

การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในจังหวัดเพชรบุรี Perceived Self-Efficacy among Elderly People with a Chronic Disease in Phetchaburi Province

พิศดี มินศิริ^{1*} และ อัจฉรา สุขสำราญ¹

Pitsadee Minsiri^{1*} and Achara Suksamran¹

วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี^{1*}

Prachomklho College of Nursing, Phetchaburi Province^{1*}

(Received: March 16, 2019; Revised: October 13, 2019; Accepted: October 25, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในจังหวัดเพชรบุรี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน จำนวน 324 ราย โดยใช้วิธีการกำหนดโควตาตามกลุ่มตัวอย่างแต่ละอำเภอเท่า ๆ กัน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านความรู้เรื่องโรค เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ด้วยวิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้องได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 และได้ค่าความเชื่อมั่นจากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในจังหวัดเพชรบุรี มีการรับรู้ความสามารถตนเองในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M=6.58$, $SD=1.26$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับมาก ($M=7.45$, $SD=1.41$) รายด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ($M=5.59$, $SD=2.01$)

ดังนั้น บุคลากรทางสาธารณสุขควรเน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายมากขึ้น โดยสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการกระตุ้นหรือมีกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกันตามความสนใจของผู้สูงอายุ และควรศึกษาปัจจัยที่ช่วยหรือสนับสนุนให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายมากขึ้น

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, โรคเรื้อรัง, การรับรู้ความสามารถตนเอง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: dee_pit@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-9445279)

Abstract

The purpose of this survey research was to study perceived self-efficacy among elderly people with a chronic disease in Phetchaburi Province. Participants were 324 elders with a chronic disease, including hypertension and diabetes mellitus. They were selected by quota sampling per each district, and by purposive sampling technique. The instruments, a demographic data form and a form for perception of self-management scale, were tested for content validity by 3 experts. Item objective congruence index (IOC) was ranged 0.67-1.00, and Cronbach's Alpha Coefficient yielded 0.94. Data were analyzed by using descriptive statistics.

Results showed that people with a chronic disease in Phetchaburi province had perception of self-efficacy at a moderate level ($M = 6.58$, $SD = 1.26$). Considering sub-dimensions of self-efficacy, it was found that the elderly people with a chronic disease had emotional management score at a high level ($M = 7.45$, $SD = 1.41$), while exercise management in elderly people was at a lower level ($M = 5.59$, $SD = 2.01$).

Therefore, public health professionals and the elderly families should encourage the elderly to do more exercise, and investigate factors that help or support the elderly to do more exercise.

Keyword: Elderly, Chronic Disease, Perceived Self-Efficacy

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น จากรายงานของกรมกิจการผู้สูงอายุ ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2561 พบว่า ในปี พ.ศ. 2561 มีผู้สูงอายุในไทยจำนวน 10,666,803 คน คิดเป็นร้อยละ 16.06 ของประชากรทั้งหมด (Department of Older Persons, 2018) ซึ่งเกณฑ์จำนวนประชากรผู้สูงอายุไม่ควรเกินร้อยละ 10 จึงบ่งชี้ได้ว่าประเทศไทยก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (Ageing Society) อย่างสมบูรณ์ และจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วต่อไปในอนาคต ซึ่งคาดว่าประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ในปี 2564 จะมีประชากรสูงอายุถึง 1 ใน 5 ทั้งนี้ ในปี 2562 จะเป็นครั้งแรกที่ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุมากกว่าประชากรวัยเด็ก และคาดว่าในปี 2583 จะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ร้อยละ 32.1 เมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม วัยนี้จึงนับเป็นวัยเสื่อมถอย 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 โรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น 1.7 เท่าตัว จาก ร้อยละ 20.0 เป็น ร้อยละ 33.6 และพฤติกรรมการออกกำลังกายสม่ำเสมอของผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลง จากปี 2550 มีผู้ออกกำลังกาย ร้อยละ 41.2 ปี 2554 มีผู้ออกกำลังกาย ร้อยละ 37.8 ปี 2560 มีผู้ออกกำลังกาย ร้อยละ 26.3 ซึ่งโรคเหล่านี้จำเป็นต้องมีการดูแลสุขภาพที่ดี เพื่อดำรงตนอย่างมีสุขภาพ จากรายงานโรคติดต่อไม่เรื้อรังประจำปี 2562 พบว่า ภาวะไขมันในเลือดสูงซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าระดับไขมันโดยเฉลี่ยจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ในเพศชายสูงสุดในช่วงอายุ 45-59 ปี และเพศหญิงสูงสุดในช่วงอายุ 60-69 ปี จากข้อมูลการศึกษา Thai Registry in Acute Coronary Syndrome (TRACS) ปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยในคนไทยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ ภาวะไขมันใน

