



ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและครอบครัว

THE EFFECT OF FAMILY HEALTH PROMOTION PROGRAM ON HEALTH BEHAVIOR AMONG CATARACT SURGERY PATIENTS AND FAMILIES

Received: August 27, 2021

Revised: April 15, 2022

Accepted: May 06, 2021

สุพรรณี อุทัย^{1*}, พัชรารณ เจนใจวิทย์¹

Supanee Oupachai^{1*}, Patcharaporn jenjaiwit¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัวที่มีผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกรับการรักษาโดยการผ่าตัด ระยะเวลาหลังผ่าตัดไม่เกิน 1 เดือน และครอบครัว จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมผู้ป่วย 15 คน และครอบครัว 15 คน กลุ่มทดลอง ผู้ป่วย 15 คน และครอบครัว 15 คน ดำเนินการศึกษาในเดือน มกราคม-มีนาคม 2564 เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและครอบครัว โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัวที่มีผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย พบว่า หลังจากผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรม ส่งเสริมสุขภาพครอบครัวที่มีผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Mann-Whitney U =12.50, $p < 0.001$) ครอบครัวกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Mann-Whitney U =63.00, $p = 0.040$)

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัว, ต้อกระจก, พฤติกรรมสุขภาพ

¹ สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Family Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*Corresponding author E-mail: nufay2610@gmail.com



Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine effect of a family health promotion program with cataract surgery patients on health behaviors of patients and their families. The sample consisted of patients aged 60 years and over who were diagnosed with cataract treated by surgery. Post operative period not more than 1 month and family of 60 people divided into control group 15 patients and 15 families and the experimental group 15 patients and 15 families. The study was conducted from January to March 2021. Research instruments consisted of data collection was characteristics of patients and their families was. Health behaviors of cataract surgery patients and their families. The experimental instrument was a health promotion program for families with cataract surgery patients. Statistical analysis using analyzed Mann – Whitney U test. The results showed that patients who received family health promotion program in the experimental group had a mean of health behavior score higher than the control group with statistical significance ($P < 0.05$) (Mann-Whitney $U = 12.50$, $p = < 0.001$). The families in the experimental group had a mean of behavior score higher than the control group with statistical significance ($P < 0.05$) (Mann-Whitney $U = 63.00$, $p = 0.040$)

Keyword: family health promotion program, Cataract, Health Behaviors



บทนำ

โรคต้อกระจกเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดตาบอดในประชากรที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ในปี ค.ศ 2020 ทั่วโลกมีคนตาบอด 33.6 ล้านคน พบมากในโรคต้อกระจก 15.2 ล้านคน คิดเป็นประมาณ 45% ของผู้ป่วยตาบอดทั่วโลก⁽¹⁾ และในประเทศไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2560 ประชากรในวัยผู้สูงอายุมีภาวะต้อกระจกถึงร้อยละ 19.06 โดยพบมากที่สุดเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ 50 ส่งผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลง⁽²⁾ อาจเกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้มและบาดเจ็บได้ง่าย⁽³⁾ มีบทบาททางสังคมลดลงตามความรุนแรงของความบกพร่องทางการมองเห็น⁽⁴⁾ และมีภาวะซึมเศร้า⁽⁵⁾

โรคต้อกระจก (Cataract) เกิดจากการขุ่นขาว ของเลนส์แก้วตา ทำให้มีการตามัวลงช้าๆ การรักษาโรคต้อกระจกในปัจจุบันนิยมใช้เครื่องมือสร้างคลื่นเสียงความถี่สูงสลาย ต้อกระจก และใส่เลนส์แก้วตาเทียม (Phacoemulsification with Intraocular lens) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดทำให้ปิดตาหรือฝากรอบตาปิดตาผู้ป่วยไว้ เพื่อลดการใช้สายตาและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่ดวงตา จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ นอนหลับพักผ่อนโดยนอนหงาย ไม่นอนตะแคงไปด้านใดด้านหนึ่ง ร้อยละ 52.20 รับประทานอาหารที่มีเครื่องเทศ อาหารรสจัด และรับประทานของเหนียวๆ แข็งๆ ร้อยละ 43.20 และไม่มีการสังเกตความผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงของดวงตาในขณะหยอดตา ร้อยละ 48.60⁽⁷⁾ อีกทั้งผู้ป่วยยังมีการรับรู้ที่ผิด โดยคิดว่าหากมีแผลผ่าตัดในดวงตา เมื่อออกกำลังกาย อาจทำให้เกิดแผลแยกหรือเลนส์เลื่อน รวมถึงเกิดความกังวลเรื่องการรับประทานเนื้อสัตว์ นม ไข่ ว่าอาจทำให้แผลหายช้า⁽⁶⁾

