

บทความวิจัย

การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง The Perceived Self-efficacy among Elderly People with a Chronic Disease

นิตยา พรหมเย็น (Nittaya Promyen)*

อัญสุรีย์ ศิริโสภณ (Ansuee Sirisophon)**

เพยาว์ นิมิตพรชัย (Payao Nimitpornchai)***

Received: June 19, 2020

Revised: August 11, 2020

Accepted: August 17, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังที่มารับบริการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะหงษ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการใช้โปรแกรม G* Power 3.1 ได้เท่ากับ 133 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ทดสอบความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.84 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.4 มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 55.6 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.4 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 76.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 66.9 ค่าดัชนีมวลกายระดับปกติ ร้อยละ 50.4 มีโรคอื่นร่วมมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 69.2 ระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 3 ปี ร้อยละ 50.4 สุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 57.9 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับดีดั่งเดิม ร้อยละ 95.5 การรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับระดับการ

*Corresponding author: Nittaya Promyen: nittaya@bcnsprnw.ac.th

*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

**ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะหงษ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์



รับรู้ความสามารถตนเองพบว่า ระดับสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อเสนอแนะบุคลากรทีมสุขภาพควรติดตามประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังโดยเพิ่มการประเมินในด้านสุขภาพจิตเป็นการเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง อาจจัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เข้ากลุ่มพูดคุย หรือเยี่ยมเยียนกัน

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถของตนเอง, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

Abstract

The purpose of this descriptive survey research was to investigate the relationship between personal characteristics, health status, activities of daily living and perceived self-efficacy among elderly people with a chronic disease, who come to receive medical treatment services at Koh Hong subdistrict health promoting hospital, Muang district, Nakhon Sawan province. The sample size is obtained from using the G * Power 3.1 program which equals 133 people. They were randomized by purposive sampling. The research questionnaire that validates validity by experts. These respectively questionnaires were tested for reliability by using Cronbach's Alpha coefficient, and rated at 0.84. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation and chi-square test.

Most of sample were the female 68.4 percent, aged between 60-69 year were 55.6 percent, married-people were 65.4 percent, Primary education were 76.7 percent, Income less than 5,000 baht were 66.9 percent, Having normal BMI were 50.4 percent, Having more than 1 other disease were 69.2 percent, 50.4 percent of the sample has an illness duration of more than 3 years, Mental health illness in normal level were 57.9 percent. The elderly activities of daily living, mainly in the social stick were 95.5 percent. 50.4 percent of the perceived self-efficacy has moderate level. Mental health were significant associated with the perceived self-efficacy ($p = .011$). Healthcare team personnel should monitor health status of the elderly with chronic diseases by increasing the assessment in mental health is an enhancement of self- efficacy, byorganize groups of friends to help elderly friends to exchange experiences or visit each other.

Keyword: The perceived self-efficacy, Elderly people with a chronic disease, The ability of daily living.



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (Ageing Society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา โดย 1 ใน 10 ของประชากรไทยเป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และคาดว่าประเทศไทยจะเป็น "สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์" (Complete Aged Society) ในปี พ.ศ. 2564 คือ ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึง 1 ใน 5 และเป็น "สังคมสูงวัยระดับสุดยอด" (Super Aged Society) ภายในอีก 20 ปีต่อจากนี้ไป คือใน พ.ศ. 2578 โดยประมาณการว่าจะมี ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (The Secretariat of The House of Representatives, 2016) วัยนี้ นับเป็นวัยเสื่อมถอย ทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพตามมามากมาย เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ประจำปี 2560 ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2018) พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุจนเป็นผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานเมื่อเทียบกับปี 2545 พบว่า ในปี 2560 เพิ่มขึ้น 2 เท่าตัว จาก ร้อยละ 8.3 เป็น ร้อยละ 16.5 โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 1.7 เท่าตัว จาก ร้อยละ 20.0 เป็นร้อยละ 33.6 ปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุนั้นเป็นปัญหาสำคัญทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค หรือมากกว่านั้นนอกจากนั้นความคิดปกติดังกล่าว มักเป็นปัญหาเรื้อรังและรุนแรง รักษาไม่หายต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมาก ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคมของตน ผู้สูงอายุ และครอบครัวพยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุทั้งในภาวะปกติและในภาวะเจ็บป่วย การให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะมีผลทำให้ประชากรผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีพอย่างมีความสุข และเป็นภาระต่อสังคมลดลง การที่ผู้ป่วยสามารถจัดการกับตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง รู้ผลกระทบที่เกิด