เลือดสูง ร้อยละ 83.2 ภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 59.5 และเบาหวาน ร้อยละ 50.7 (Bureau of Non Communicate Disease, 2019)

ข้อมูลจากสำนักงานสถิติจังหวัดเพชรบุรี กรมการปกครอง พบว่า ประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในจังหวัดเพชรบุรี มีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่อง จาก 46,294 คน หรือร้อยละ 15.0 ของประชากรทั้งจังหวัด ในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.7 ในปี 2560 และข้อมูลจาก Health Data Center จังหวัดเพชรบุรี รายงานเมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2560 พบมีการป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อเพิ่มขึ้น ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 32,042 คน หรือร้อยละ 43.49 โรคเบาหวาน จำนวน 12,876 คน หรือ ร้อยละ 19.4 โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 1,155 คน หรือ ร้อยละ 1.57 โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 746 คน หรือร้อยละ 1.01 หากผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังไม่ได้รับการดูแล หรือดูแลตนเองไม่ดีก็จะมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) ของ Bandura (1977) มี 2 องค์ประกอบ คือ ความคาดหวังความสามารถของตนเอง (Efficacy Expectation) และความคาดหวังในผลการกระทำ (Outcome Expectation) หากผู้สูงอายุมีความเชื่อหรือมั่นใจในความสามารถตนเอง ก็จะมี ความคาดหวังพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองและสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยของตนเองได้ จากผลการศึกษาหลายการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองและผลลัพธ์ด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่างโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ (Curtin, Walters, Schatell, Pennell, Wise, & Klicko, 2008) การที่ผู้ป่วยจะจัดการกับตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง รู้ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วย รู้แนวทางที่จะเผชิญกับโรคหรืออาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น มีแนวทางในการตัดสินใจกับผลที่เกิดจากการเจ็บป่วย แต่ส่วนใหญ่จะพบว่าผู้สูงอายุที่มารับบริการยังไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการของโรคเพิ่มขึ้น เช่น ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในผู้ป่วยเบาหวาน ยังรับประทานอาหารที่มีรสชาติเค็มในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทั้ง ๆ ที่แพทย์พยาบาลได้แนะนำหลัก 3 อ. 2 ส. ได้แก่ อ.ที่ 1 อาหาร รับประทานอาหารแต่พอดี งดรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ควรมีผักหรือผลไม้ในอาหารทุกมื้อ อ.ที่ 2 คือออกกำลังกายสม่ำเสมอ วันละครึ่งชั่วโมง สัปดาห์ละ 5 วัน อ.ที่ 3 คืออารมณ์ ทำจิตใจให้แจ่มใส พักผ่อนให้เพียงพอ ส.ที่ 1 คือไม่สูบบุหรี่และ ส.ที่ 2 คือลดการดื่มสุรา เบียร์ และเครื่องดื่มมีน้ำตาล

