาดหวังส่วนบุคคลมีความแตกต่างกัน สภาพแวดล้อมในชุมชน ประเด็นของทุนทางสังคมมีความน่าสนใจ คือ คะแนนความเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคม (ชมรมผู้สูงอายุและการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรม) มีเพียง 0.4% สอดคล้องกับทฤษฎีภาวะถดถอยซึ่งกล่าวว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะลดกิจกรรมและบทบาทของตนเองลง ถอยห่างและเลิกเกี่ยวข้องกับสังคม ไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมและบทบาททางสังคม เป็นการถอนสถานภาพและบทบาทของตนเองให้แก่นุ่่มสาวหรือคนที่จะมีบทบาทหน้าที่ได้ดีกว่า เนื่องจากรู้สึกลัวความเสื่อมถอยทางร่างกายเกิดขึ้น ความสามารถในการร่วมกิจกรรมน้อยลง²³ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนมาก (47.50 %) มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ซึ่งส่วนใหญ่มาจากการงานประจำที่ทำ (82.50 %) 10.00 % มาจากสวัสดิการของรัฐ และ 7.50 % มาจากคนในครอบครัว ทำให้รู้สึกลัวรายได้ไม่เพียงพอและอยู่ในภาวะต้องพึ่งพิง

แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุควรมุ่งเน้นที่การป้องกันมากกว่าการรักษา และกิจกรรมด้านบวกที่ช่วยส่งเสริมการมีสุขภาพดีและป้องกันภาวะสุขภาพไม่ดี คือการที่บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม²⁴ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดตรัง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การบรรยายเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ กระบวนการกลุ่ม การสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสาธิตและฝึกปฏิบัติ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะในการจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยของตนเอง การจัดการที่ดีหรือไม่ดี ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ป่วย ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยจะมาจากประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมา คำแนะนำของทีมผู้วิจัย ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรค และการป้องกันแก้ไขที่ถูกต้องเหมาะสม จากนั้นผู้ป่วยจะนำประมวลความคิดเพื่อวิเคราะห์หาทางแก้ไขแล้วจะทำการตัดสินใจและจัดการกับการเจ็บป่วยตามการรับรู้และความเข้าใจของตน ซึ่งจะส่งผลถึงผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้นในที่สุด¹⁸

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในจังหวัดตรัง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ครั้งนี้ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการชี้แนะ (Coaching) ซึ่งประกอบด้วย ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ทำหน้าที่เป็นผู้ชี้แนะ ซึ่งทำการชี้แนะด้วยกระบวนการชี้แนะทางสุขภาพที่นำมาพัฒนาเป็นรูปแบบนาน 4 เดือน ผู้ชี้แนะของรูปแบบนี้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีความรู้ด้านยา อาหาร และกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย และมีปฏิสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วย นอกจากนั้นในกระบวนการชี้แนะ²⁵ ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมิน การวางแผนการปฏิบัติ การดำเนินการตามแผน การประเมินความก้าวหน้า และการเสริมแรง สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้

ผลการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับกับการศึกษาของ Willard-Grace และคณะ²⁶ ที่ได้ศึกษาผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการชี้แนะจากผู้ช่วยแพทย์ (Medical assistants) ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ดีกว่ากลุ่มที่รับการดูแลในคลินิกปกติ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับจำเนียร พรประยูทธ ชนัญชิตา ดุษฎี ทูลศิริ และสมสมัย รัตนกริธากุล²⁷ ที่ทำการศึกษผลของกระบวนการชี้แนะในผู้ป่วยเบาหวานและพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพโรคเบาหวาน มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งชี้ให้เห็นว่ารูปแบบการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยใช้ผู้ชี้แนะสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็น

ว่าการใช้กระบวนการกระตุ้นเชิงสุขภาพบุคคล ครอบครัว ผ่านกิจกรรมในชีวิตประจำวัน และบูรณาการการทำงานร่วมกับชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการดูแลสุขภาพระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. การดูแลผู้สูงอายุระดับชุมชนแบบบูรณาการสามารถดำเนินการให้เกิดผลลัพธ์ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. กิจกรรมการชี้แนะ (Coaching) โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ทำหน้าที่เป็นผู้ชี้แนะทางสุขภาพสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. การนำรูปแบบฯ ไปใช้ ควรมีการสะท้อนปัญหาและความต้องการของชุมชน และสอดคล้องกับบริบทวิถีและทรัพยากรของชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. Adepu R, Rasheed A, Nagavi BG. Effect of patient counseling on quality of life in type-2 diabetes mellitus patients in two selected South Indian community pharmacies: A study. Indian Journal of Pharmaceutical Sciences 2007; 69 (4): 519-524.
2. Sendekie AK, Dagnew EM, Tefera BB, et al. Health-related quality of life and its determinants among patients with diabetes mellitus: a multicentre cross-sectional study in Northwest Ethiopia. BMJ Open 2023;13:e068518. doi: 10.1136/bmjopen-2022-068518.
3. Jeon YJ, Pyo J, Park YK, Ock M. Health behaviors in major chronic diseases patients: trends and regional variations analysis, 2008-2017, Korea. BMC Public Health 2020;20(1):1813. doi: 10.1186/s12889-020-09940-7. PMID: 33246439; PMCID: PMC7694307.
4. Kan W, Yang R, Tang M. Application research of chronic disease health management in an urban community based on the PRECEDE-PROCEED model in the long-term management of diabetes mellitus. Am J Transl Res 2021;13(7):8142-8149. PMID: 34377298; PMCID: PMC8340156.
5. Bolarinwa OA, Ameen HA, Sanya EO, Kolo PM, Durowade KA, Uthman MB, et al. Pattern and predictive factors of health-related quality of life of patients with hypertension, diabetes and concomitant hypertension with diabetes in Ilorin, Nigeria. Niger Postgrad Med J 2016;23(4):182-190. doi: 10.4103/1117-1936.196252. PMID: 28000638.
6. Calano, BJD, Cacal, MJB, Cal, CB, et al. Effectiveness of a community-based health programme on the blood pressure control, adherence and knowledge of adults with hypertension: A PRECEDE-PROCEED model approach. J Clin Nurs 2019; 28: 1879- 1888. <https://doi.org/10.1111/jocn.14787>