จากการเจ็บป่วย รู้แนวทางที่จะเผชิญกับโรคหรืออาการ และอาการแสดงที่เกิดขึ้นและมีแนวทางในการตัดสินใจกับผลที่เกิดจากการเจ็บป่วย (Minsiri & Suksamran, 2019)

ที่ผ่านมา มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะหรือการรับรู้ความสามารถในผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย อาทิเช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง ผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถ (Perceived Self-Efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, Freeman, & Lightsey, 1999) คือ การส่งเสริมผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการเลือกหรือกำหนดกิจกรรมหรือพฤติกรรมใดๆ ที่ส่งผลต่อการเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพเช่นการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการทางการดูแลที่ช่วยสร้างและส่งเสริมความสามารถของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานได้อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ (Burakhorn, 2018., Jumpatade, Jamjun & Faimuenvai, 2018) การนำเรื่องการรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1999) มาศึกษาปัญหาที่พบของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังคือ ปัญหาการเจ็บป่วยเฉียบพลันจากอาการกำเริบ (Aruntippaitune, 2017) หรือภาวะแทรกซ้อนจากหลายๆ โรค เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคอัมพฤกษ์ หรืออัมพาต โรคถุงลมโป่งพอง ข้อเสื่อม เป็นต้น และในกลุ่มดังกล่าวอาจเป็นโรคเรื้อรังที่อยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต เช่น โรคมะเร็ง โรคไตวาย โรคชรา เป็นต้น ปี 1986 แบนดูรา มีแนวคิดในเรื่องของการกำหนดซึ่งกันและกัน (reciprocal determinism) ในปัจจัยด้านบุคคล พฤติกรรม และอิทธิพลด้านสิ่งแวดล้อม จัดทำเรื่องสมรรถนะของตนเอง (self-efficacy) เพื่ออธิบายทฤษฎีเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล การที่บุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้นั้น ต้องเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย แบนดูรา กล่าวว่า พฤติกรรมของคนเรานั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่จำเป็นต้องมีปัจจัยส่วนบุคคล (ปัญญา ความคิด ความรู้สึก และ

ปัจจัยทางชีวภาพ) ร่วมด้วยการร่วมกันของปัจจัยส่วนบุคคลนั้น จะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (reciprocal determinism) กับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (perceived self-efficacy) ที่มีผลต่อการเพิ่มการรับรู้ความรู้สึกในการตัดสินใจปฏิบัติความอดทนพยายามเผชิญอุปสรรคต่างๆที่ยากลำบากได้แม้ว่าจะไม่มีประสบการณ์โดยนำองค์ความรู้เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองมาเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะหงษ์เป็นชุมชนที่ได้รับคัดเลือกเป็นแหล่งเรียนรู้และพัฒนาการบริการวิชาการเพื่อเป็นชุมชนเข้มแข็งตามพันธกิจของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ข้อมูลในปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้สูงอายุอาศัยในเขตรับผิดชอบ 1,200 คน พบผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 506 รายร้อยละ 19.76 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด โดยประกอบด้วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 506 รายคิดเป็นร้อยละ 100 โรคเบาหวานจำนวน 165 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.60 โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน 143 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.26 และโรคไตวายเรื้อรังจำนวน 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.68 (Ban Ko Hong Health Promoting Hospital, 2020) มีคลินิกในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งจะดูแลเดือนละ 1 ครั้ง และออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค และยังคงพบปัญหาผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีภาวะแทรกซ้อนของโรคหรือมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับภาวะโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นอาจารย์พยาบาลซึ่งมีบทบาทและความรับผิดชอบในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชนร่วมกับสถานบริการสุขภาพจึงเห็นความสำคัญที่จะพัฒนาแนวทางที่จะส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