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในจังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ซึ่งมี 2 องค์ประกอบ คือ ความคาดหวังความสามารถของตนเอง (Efficacy Expectation) และความคาดหวังในผลการกระทำ (Outcome Expectation) โดยแบนดูราพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการตนเองกับความสามารถในผลของการกระทำ ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงและมีความคาดหวังในผลการกระทำสูง จะมีแนวโน้มในการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงต้องการศึกษาความเชื่อในความสามารถตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในการที่จะกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ให้สำเร็จลุล่วงตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ ในด้านการจัดการทางการแพทย์ ได้แก่ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารและการควบคุมน้ำหนัก การเฝ้าระวัง ด้านการจัดการกับอารมณ์ ได้แก่ ความเครียด และด้านการรับรู้อาการและการจัดการกับอาการของโรค หากผู้สูงอายุสามารถรับรู้ความสามารถตนเองที่จะจัดการกับโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ให้ดีขึ้น ก็จะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ก็จะเป็นการลดภาระให้กับคนในครอบครัวและสังคม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง ได้แก่ ตำบลดอนยาง, ตำบลนาพันสาม เขตพื้นที่อำเภอบ้านแหลม ได้แก่ ตำบลเขาตะเครา, ตำบลแหลมผักเบี้ย เขตพื้นที่อำเภอบ้านลาด ได้แก่ ตำบลไร่สะท้อน, ตำบลถ้ำรงค์ และเขตพื้นที่อำเภอท่ายาง ได้แก่ ตำบลบ้านในดงจำนวน 1,050 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง หรือเป็นโรคร่วมมากกว่า 2 โรค อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง ได้แก่ ตำบลดอนยาง, ตำบลนาพันสาม เขตพื้นที่อำเภอบ้านแหลม ได้แก่ ตำบลบางครก (เขาตะเครา), ตำบลแหลมผักเบี้ย เขตพื้นที่อำเภอบ้านลาด ได้แก่ ตำบลไร่สะท้อน, ตำบลถ้ำรงค์ และเขตพื้นที่ท่ายาง ได้แก่ ตำบลบ้านในดง ช่วงเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน มกราคม-มีนาคม 2558 โดยเก็บข้อมูลที่บ้านผู้ป่วย การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรของทาโร ยามาเน่ (Taro Yamane, 1973) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน โดยยอมให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ 95% ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 350 คน แต่มีผู้ยินยอมให้เก็บข้อมูลได้ 324 คน โดยใช้วิธีการกำหนดโควตาตำบลละ 50 คน และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติการคัดเลือก ดังนี้

1. เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีโรคประจำตัวที่เรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ซึ่งอาจจะเป็นโรคใดโรคหนึ่งหรือมีโรคร่วมมากกว่า 2 โรค

2. สื่อสารและพูดภาษาไทยได้ อ่านหนังสือออก

3. เป็นผู้ที่สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้คัดเลือกเข้าร่วม มีดังนี้

1. ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

2. ไม่สามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

3. โรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ไม่ได้เป็นไปตามเกณฑ์ที่คัดเลือก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ผู้ดูแลประจำ

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ความสามารถตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของ แบนดูรา (Bandura, 1986) โดยการตอบเองหรืออ่านให้ฟังแล้วตอบ แบบวัดแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการรับประทานยา ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านความรู้เรื่องโรค ข้อคำถาม 25 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 10 ระดับ วัดการรับรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเอง โดย 1 หมายถึง ไม่มีความมั่นใจเลยในการจัดการตนเอง และ 10 หมายถึง มีความมั่นใจมากที่สุดในการจัดการตนเอง การให้คะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองโดยรวมและรายด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับมาก ปานกลาง และน้อย ใช้วิธีการแบ่งอัตรภาคขั้นตามหลักสถิติ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยในช่วง 6.68 – 10.00 หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ยในช่วง 3.34 – 6.67 หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยในช่วง 1.00 – 3.33 หมายถึง การรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองอยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence Index : IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำมาปรับปรุงและนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือประสานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขอความร่วมมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

2. ประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านผู้ป่วย ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านได้เนื่องจากปัญหาทางสายตา ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านให้ฟังและทำความเข้าใจกับกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้คะแนนตามความมั่นใจและการรับรู้ความสามารถตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้อง ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ การรับรู้ความสามารถตนเอง วิเคราะห์โดยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี หมายเลข ศจม.พบ.ที่ 09/2557 เมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2557