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องอาศัยครอบครัวช่วยในการดูแล แต่จากปัญหาที่พบในปัจจุบันพบว่า ครอบครัวยังขาดความรู้ความเข้าใจ ซึ่งประเมินได้จาก สมาชิกครอบครัวมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต้อกระจก⁽⁸⁾ จากการรายงานสถิติผู้มารับบริการ โรคต้อกระจกและมีสถิติการผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปของโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี มีจำนวน 1,659 ราย 1,789 ราย และ 1,931 ราย ในรายปีงบประมาณ 2559-2561 ตามลำดับ⁽⁹⁾ จากสถิติของหอผู้ป่วยตา โรงพยาบาลอุดรธานี ในปี 2559-2561 มีผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ 2 ราย เนื่องจากมีปัญหาการเกิดภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัดต้อกระจกคิดเป็นร้อยละ 0, 0.06 และ 0.05 ตามลำดับ ของจำนวนผู้เข้ารับการรักษาทั้งหมดในแต่ละปี⁽¹⁰⁾ สำหรับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต้อกระจกโรงพยาบาลอุดรธานีนั้น ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดต้อกระจก เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเกี่ยวกับโรคการติดเชื้อตาการหยอดตา

เพนเดอร์และคณะ⁽¹⁰⁾ ได้พัฒนาแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพและตีพิมพ์ผลงานครั้งแรกในปี ค.ศ. 1987 และปรับปรุงในปี 1996 โดยเป็นแนวคิดที่ผสมผสานศาสตร์ทางการแพทย์และพฤติกรรมศาสตร์



โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล กระบวนการที่ช่วยกระตุ้นหรือเสริมแรงจิตใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเชื่อว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเกิดจากแรงจูงใจที่บุคคลต้องการที่จะมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของคน ดังนั้น งานวิจัยครั้งนี้จึงได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างสุขภาพครอบครัวของเพนเดอร์ ซึ่งเป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำผ่านสื่อวีดิโอแอปพลิเคชัน เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลความสะอาดของร่างกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูข้อมูล คำแนะนำผ่านสื่อวีดิโอแอปพลิเคชันเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพหลังผ่าตัดต่อกระดูก ซึ่งมีความแตกต่างจากรูปแบบเดิมซึ่งไม่ทันสมัย เช่น การให้คำแนะนำโดยใช้แผ่นพับ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความสนใจ ทำให้ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเองไม่เหมาะสมหลังผ่าตัดต่อกระดูก เนื่องจากผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้านก่อนมาพบแพทย์ประมาณ 1 สัปดาห์ นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้

จากการทบทวนวรรณกรรมในปัจจุบันเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างสุขภาพครอบครัวของเพนเดอร์นั้นยังพบน้อย และเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคอื่น ที่ไม่ใช่โรคต่อกระดูก อาทิ การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หญิงวัยรุ่นแรก⁽¹¹⁾ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุในชุมชน⁽¹²⁾ ประสิทธิภาพโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน⁽¹³⁾ สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวกับส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกนั้นยังไม่พบทั้งที่ครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยส่งเสริมพฤติกรรมผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระดูกเนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ การรับรู้และการดูแลตัวเองที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหลังผ่าตัดนั้นย่อมลดลงอีกทั้งหลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต่อกระดูกจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น⁽¹³⁾ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างสุขภาพครอบครัวของเพนเดอร์ผ่านสื่อวีดิโอแอปพลิเคชัน สำหรับการให้การพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดต่อกระดูกและครอบครัวให้สามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกและครอบครัว และ 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้ป่วยและครอบครัวที่มารับการผ่าตัดต่อกระดูกของโรงพยาบาลอุดรธานี อยู่ในช่วง 1 มกราคม ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2564 กำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ได้แก่ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต่อกระดูก ที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัด ระยะเวลาหลังผ่าตัดไม่เกิน 1 เดือน ที่หอผู้ป่วยจักษุโรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป G-power version 3.1.5 กำหนดค่าอำนาจทดสอบที่ 0.90 กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 กำหนดค่าอิทธิพลที่ 1.42 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 24 ครอบครัว ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลระหว่างวิจัย ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยได้กลุ่มละ 30 ครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลสถานะสุขภาพของครอบครัว ที่มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพ ศาสนา รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ซึ่งเป็นข้อคำถามประเภทเลือกตอบ และเติมข้อความในช่องว่าง ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกระดูกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อกระดูก ของครอบครัวมีข้อคำถามทั้งหมด 29 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน คือ 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 10 ข้อ 2) ด้านโภชนาการ 2 ข้อ 3) ด้านกิจกรรมทางกาย 3 ข้อ 4) ด้านการสนับสนุนด้านทรัพยากรและการยืดหยุ่นของครอบครัว 5 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ สม่าเสมอ บ่อยครั้ง นานๆ ครั้ง ไม่เคยเลย และ ส่วนที่ 3 โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกและครอบครัวที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยนำทฤษฎี แนวคิดการเสริมสร้างสุขภาพครอบครัว ของ เพนเดอร์