2. เพื่อศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

สมมติฐานในการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้อาศัยแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) ของแบนดูรา(Bandura, 1999) เพราะการรับรู้ความสามารถของตนเองจะเกิดขึ้นก่อนความพยายามที่จะกระทำ ช่วยให้บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้และการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์สูงกับการเปลี่ยนแปลงและการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพ แบนดูรากล่าวว่าพฤติกรรมของคนเรานั้นไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่ต้องมีปัจจัยส่วนบุคคล (ปัญญา ความคิด ความรู้สึก และปัจจัยทางชีวภาพ) ร่วมด้วยผู้วิจัยจึงศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ค่าดัชนีมวลกาย และปัจจัยเรื่องภาวะสุขภาพ คือ โรคประจำตัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย สุขภาพจิต ปัจจัยเรื่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะหงษ์ ตำบลตะเคียนเลื่อน อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 506 รายคำนวณ

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้โปรแกรม G* Power 3.1 กำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of size) เท่ากับ 0.8 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.3 ซึ่งได้มาจากงานวิจัยที่ผ่านมา (Vasuthada, Dechavoot, Jaikla & Jarujit, 2018) ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 133 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) มีคุณสมบัติดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชน รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเกาะหงษ์ ตำบลตะเคียนเลื่อน อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์และได้รับวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือเป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยจะมีโรคอื่นๆ ร่วมหรือไม่โรคร่วมก็ได้
2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาต่อเนื่องในคลินิกโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 เดือน

3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. มีกำหนดจะย้ายบ้าน ย้ายที่อยู่ภายใน 1 เดือนนี้
2. มีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ไม่สามารถให้ข้อมูลในงานวิจัยได้เช่น ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการเจ็บป่วยทางจิตหรือความจำเสื่อม
3. มีอาการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถสื่อสารและตอบได้

เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ส่วนที่ 1 คำถามข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ค่าดัชนีมวลกาย ภาวะสุขภาพประกอบด้วยโรคประจำตัวระยะเวลาเจ็บป่วย โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสัมภาษณ์และสำรวจรายการ (Check list) จำนวน 8 ข้อ และระดับสุขภาพจิตจากแบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับสั้น 15 ข้อของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข การแปลผลเมื่อรวมคะแนน

ทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ (คะแนนเต็ม 60 คะแนน)

51-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ดี

44-50 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ

43 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึงสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์เสี่ยง

ส่วนที่ 2 แบบประเมิน ADL การจำแนกผู้สูงอายุ

ตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ซึ่งมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มคิดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มคิดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พึ่งพิง หรือทุพพลภาพ (กลุ่มคิดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นตามหลักการของแบนดูรา (Bandura, 1999) และเนื้อหาเรื่องหลักสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีข้อคำถามจำนวนรวมทั้งสิ้น 27 ข้อ แบ่งเป็น

ด้านการควบคุมอาหาร 13 ข้อ (ข้อ 1-13)

ด้านการใช้ยา 3 ข้อ (ข้อ 14-16)

ด้านการออกกำลังกาย 4 ข้อ (ข้อ 17-20)

ด้านอารมณ์ 3 ข้อ (ข้อ 21-23)

ด้านการดูแลสุขภาพ 4 ข้อ (ข้อ 24-27)

ซึ่งมีความหมายในด้านบวก จำนวน 22 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 ความหมายในด้านลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11, 12, 15, 16, 20 ซึ่งมี 5 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน 5 หมายถึง ท่านมีความคิดว่าสามารถที่จะปฏิบัติได้มากที่สุด

ระดับคะแนน 4 หมายถึง ท่านมีความคิดว่าสามารถที่จะปฏิบัติได้มาก

ระดับคะแนน 3 หมายถึง ท่านมีความคิดว่าสามารถที่จะปฏิบัติได้ปานกลาง

ระดับคะแนน 2 หมายถึง ท่านมีความคิดว่าสามารถที่จะปฏิบัติได้น้อย

ระดับคะแนน 1 หมายถึง ท่านคิดว่าไม่สามารถจะปฏิบัติได้

คะแนนรวมของการวัดการรับรู้ความสามารถตนเองในช่วง 27-135 คะแนน ผู้วิจัยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับตามหลักการแบ่งอัตรากาขั้น โดยกำหนดค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุดแล้วหารด้วยจำนวนช่วงหรือระดับที่ต้องการ ดังนั้นจึงได้ช่วงคะแนนดังนี้