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 324)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	118	36.42
หญิง	206	63.58
อายุ (M=70.96, SD=7.80, Max=94 ปี, Min=60 ปี)		
60-69	151	46.60
70-79	122	37.65
80-89	44	13.58
90-99	7	2.16
สถานภาพสมรส		
คู่	196	60.49
โสด	18	5.55
หม้าย	98	30.25
หย่า	7	2.16
แยกกันอยู่	5	1.54
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	142	43.83
เบาหวาน	36	11.11
ไขมันในเลือดสูง	7	2.16
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	57	17.59
เบาหวานและไขมันในเลือดสูง	11	3.39
ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	33	10.18
เบาหวาน, ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง	38	11.73

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแลประจำ		
ลูกสาว	124	38.27
สามี/ภรรยา	66	20.37
ลูกชาย	59	18.21
ไม่มีผู้ดูแล	32	9.88
หลาน/เหลน	16	4.94
ลูกและภรรยา/สามี	16	4.94
พี่น้องสายเลือดเดียวกัน	6	1.85
ญาติ	5	1.54

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.58 อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 44.60 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 60.49 โรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงร้อยละ 43.83 และมีผู้ดูแลประจำคือ ลูกสาวร้อยละ 38.27

2. การรับรู้ความสามารถตนเอง

ตาราง 2 การรับรู้ความสามารถตนเองของกลุ่มตัวอย่างรายด้านและโดยรวม

การรับรู้ความสามารถตนเอง	M	SD	แปลผล
ด้านการจัดการความเครียด	7.45	1.41	มาก
ด้านการรับประทานยา	7.19	1.55	มาก
ด้านการรับประทานอาหาร	6.53	1.58	ปานกลาง
ด้านความรู้เรื่องโรค	6.15	1.85	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	5.59	2.01	ปานกลาง
รวม	6.58	1.26	ปานกลาง

จากตาราง 2 พบว่า การรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง ($M=6.58$, $SD=1.26$) รายด้าน ด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M=7.45$, $SD=1.41$) ด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M=5.59$, $SD=2.01$)

ตาราง 3 การรับรู้ความสามารถตนเองของกลุ่มตัวอย่างด้านการจัดการความเครียด จำแนกรายข้อ

การรับรู้ความสามารถตนเองด้านความเครียด	M	SD	แปลผล
1. รับรู้และมั่นใจว่าเมื่อตนเองมีความเครียด เช่น มีอาการนอนไม่หลับ ปวดศีรษะ สามารถหาวิธีผ่อนคลายความเครียดได้ด้วยตนเอง	7.09	1.96	มาก
2. มั่นใจว่า เมื่อมีอาการผื่นคัน หงุดหงิด สามารถควบคุมอารมณ์ได้	7.78	1.92	มาก
3. รับรู้และมั่นใจว่าเมื่อมีความเครียด ความทุกข์ไม่สบายใจ สามารถพูดคุยกับคนในครอบครัว หรือขอคำปรึกษาจากแพทย์/เจ้าหน้าที่ได้	7.39	1.79	มาก
4. รับรู้และมั่นใจว่า ความเครียดทำให้โรคหรือการที่เป็นอยู่แย่ลง	7.20	2.08	มาก
5. รับรู้และมั่นใจว่าสามารถพักผ่อนได้อย่างเพียงพอและนอนหลับอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง	7.80	2.03	มาก

จากตาราง 3 พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองด้านจัดการความเครียดของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมากทุกข้อ โดยข้อรับรู้และมั่นใจว่าสามารถพักผ่อนได้อย่างเพียงพอและนอนหลับอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง มี

ค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M=7.80$, $SD=2.03$) และรับรู้และมั่นใจว่าเมื่อตนเองมีความเครียด เช่น มีอาการนอนไม่หลับ ปวดศีรษะ สามารถหาวิธีผ่อนคลายความเครียดได้ด้วยตนเอง มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M=7.09$, $SD=1.96$)