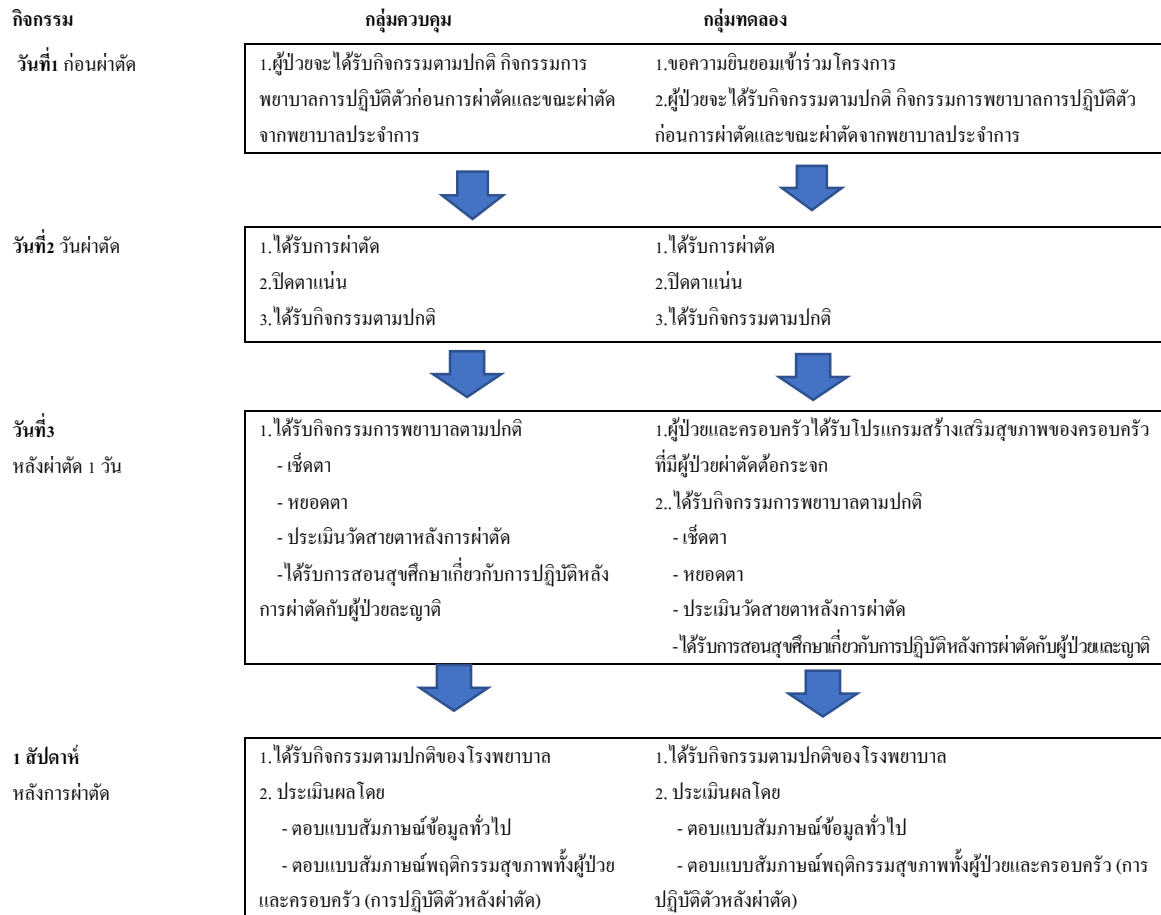
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือ ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) กับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พบว่า แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมผู้ป่วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปญาติ และ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมญาติ มีค่า CVI (Content Validity Index) เท่ากับ 0.97 0.85 0.95 และ 0.86 ตามลำดับ