27-63 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับน้อย

64-100 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับปานกลาง

101-135 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้รู้และผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาความถูกต้องเพื่อให้แบบสอบถามครอบคลุมเนื้อหา

1. วิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จไปตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านเพื่อเป็นผู้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาและความชัดเจนของภาษาที่ใช้หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency: IOC) แบบสอบถามได้คะแนนจากผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละข้ออยู่ในช่วง 0.67 - 1

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มี

คุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง จำนวน 30 รายและนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามผลการวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.84 แยกรายด้าน ด้านการควบคุมอาหารเท่ากับ 0.61 ด้านการใช้ยาเท่ากับ 0.70 ด้านการออกกำลังกายเท่ากับ 0.82 ด้านอารมณ์เท่ากับ 0.68 ด้านการดูแลสุขภาพเท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกาะหงษ์ ตำบลตะเคียนเลื่อน อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ขอความร่วมมือในการทำวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามระยะเวลาที่กำหนดนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้องและวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ หมายเลข โครงการวิจัย SPRNW-REC 001/0226 เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และจะนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น รวมทั้งการใช้รหัสแทนชื่อ ผลการวิจัยจะเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 102.5)



เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้ความสามารถด้าน การออกกำลังกาย และด้านอารมณ์ ซึ่งอยู่ในระดับ
 คุณเลสุภาพอยู่ในระดับมาก (คะแนนเฉลี่ย 18.2) ปานกลางเท่ากัน ดังแสดงในตารางที่ 1
 รองลงมาได้แก่ การรับรู้ด้านการควบคุมอาหาร การใช้ยา

ตาราง 1 แสดงช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้และระดับความสามารถตนเองของ
 ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยโรคเรื้อรัง โดยรวมและรายด้าน (n = 133)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง	ช่วงคะแนน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง
โดยรวม	27-135	102.5	12.4	ปานกลาง
ด้านการควบคุมอาหาร	13-65	47.98	6.97	ปานกลาง
ด้านการใช้ยา	3-15	11.93	3.33	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	4-20	13.11	3.11	ปานกลาง
ด้านอารมณ์	3-15	11.23	2.68	ปานกลาง
ด้านการดูแลสุขภาพ	4-20	18.21	2.66	มาก

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.4
 มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปีร้อยละ 55.6 สถานภาพสมรสคู่
 ร้อยละ 65.4 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 76.7 ราย
 ได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 66.9 ค่าดัชนี
 มวลกายระดับปกติ (18.5-24.9) ร้อยละ 50.4 โรคประจำตัว
 มีโรคอื่นร่วมมากกว่า 1 โรคขึ้นไปร้อยละ 69.2 ระยะเวลา
 การเจ็บป่วยมากกว่า 3 ปีขึ้นไปร้อยละ 50.4 ระดับสุขภาพ

จิตอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 57.9 ความสามารถในการ
 ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับติดสังคม
 ร้อยละ 95.5 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับการ
 รับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุที่เป็น โรคเรื้อรัง
 พบว่า ภาวะสุขภาพเรื่องสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับ
 ระดับการรับรู้ความสามารถตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
 ที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตาราง 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนการรับรู้ความสามารถ ของตนเอง (ร้อยละ)			χ^2 (df)	p-value
		น้อย	ปานกลาง	มาก		
เพศ					2.05 (1)	.152
ชาย	42 (31.6)	0	25 (37.3)	17 (25.8)		
หญิง	91 (68.4)	0	42 (62.7)	49 (74.2)		
อายุ (ปี)					1.28 (2)	.525
60-69	74 (55.6)	0	35 (52.2)	39 (59.1)		
70-79	50 (37.6)	0	26 (38.8)	24 (36.4)		
80 ปีขึ้นไป	9 (6.8)	0	6 (9.0)	3 (4.5)		
สถานภาพ					1.54 (2)	.464
โสด	11 (8.3)	0	4 (6.0)	7 (10.6)		
คู่	87 (65.4)	0	43 (64.2)	44 (66.7)		
หม้าย/หย่าร้าง	35 (26.3)	0	20 (29.9)	15 (22.7)		
การศึกษา					6.34 (3)	.096
ไม่ได้เรียนหนังสือ	10 (7.5)	0	2 (3.0)	8 (12.1)		
ระดับประถมศึกษา	102 (76.7)	0	52 (77.6)	50 (75.8)		
ระดับมัธยมศึกษา	14 (10.5)	0	10 (14.9)	4 (6.1)		
สูงกว่าระดับมัธยมศึกษา	7 (5.3)	0	3 (4.5)	4 (6.1)		
รายได้ต่อเดือน(บาท)					5.89 (3)	.117
น้อยกว่า 5,000	89 (66.9)	0	51 (76.1)	38 (57.6)		
5,001-15,000	36 (27.1)	0	12 (17.9)	24 (36.4)		
15,001-25,000	6 (4.5)	0	3 (4.5)	3 (4.5)		
มากกว่า 25,000	2 (1.5)	0	1 (1.5)	1 (1.5)		
ภาวะสุขภาพ						
ค่าดัชนีมวลกาย					.393 (2)	.821
ผอม (น้อยกว่า 18.5)	6 (4.5)	0	3 (4.5)	3 (4.5)		
ปกติ (18.5-24.9)	67 (50.4)	0	32 (47.8)	35 (53.0)		
มากกว่า 25	60 (45.1)	0	32 (47.8)	28 (42.4)		
โรคประจำตัว					3.05 (1)	.080
มีโรคเรื้อรังประจำตัว 1 โรค	41 (30.8)	0	16 (23.9)	25 (37.9)		
มีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วย	92 (69.2)	0	51 (76.1)	41 (62.1)		

ตาราง 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนการรับรู้ความสามารถ ของตนเอง (ร้อยละ)			χ^2 (df)	p-value
		น้อย	ปานกลาง	มาก		
ระยะเวลาการเจ็บป่วย					3.56 (3)	.312
มากกว่า 3 ปี	67 (50.4)	0	38 (56.7)	29 (43.9)		
1-3 ปี	27 (20.3)	0	12 (17.9)	15 (22.7)		
6 เดือน-1 ปี	31 (23.3)	0	15 (22.4)	16 (24.2)		
น้อยกว่า 6 เดือน	8 (6.0)	0	2 (3.0)	6 (9.1)		
สุขภาพจิต					8.99 (2)	.011*
ดี (51-60)	26 (19.5)	0	10 (14.9)	16 (24.2)		
ปกติ (44-50)	79 (59.4)	0	36 (53.7)	43 (65.2)		
เลว (43)	28 (21.1)	0	21 (31.3)	7 (10.6)		
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน					2.80 (2)	.247
ติดสังคม (12 คะแนนขึ้นไป)	127 (95.5)	0	63 (94.0)	64 (97.0)		
ติดบ้าน (5-11)	5 (3.8)	0	4 (6.0)	1 (1.5)		
ติดเตียง (0-4)	1 (0.8)	0	0 (0.0)	1 (0.8)		

* =p < 0.05

การอภิปรายผล

1. ระดับการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก สอดคล้องกับการศึกษาในระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพพบว่า มีระดับการรับรู้ในระดับปานกลางถึงมาก (Dechasatit, Trisirirat & Saengsuwan, 2013, Boonman, Therawiwat, Imamee & Tansakul, 2011, Wongwai, Therawiwat, Imamee & Pradipasa, 2011) ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย มีความเปราะบางทางสุขภาพและมีความเรื้อรัง ความเสื่อมตามวัยของความสามารถจึงส่งผลให้การรับรู้ความสามารถตนเองในภาวะที่เจ็บป่วยเรื้อรังมีระดับปานกลาง อธิบายตามหลักแนวคิดของแบนดูราและคณะ (Bandura, A., Freeman, W. H., & Lightsey, R., 1999) ที่กล่าวว่าสภาวะด้านร่างกายและ