ตาราง 4 การรับรู้ความสามารถตนเองของกลุ่มตัวอย่างด้านการรับประทานยา จำแนกรายข้อ

การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการรับประทานยา	<i>M</i>	<i>SD</i>	แปลผล
1. รับรู้และมั่นใจว่าสามารถรับประทานยาตามแพทย์สั่งได้ตามเวลาและครบทุกมื้อ โดยไม่ลืม	8.18	1.99	มาก
2. รับรู้ว่าการหยุดรับประทานยาเอง เป็นสิ่งที่ไม่ควรกระทำ ถึงแม้ว่าอาการจะดีขึ้นแล้ว	7.97	2.09	มาก
3. รับรู้ถึงอาการผิดปกติภายหลังการรับประทานยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ และมีความมั่นใจที่จะบอกเล่าหรือขอคำปรึกษาจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข	6.63	2.11	ปานกลาง
4. รับรู้และมั่นใจว่าทราบผลข้างเคียงของยาที่รับประทานอยู่เป็นประจำ	5.76	2.36	ปานกลาง
5. รับรู้และมั่นใจว่าสามารถบริหารจัดการยาให้ได้อย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีการขาดยา ถึงแม้ว่าจะเลยวันที่แพทย์นัดหรือเป็นช่วงที่ไม่สามารถมาพบแพทย์ตามนัด	7.40	2.16	มาก

จากตาราง 4 พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก โดยข้อรับรู้และมั่นใจว่าสามารถรับประทานยาตามแพทย์สั่งได้ตามเวลาและครบทุกมื้อ โดยไม่ลืม มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M=8.18$, $SD=1.99$) และข้อรับรู้และมั่นใจว่าทราบผลข้างเคียงของยาที่รับประทานอยู่เป็นประจำมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M=5.76$, $SD=3.36$)

ตาราง 5 การรับรู้ความสามารถตนเองของกลุ่มตัวอย่างด้านการรับประทานอาหาร จำแนกรายข้อ

การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการรับประทานอาหาร	<i>M</i>	<i>SD</i>	แปลผล
1. รับรู้และมั่นใจว่าสามารถจัดการตนเองให้รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่	6.66	2.00	ปานกลาง
2. รับรู้และมั่นใจว่าจะไม่รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม ไข่เค็ม ของดอง และเติมผงชูรสในอาหารที่ปรุง	6.38	2.18	ปานกลาง
3. รับรู้และมั่นใจว่าจะไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ของทอด แกงกะทิ หมูสามชั้น และอาหารที่ให้พลังงานสูง เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู	6.46	2.02	ปานกลาง
4. รับรู้และมั่นใจว่าจะไม่รับประทานอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลมาก เช่น ขนมหวาน ขนมปัง น้ำอัดลม น้ำหวาน ผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ละครุด ลองกอง	6.29	2.07	ปานกลาง
5. รับรู้และมั่นใจว่าสามารถควบคุมการรับประทานอาหารให้เหมาะสมได้ครบทุก 3 มื้อ	6.84	1.97	มาก

จากตาราง 5 พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองของกลุ่มตัวอย่างด้านการรับประทานอาหารส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อรับรู้และมั่นใจว่าสามารถควบคุมการรับประทานอาหารให้เหมาะสมได้ครบทุก 3 มื้อ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M=6.84$, $SD=1.97$) และข้อรับรู้และมั่นใจว่าจะไม่รับประทานอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลมาก เช่น ขนมหวาน ขนมปัง น้ำอัดลม น้ำหวาน ผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ละครุด ลองกอง มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M=6.29$, $SD=2.07$)