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 16 โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจก พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว ใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้รับการอนุมัติ รหัสโครงการ HE 622236 ในวันที่ 29 มีนาคม 2564 ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบว่ามีข้อมูลที่ได้รับจะไม่มีการลงชื่อหรือรหัสที่แจ้งถึงกลุ่มตัวอย่าง และจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับโดยจะ



นำข้อมูลมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ซึ่งจะนำเสนอในภาพรวม ผู้ป่วย และผู้ดูแลต้องมีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการวิจัย โดยการเซ็นใบยินยอมตามข้อกำหนดการวิจัยในมนุษย์

สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.33 มีอายุ 60-69 ปี มากที่สุด ร้อยละ 73.33 มีสถานะสมรสกลุ่มมากที่สุด ร้อยละ 66.67 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ-ร้อยละ 93.33 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 53.33 ไม่ได้ประกอบอาชีพเป็นส่วนใหญ่-ร้อยละ 46.66 ส่วนใหญ่รายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน-ร้อยละ 66.67 ส่วนใหญ่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 93.33 อาการแสดงก่อนผ่าตัดส่วนใหญ่มีอาการตามัว ร้อยละ 86.67 สำหรับ กลุ่มทดลองเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 มีอายุ 60-69 ปีมากที่สุด ร้อยละ 93.33 มีสถานะสมรสกลุ่มมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 60.00 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด ร้อยละ 93.33 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 73.33 และประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.33 มีรายได้เพียงพอ โดยมีอาการแสดงก่อนผ่าตัดมีอาการตามัวมากที่สุด ร้อยละ 66.67 ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม (n=15)		ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง (n=15)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.456
ชาย	7	46.67	5	33.33	
หญิง	8	53.33	10	66.67	
อายุ					1.00
60-69 ปี	11	73.33	14	93.33	
มากกว่าหรือเท่ากับ 70 ปี	4	26.67	1	6.67	
x 67.75 min 60, max 81					
สถานภาพสมรส					0.987
โสด	1	6.67	2	13.33	
คู่	10	66.66	9	60.00	
หม้าย	4	26.67	4	26.67	
ศาสนา					1.00
พุทธ	14	93.33	14	93.33	
คริสต์	1	6.67	1	6.67	
การศึกษา					0.206
ไม่ได้เรียน	2	13.33	1	6.67	



ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม (n=15)		ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง (n=15)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ประถมศึกษา	8	53.33	11	73.33	0.002*
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	26.67	2	13.33	
อนุปริญญา	1	6.67	1	6.67	
อาชีพ					
รับจ้าง	1	6.67	8	53.33	0.002*
ข้าราชการบำนาญ	1	6.67	1	6.67	
ค้าขายธุรกิจส่วนตัว	6	40.00	4	26.67	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	46.66	2	13.33	
รายได้					<0.001*
น้อยกว่า 5,000	10	66.67	2	13.33	
5,000-10,000	2	13.33	11	73.33	
15,001-20,000	1	6.67	1	6.67	
มากกว่า 25,000	2	13.33	1	6.67	
โรคประจำตัว					0.269
ไม่มี	5	33.33	8	53.33	
มี	10	66.67	7	46.67	
อาการแสดงก่อนผ่าตัด					0.483
ตามัว	13	86.67	10	66.67	
มองไม่ชัด	1	6.67	1	6.67	
เคืองตาคันตา	2	13.33	1	6.67	
มีขี้ตา	1	6.67	1	6.67	
ปวดตา	4	26.67	2	13.33	
สวมแว่น					0.705
สวม	6	40.00	5	33.33	
ไม่สวม	9	60.00	10	66.67	
ผ่าตัดตา					0.100
เคย	4	26.7	1	6.67	
ไม่เคย	11	73.3	14	93.33	
ผ่าตัดอื่นๆ					0.483
เคย	2	13.33	1	6.67	
ไม่เคย	13	86.67	14	93.33	
กล้วการผ่าตัด					0.682
กลัว	5	33.33	3	20.0	



ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม (n=15)		ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง (n=15)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ไม่กลัว	10	66.67	12	80.0	0.390
การได้รับคำแนะนำหลังผ่าตัด					
เคย	5	33.33	2	13.33	
ไม่เคย	10	66.67	13	86.67	

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต่อกระดูก
กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	ครอบครัวกลุ่มควบคุม (n=15)		ครอบครัวกลุ่มทดลอง (n=15)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.439
ชาย	4	26.67	6	40.0	
หญิง	11	73.33	9	60.0	
อายุ					0.124
น้อยกว่า 40 ปี	6	40.0	8	53.33	
40 – 49 ปี	4	26.67	5	33.33	
50 – 59 ปี	3	20.0	1	6.67	
มากกว่าเท่ากับ 60 ปี	2	13.33	1	6.67	
x 48.5 min 26, max 67					
สถานะ					0.330
โสด	1	6.67	4	26.67	
คู่	14	93.33	11	73.33	
ศาสนา					
พุทธ	15	100.00	15	100.00	
ระดับการศึกษา					<0.001*
ประถมศึกษา	9	60.00	1	6.67	
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	6.67	5	33.33	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	20.0	4	26.67	
อนุปริญญา	1	6.67	1	6.67	
ปริญญาตรี	1	6.67	4	26.67	
อาชีพ					0.501
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	6.67	1	6.67	
รับจ้าง	6	40.00	8	53.33	



ข้อมูลทั่วไป	ครอบครัวกลุ่มควบคุม (n=15)		ครอบครัวกลุ่มทดลอง (n=15)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ข้าราชการบำนาญ	1	6.67	1	6.67	0.23
เกษตรกรกรรม	3	20.00	1	6.67	
ค้าขายธุรกิจส่วนตัว	3	20.00	3	20.00	
อื่นๆ	1	6.67	1	6.67	
รายได้					0.189
น้อยกว่า 5,000	4	26.67	1	6.67	
5,000-10,000	6	40.00	3	20.00	
10,001-15,000	2	13.33	6	40.00	
15,001-20,000	2	13.33	1	6.67	
20,001-25,000	1	6.67	4	26.67	
ความสัมพันธ์					0.189
สามี	3	20.00	1	6.67	
พี่น้อง	1	6.67	1	6.67	
บุตร	10	66.67	13	86.67	
หลาน	1	6.67	1	6.67	

จากตารางที่ 2 พบว่า ครอบครัวกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.33 มีอายุน้อยกว่า 40 ปีมากที่สุด ร้อยละ 40 และมีสถานะสมรสมากที่สุด ร้อยละ 93.33 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40 รายได้อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วยร้อยละ 66.67 สำหรับครอบครัวผู้ป่วยในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 (จำนวน 9 ราย) มีอายุน้อยกว่า 40 ปีมากที่สุด ร้อยละ 53.33 มีสถานะสมรสกลุ่มมากที่สุด ร้อยละ 73.33 ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ โดยจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 53.33 รายได้อยู่ในช่วง 10,001-15,000 บาท มากที่สุดร้อยละ 40 ส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 86.67

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจก ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์

ข้อมูล	mean	SD	Mean Rank	Mann-Whitney U	p-value
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ				17.00	<0.001*
กลุ่มควบคุม	2.97	0.36	9.13		
กลุ่มทดลอง	3.60	0.26	21.87		
ด้านโภชนาการ				12.00	<0.001*



ข้อมูล	mean	SD	Mean Rank	Mann-Whitney U	p-value
กลุ่มควบคุม	2.95	0.33	8.80		
กลุ่มทดลอง	3.69	0.26	22.20		
ด้านกิจกรรมทางกาย				67.50	0.057
กลุ่มควบคุม	3.16	0.58	12.50		
กลุ่มทดลอง	3.53	0.37	18.50		
ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล				47.50	0.006*
กลุ่มควบคุม	3.21	0.51	11.17		
กลุ่มทดลอง	3.64	0.22	19.83		
พัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ					<0.001*
กลุ่มควบคุม	2.97	0.40	9.80	27.00	
กลุ่มทดลอง	3.54	0.19	21.20		
การจัดการความเครียด				55.50	0.017*
กลุ่มควบคุม	3.00	0.52	11.70		
กลุ่มทดลอง	3.40	0.30	19.30		
ผลรวมทุกด้าน				12.50	<0.001*
กลุ่มควบคุม	3.02	0.28	8.83		
กลุ่มทดลอง	3.58	0.14	22.17		