อารมณ์ (Physiological and affective states) มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเอง การมีสภาวะร่างกายแข็งแรง มีภาวะสุขภาพที่ดีจะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ในทางกลับกัน หากบุคคลมีสภาวะร่างกายอ่อนแอหรือมีอาการเจ็บป่วย ย่อมจะส่งผลในทางตรงกันข้าม เช่นกันกับสภาวะด้านอารมณ์ ถ้ามีอารมณ์บวก เช่น รู้สึกมีความสุข รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความพอใจ จะส่งผลให้มีความเชื่อในความสามารถแห่งตนเพิ่มขึ้น แต่หากสภาวะด้านอารมณ์เป็นลบ เช่น เครียด วิตกกังวล กลัว จะส่งผลให้ความเชื่อในความสามารถแห่งตนของบุคคลลดลง และอาจหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ได้

2. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความสามารถ



ตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังพบว่าปัจจัยภาวะสุขภาพเรื่องระดับสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ความสามารถตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดราชบุรี พบว่าภาวะสุขภาพทางกายมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต (Suksai, Nanthamongkolchai, Pitikultang, Munsawaengsub, & Taechaboonsermsak, 2018) อธิบายได้ว่าปัญหาทางด้านจิตใจ มักจะเกิดจากการสูญเสียโดยเฉพาะเกี่ยวข้องกับความสามารถของตนเอง เช่น การเคยเป็นที่พึ่ง เป็นผู้นำให้กับคนอื่น การเป็นที่ยอมรับและยกย่องจากคนข้างเคียง เพื่อนฝูงหรือสังคมการขาดที่พึ่ง เช่น ผู้ใกล้ชิดเพื่อนสนิท ถึงแก่กรรม เป็นต้น นอกจากนี้ การที่สุขภาพไม่แข็งแรงพอที่จะปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ ขาดการติดต่อไปมาหาสู่กับผู้อื่น บุตรหลานก็เติบโตมีครอบครัวแยกย้ายกันไป ทำให้เกิดความรู้สึกเหงา ว้าเหว่ ไม่สบายตามร่างกาย ปวดเมื่อย ไม่มีแรง นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ปัญหาทางด้านสังคม ก็เป็นอีกด้านหนึ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจได้มากสอดคล้องกับแบนดูรา (Bandura, 1997) ได้กล่าวไว้ว่า การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบ เช่น การอยู่ในสภาพที่ถูกข่มขู่ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด นอกจากนี้อาจจะทำให้เกิดความกลัวและจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนต่ำลง ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดมากขึ้น ก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี อันจะนำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลวซึ่งจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำ ลงไปอีก แต่ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย ดังนั้นการดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ควรเน้นย้ำให้มีการประเมินหรือจัดกิจกรรมส่งเสริมด้านสุขภาพจิตให้ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาพบว่าสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับระดับการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุ มีประเด็นข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำไปเป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองร่วมกับการเสริมสร้างสุขภาพจิต หรือการพัฒนาแบบการปฏิบัติการพยาบาล โดยการให้ผู้สูงอายุได้ เช่น การจัดกลุ่ม เพื่อนเยี่ยมเพื่อน การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ได้เห็นตัวอย่างและประสบการณ์จากผู้สูงอายุต้นแบบ หรือการคู่วิดิตส์ ดังนั้นเมื่อนำไปปฏิบัติจริงจะทำให้ผู้สูงอายุ มีความรู้ มีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้น

2. ด้านการศึกษา สามารถนำผลการวิจัยที่ได้มาประยุกต์ ประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนโดยมีการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ด้านการรับรู้กับสุขภาพจิตให้สอดคล้องกับเนื้อหา เช่น การสอนให้นักศึกษาส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี โดยพยาบาลควรมีการกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาแนะนำให้มีพฤติกรรมกรรับรู้และการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องเหมาะสมต่อไป