7. Hardeman W, Sutton S, Griffin S, Johnston M, White A, Wareham NJ, et al. A causal modelling approach to the development of theory-based behaviour change programmes for trial evaluation. *Health Educ Res* 2005;20(6):676-87. doi: 10.1093/her/cyh022. Epub 2005 Mar 21. PMID: 15781446.
8. Manrique H, Halter J, Corsino L. Diabetes in older adults. *Endocrine Society*. [Internet]. 2022. [Cited 15 September 2022]. Available from: <https://www.endocrine.org/>
9. Vasan RS, Beiser A, Seshadri S, Larson MG, Kannel WB, D'Agostino RB, Levy D. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: the Framingham Heart Study. *JAMA*. 2002; 287:1003-1010.
10. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. [อินเทอร์เน็ต]. นครปฐม. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562.สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 16 มกราคม 2565] เข้าถึงได้จาก:
https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1610945020-322_0.pdf
11. สื่อมัลติมีเดียกรมอนามัย. [อินเทอร์เน็ต]. กรม อ. เพช ผู้สูงวัยป่วยเบาหวานเป็นอันดับ 2 รองจากความดัน เน้นคุมอาหาร - น้ำตาล - ออกกำลังกาย. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 14 พฤศจิกายน 2565. [เข้าถึงเมื่อ 16 มกราคม 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/141165/>
12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. รายงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดตรัง. ตรัง. 2563.
13. World Health Organization. [Internet]. Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic. 2020. [Cited 15 September 2022]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Comm_health_care-2020.1
14. Lemshow (1990) Lemeshow, S. Adequacy of sample size in health studies. Chichester [England] ; New York : J. Wiley for the World Health Organization, 1990.
15. แวนใจ นาคะสุวรรณ. ประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารพยาบาลตำรวจ* (2563). 12(1), 171-80.
16. Green W, Kreuter MW. *Health program planning: An educational and ecological approach*. 4th ed. New York: Emily Barrosse; 2005.
17. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002.
18. Leventhal H, Nerenz D, Steele D. Illness representation and coping with health threats. In: Baum A, & Singer J, editor. *A handbook of psychology and health*. Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ; 1984. p. 219-52.
19. Blanchard PN, Thacker JW. *Effective training systems strategies and practice* (2thed.). New jersey: Peason Education; 2004.
20. กรมสุขภาพจิต. [อินเทอร์เน็ต]. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. กระทรวงสาธารณสุข. [เข้าถึงเมื่อ 16 มกราคม 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/test/whoqol/>

21. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข; 2523.
22. Gorina M, Limonero JT, Alvarez M. Educational Diagnosis of Self-Management Behaviours in Patients with Diabetes Mellitus, Hypertension and Hypercholesterolaemia Based on the PRECEDE Model: Qualitative Study. J. Clin. Nurs 2019; 28: 1745-59.
23. จินตนา อาจสันเพ็ญ. เรายึดตรรกะ รอบคอบ สถิติ จันทรหอม กาญจนา ปัญญาเพ็ชร. (2558). การวิเคราะห์โยงโยเหตุปัจจัยสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน กรุงเทพมหานคร. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ 2558; 2(3):18-34.
24. Pender, N. J., Murdaugh, C. L., Parsons, M.A. Health promotion in nursing practice. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2002.
25. Harris, D., & McLean, R. (2006). Health coaching. In D. Rakel., & N. Faass (Eds.), Complementary Medicine in Clinical Practice (pp. 177-183). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
26. Willard-Grace R, Chen EH, Hessler D, DeVore D, Prado C, Bodenheimer T, et al. Health coaching by medical assistants to improve control of diabetes, hypertension, and hyperlipidemia in low-income patients: a randomized controlled trial. Ann Fam Med 2015;13(2):130-8. doi: 10.1370/afm.1768. PMID: 25755034; PMCID: PMC4369595.
27. จำเนียร พรประยูทธ ชนัญชิตาคุษฎี ทูลศิริ และสมสมัย รัตนกริฑากุล. ผลของโปรแกรมการชี้แนะต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานและค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2560; 25(4):60-69.