จากตารางที่ 3 คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์พบว่าโดยรวมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (Mann-Whitney U =12.50, p= <0.001) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนตามลำดับดังนี้ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ ด้านการจัดการความเครียดแตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (Mann-Whitney U =17.00, 12.00, 47.50, 27.00 และ 55.50, p=<0.001, <0.001, 0.006, <0.001 และ 0.017) ส่วนด้านกิจกรรมทางกายมีค่าเฉลี่ยลำดับคะแนนของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (Mann-Whitney U = 67.50, p=0.057)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวหลังผ่าตัดต่อกระเจก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ (N=30)

ข้อมูล	mean	SD	Mean Rank	Mann-Whitney U	p-value
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ				17.00	<0.001*
กลุ่มควบคุม	2.97	0.36	9.13		



ข้อมูล	mean	SD	Mean Rank	Mann-Whitney U	p-value
กลุ่มทดลอง	3.60	0.26	21.87		
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ				62.00	0.034*
กลุ่มควบคุม	3.40	0.46	12.13		
กลุ่มทดลอง	3.72	0.20	18.87		
โภชนาการ				50.50	0.007*
กลุ่มควบคุม	3.07	0.68	11.37		
กลุ่มทดลอง	3.70	0.37	19.63		
กิจกรรมทางกาย				58.00	0.017*
กลุ่มควบคุม	3.33	0.59	11.87		
กลุ่มทดลอง	3.82	0.17	19.13		
การสนับสนุนด้านทรัพยากรและการ ยืดหยุ่นของครอบครัว				103.50	0.704
กลุ่มควบคุม	3.41	0.52	14.90		
กลุ่มทดลอง	3.51	0.31	16.10		
การสนับสนุนของครอบครัว				67.00	0.054*
กลุ่มควบคุม	3.22	0.60	12.47		
กลุ่มทดลอง	3.60	0.46	18.53		
การจัดการความเครียด				110.00	0.916
กลุ่มควบคุม	3.55	0.49	15.67		
กลุ่มทดลอง	3.59	0.33	15.33		
ผลรวมทุกด้าน				63.00	0.040*
กลุ่มควบคุม	3.37	0.43	12.20		
กลุ่มทดลอง	3.74	0.39	18.80		

P < 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวหลังผ่าตัดต่อกระจกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (Mann-Whitney U =63.00, p= 0.040) เมื่อพิจารณารายด้าน คะแนนพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยรายด้านตามลำดับคะแนนดังนี้ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านกิจกรรมทางกาย แตกต่างกันอย่างมีที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (Mann-Whitney U =62.00, 50.50 และ 58.00, p= 0.034, 0.007 และ 0.017) ส่วนด้านการสนับสนุนด้านทรัพยากรและการยืดหยุ่นของครอบครัว ด้านการสนับสนุนของครอบครัว ด้าน



การจัดการความเครียด มีค่าเฉลี่ยลำดับคะแนนของกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (Mann-Whitney U = 103.50, 67.00 และ 110, $p=0.704$, 0.054 และ 0.916)

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า

1. ค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรม ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกของกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างสุขภาพครอบครัวของเพนเดอร์⁽¹⁰⁾ ซึ่งเป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำผ่านสื่อวิดีโอแอปพลิเคชัน เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลความสะอาดของร่างกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ซึ่งสื่อวิดีโอแอปพลิเคชัน ทำให้ผู้ป่วยสนใจที่จะเรียนรู้จากมีภาพวิดีโอ เคลื่อนไหว ชัดเจน ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ช่วยให้ผู้ป่วย และครอบครัวสามารถเข้าใจเนื้อหาที่ซับซ้อนได้ในระยะเวลาที่มีอยู่อย่างจำกัด และสามารถศึกษาข้อมูลซ้ำได้หลายรอบตามความต้องการ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่อกระจกโดยรวมสูงขึ้น