3. ด้านการบริหารเชิงนโยบายควรนำไปปรับปรุงบริการด้านการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถตนเองในการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย ความรู้เรื่อง การจัดการอาหาร ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการใช้จ่าย และการจัดการความเครียดได้ด้วยตนเอง จะทำให้การรับรู้ในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวสูงขึ้นได้ และมีพฤติกรรมกรส่งเสริมสุขภาพที่ดี ถูกต้องเหมาะสมเพิ่มมากขึ้นได้

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำวิจัยเชิงโมเดลสาเหตุการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
2. ทำวิจัยเชิงทดลองโดยนำแนวคิดสุขภาพจิตมาใช้เป็นตัวแปรร่วม เป็นแนวทางในการเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองสำหรับผู้สูงอายุทั้งสุขภาพดีและประสบความเจ็บป่วย



3. ควรมีการศึกษาโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้ของผู้สูงอายุที่นำรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตมาใช้พัฒนาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจเครื่องมือวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

Aruntippaitune, S. (2017). The Madrid International Plan of Action on Ageing: the United Nations Framework for Thailand. *J GerontolGeriatr*, 16, 80-86.

Ban Ko Hong Health Promoting Hospital. (2020). Chronic Disease Clinic Recipient Report 2020.

Bandura, A., Freeman, W. H., & Lightsey, R. (1999). Self-efficacy: The exercise of control. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13(2), 158-166.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.

Boonman, N., Therawiwat, M., Imaee, N., & Tansakul, S. (2011). Self-Efficacy, Social Support, and Self-Care Behaviors Regarding Food Consumption and Exercise of the Elderly Club Members, Kanchanaburi Province. *Journal of Health Education*, 34(117), 51-68.

Burakhorn, N. (2018). The Application of Self-efficacy Theory to Change Food Consumption and Exercise Behaviors of Hypertensive Patients. *Graduate School Conference 2018*, 1(2), 429-441.

Dechasatit, P., Trisirirat, S., & Saengsuwan, J. (2013). Percieved Self-efficacy about Osteoporosis Prevention among the Elderly Dwelling in Community. Paper presented at *Graduate Research Conference*, KhonKaen University, KhonKaen. [In Thai].

Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). (2018). *Situation of the Thai elderly 2016*. Retrieved from <http://resource.thaihealth.or.th/library/musthave/16626>

Jumpatade, N., Jamjun, L., & Faimuenvai, P. (2018). The Nurse's Role for Apply Self-Efficacy Theory in the Elderly Diabetic. *HCU Journal*, 21(42), 153-164.

Minsiri, P., & Suksamran, A. (2019). Perceived Self-Efficacy among Elderly People with a Chronic Disease in Phetchaburi Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 6(special), 69-79.

Piyaphotchanakorn, S., Kaewkungwal, P., Sompakdee, S., & Yimsook, N. (2015). Self-efficacy, Job Demands-Job Resources and Burnout with Perception of Organizational Justice as a Moderating Variable. *Journal of Social Work*, 25, 191.

Rakkarnngarn, P., Phitakphinichnan, W., & Chankin, P. (2013). *Relationships among exercise self-efficacy, sociocultural internationalization, body image dissatisfaction, and exercise intention*. Master Thesis (Science in Psychology), Chulalongkorn University, Bangkok. [In Thai].

Suksai, P., Nanthamongkolchai, S., Pitikultang, S., Munsawaengsub, C., & Taechaboonsermsak, P. (2018). Factors Influencing Mental Health of the Elderly in Urban Area, Ratchaburi Province. *Journal of Health Science*, 27(5), 809-818.



The Secretariat of The House of Representatives.

(2016). *The report of system reform to support the aging society*. Bangkok: The Publisher of The Secretariat of The House of Representatives. [In Thai].

Vasuthada, C., Dechavoot, L., Jaikla, N., & Jarujit, S.(2018). The Relationship between Perception toward Non-communicable Diseases and Health Promotion Behaviors for Non-communicable Diseases Prevention among People in Muang District, Chanthaburi Province. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 29(2), 47-59.

Wongwai, P., Therawiwat, M., Iamee, N., & Pradipasa, M. (2011). Perceived Self-Efficacy and Social Support on Self-Care Behaviors of Hypertensive Patients, Srakaew Province. *Journal of Health Education*, 34, 117.