2. ค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของครอบครัวของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรม ทั้งนี้จากแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างสุขภาพครอบครัวของเพนเดอร์⁽¹⁰⁾ ครอบครัวเป็นแหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influence) ที่สำคัญมีผลต่อความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น อิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นการรับรู้ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมความเชื่อหรือทัศนคติของบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อความคิดของบุคคล ครอบครัวแหล่งข้อมูลหลักของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยถือว่าเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม⁽¹⁴⁾ การที่ครอบครัวได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำผ่านสื่อวิดีโอแอปพลิเคชัน เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระจกในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลความสะอาดของร่างกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยแอปพลิเคชันไลน์ สื่อถึงพฤติกรรมที่ครอบครัวควรปฏิบัติแก่ผู้ป่วยทำให้สามารถลดปัญหาการสื่อสารที่ไม่ถูกต้องระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัว และระหว่างสมาชิกครอบครัว ดังนั้น การที่ครอบครัวได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจึงส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของครอบครัวดีขึ้น ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการสนับสนุนด้านทรัพยากรและการยืดหยุ่นของครอบครัว ด้านการจัดการความเครียด ภายหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากส่วนใหญ่ครอบครัวกลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับประถมศึกษา การศึกษาอาจมีอิทธิพลต่อระดับความเข้าใจของคนโดยทั่วไป⁽¹⁵⁾ บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง จึงมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี⁽¹⁶⁾



ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรส่งเสริมการนำโปรแกรม ส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวที่มีผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่ทราบแน่ชัดว่าจะเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดต้อกระจก เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลามากพอในการ ทบทวนความรู้ความเข้าใจ ฝึกทักษะการปฏิบัติตัว ได้รับการตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหา ขณะเตรียมความพร้อมอยู่ที่บ้าน และเปิดโอกาสให้ปรึกษาทางโทรศัพท์

2. การนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวที่มีผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเพิ่มการปฏิบัติของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลังผ่าตัดต้อกระจกได้ ดังนั้น พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นในการใช้โปรแกรม

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำแนวคิดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวที่มีผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกไปใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเป็นรายบุคคลก่อนกลับบ้าน

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและครอบครัว โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของเพนเดอร์สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก ทั้งนี้เพื่อปรับปรุงโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Adelson J, Bourne R, Briant P, Flaxman S, Taylor H, Jonas J, et al. Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020: the Right to Sight: an analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet Global Health 2021 Feb; 9(2): e144-e160.
2. Polack S, Kuper H, Wadud Z, Fletcher A, Foster A. (2008). Quality of life and Visual impairment from cataract in Satkhira district, Bangladesh. Br J Ophthalmol 2008; 92(8): 1026-30.
3. สิริพันธุ์ สาสัตย์. การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
4. Thurston M, Thurston A, McLeod J. Socio emotional effects of the transition from sight to blindness. The British Journal of Visual Impairment 2010; 28: 90-112.
5. Wiles JL, Allen RES, Palmer AJ, Hayman KJ, Keeling S, Kerse N. Older people and their social spaces: A study of well-being and attachment to place in Aotearoa New Zealand. Social Science & Medicine 2009; 68(4): 664-71.



6. คุณฤทิ เอกพจน์, พิทยา สัจจารักษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูกใส่เลนส์แก้วตาเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2561; 32(1): 919-26.
7. เรวดี ศรีสุข, เครือวัลย์ อินทจันทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุภายหลังการผ่าตัดต่อกระดูก. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ 2563; 21(2): 65-76.
8. ไพรัตน์ สวมขุนทด, วรณิ เดียวอิสเรศ, จินตนา วัชรสินธุ์. ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวระยะรอผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระดูก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2561; 26(1): 29-39.
9. สถิติหน่วยงานแผนก หู คอ จมูก โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี พ.ศ. 2561. อุดรธานี: โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี; 2561.
10. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health Promotion in Nursing Practice. 7th ed. NY: Pearson; 2015.
11. กษมา นาคกระแสร, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, ณัฐกมล ชาญสาธิตพร. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหญิงวัยรุ่นครั้งแรก. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2562; 33(1): 40-54.
12. ปัทมา ชาติภัทรกุล, ศุสดี ก่อเจดีย์, เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ, ศิริธร ยิ่งแรงเร้ง, ชุตินา บูรพา, ประภาส จักรพล. ประสิทธิภาพโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2561; 12(ฉบับพิเศษ): 52-60.
13. สุวรรณดีแสน. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตตำบลป่าหุ่งอำเภอพาน จังหวัดเชียงราย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย; 2549.
14. เพชรรัตน์ กิจสนาโยธิ. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่2 จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2564; 14(2): 103-13.
15. วิรดา อรรถมณฑกุล, วรณิ ศรีวิสัย. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2556; 7(2): 18-28.
16. ชมพูนุท สิริพรหมภักทร, กิรณา แด้อารักษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งอดทนและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2563; 12(2): 97-106.