ตาราง 6 การรับรู้ความสามารถตนเองของกลุ่มตัวอย่างด้านความรู้เรื่องโรค จำแนกรายข้อ

การรับรู้ความสามารถตนเองด้านความรู้เรื่องโรค	M	SD	แปลผล
1. รับรู้และมั่นใจว่าตนเองเข้าใจถึงสาเหตุ อาการและพยาธิของโรคที่เป็นอยู่อย่างถ่องแท้	5.06	2.32	ปานกลาง
2. รับรู้และมั่นใจว่าสามารถประเมินอาการของโรคที่ตนเองเป็นอยู่ได้อย่างถูกต้อง	5.75	2.25	ปานกลาง
3. รับรู้และมั่นใจว่าสามารถพูดคุยเรื่องอาการของโรคแนวทางการรักษากับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้	6.31	2.30	ปานกลาง
4. รับรู้และมั่นใจว่าสามารถบอกอาการที่ผิดปกติของโรคที่เป็นอยู่กับแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้อย่างตรงไปตรงมา	6.77	2.33	มาก
5. รับรู้และมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้สอดคล้องกับโรคที่เป็นอยู่ได้	6.87	2.03	มาก

จากตาราง 6 พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองของกลุ่มตัวอย่างด้านความรู้เรื่องโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อรับรู้และมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้สอดคล้องกับโรคที่เป็นอยู่ได้ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M=6.87$, $SD=2.03$) และข้อรับรู้และมั่นใจว่าตนเองเข้าใจถึงสาเหตุ อาการและพยาธิของโรคที่เป็นอยู่อย่างถ่องแท้ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M=5.06$, $SD=2.32$)

ตาราง 7 การรับรู้ความสามารถตนเองของกลุ่มตัวอย่างด้านการออกกำลังกาย จำแนกรายข้อ

การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการออกกำลังกาย	M	SD	แปลผล
1. รับรู้และมั่นใจว่าสามารถเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเองและโรคที่เป็นอยู่	5.78	2.35	ปานกลาง
2. รับรู้และมั่นใจว่าสามารถใช้เวลาออกกำลังกายได้อย่างน้อยครั้งละ 30 นาที อย่างต่อเนื่องและสามารถทำได้ครบอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์	4.81	2.40	ปานกลาง
3. รับรู้และมั่นใจว่าสามารถไปออกกำลังกายด้วยตนเองได้โดยไม่ต้องมีใครชักชวนหรือกระตุ้น	5.01	2.53	ปานกลาง
4. มั่นใจและรับรู้ถึงอาการที่ผิดปกติขณะออกกำลังกายเช่น ใจสั่น หายใจเหนื่อย หอบ เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม และสามารถบอกเล่าอาการเหล่านี้ให้บุคคลใกล้ชิดหรือรับเข้ารับการปรึกษากับแพทย์	5.99	2.45	ปานกลาง
5. รับรู้และมั่นใจว่าการออกกำลังกายสามารถทำให้โรคที่เป็นอยู่มีอาการดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค	6.36	2.28	ปานกลาง

จากตาราง 7 พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองของกลุ่มตัวอย่างด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ โดยข้อรับรู้และมั่นใจว่าการออกกำลังกายสามารถทำให้โรคที่เป็นอยู่มีอาการดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M=6.36$, $SD=2.28$) และข้อรับรู้และมั่นใจว่าสามารถใช้เวลาออกกำลังกายได้อย่างน้อยครั้งละ 30 นาทีอย่างต่อเนื่องและสามารถทำได้ครบอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M=4.81$, $SD=2.40$)

อภิปรายผล

การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในจังหวัดเพชรบุรีในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M=6.58$, $SD=1.26$) หากพิจารณารายด้าน พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุด้านการจัดการความเครียดมีค่าเฉลี่ยมากกว่าทุกด้าน ($M=7.45$, $SD=1.41$) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีสถานภาพชีวิตคู่และมีลูกสาวเป็นผู้ดูแลประจำ เมื่อมีปัญหาจึงมีบุคคลในครอบครัวที่สามารถพูดคุยเพื่อแก้ไขปัญหา ประกอบกับผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นลูกสาวซึ่งมีความใกล้ชิดและช่วยจัดการกิจกรรมในครอบครัวจึงทำให้ผู้สูงอายุลดภาระและความเครียดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Booranaklas (2017) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม

การดูแลสุขภาพตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัวกับความสุขของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่ง เขตสายไหม กรุงเทพมหานคร พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.505, p<.01$) และสอดคล้องกับแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ซึ่งอธิบายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กันก่อให้เกิดความรักความผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใยซึ่งกันและกัน

เมื่อพิจารณาตามการจำแนกรายชื่อของการรับรู้ความสามารถตนเองด้านการจัดการความเครียด พบว่า ผู้สูงอายุรับรู้และมั่นใจว่าสามารถพักผ่อนได้อย่างเพียงพอและนอนหลับอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M=7.80, SD=2.03$) และผู้สูงอายุเมื่อมีความเครียด ความทุกข์ก็สามารถพูดคุยกับคนในครอบครัวได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ardkhithkarn (2012) พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องมีพฤติกรรมในการจัดการตนเองด้านอารมณ์ความเครียดอยู่ในระดับสูง เพราะมีการเรียนรู้การจัดการความเครียดและมีบุคคลในครอบครัวให้การดูแล ครอบครัวจึงมีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ จากการศึกษาบทบาทครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของ Gadudom, Apinyalungkon, Janjaroen, & wae (2018) พบว่า ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย, การดูแลด้านจิตใจ, การดูแลด้านสังคมและการดูแลด้านเศรษฐกิจ และจากการศึกษาตัวแบบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุของ Phalasuek, & Thanomchayathawatch (2017) ผู้สูงอายุต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว ด้านค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันและค่ารักษาพยาบาล การตอบสนองการทากิจวัตรประจำวัน การเป็นเพื่อนคุย การจัดการสิ่งแวดล้อม ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลใกล้ชิด เช่น ลูกสาว ลูกชาย จึงสามารถช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุให้มีการจัดการตนเองได้ดี แต่การรับรู้ความสามารถตนเองด้านการจัดการความเครียดที่ควรเพิ่มความสามารถตนเองให้กับผู้สูงอายุ คือการหาวิธีผ่อนคลายความเครียดได้ด้วยตนเอง เมื่อมีความเครียดหรือนอนไม่หลับ

การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก ($M=7.19, SD=1.55$) ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุเมื่อเข้ารับบริการทางสุขภาพจะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางสาธารณสุขและตัวผู้สูงอายุมีความตระหนักและรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคที่เป็น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Prakobchai, Kusuma Na Ayuthya, Wattanakitkriear, & Buranakitjaroen (2014) พบว่า ระดับการศึกษา การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการรับประทานยาสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 38.9 ($R^2=.389, p<.01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Rusawang (2017) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาหลายขนานของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 มีค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ในระดับสูง ($M=29.32, SD=3.07$) แต่สิ่งที่ควรเพิ่มเติมให้กับผู้สูงอายุคือการรับรู้และมั่นใจในการรับประทานผลข้างเคียงของยาที่รับประทานอยู่เป็นประจำซึ่งยังมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($M=5.76, SD=3.36$)

การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ($M=6.58, SD=1.26$) อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีบุตรสาวเป็นผู้ดูแลและทำอาหารให้รับประทาน ดังนั้นผู้สูงอายุจึงสามารถเลือกรับประทานอาหารเองได้น้อย ประกอบกับผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีการกิจหรือประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเกรงใจไม่กล้าบอกความต้องการของตนเองที่จะบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ แต่ผู้สูงอายุยังมีความมั่นใจว่าตนเองสามารถควบคุมการรับประทานอาหารได้ถึงแม้ว่าจะหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีแป้งหรือน้ำตาลได้น้อย

การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุด้านความรู้เรื่องโรคอยู่ในระดับปานกลาง ($M=6.15, SD=1.85$) เป็นเพราะทุกครั้งที่คุณสูงอายุไปรับบริการพบแพทย์ก็จะได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคนั้นๆทุกครั้งจึงทำให้ผู้สูงอายุทราบแนวทางในการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับการเจ็บป่วย แต่ความรู้ความเข้าใจเรื่องสาเหตุ อาการ พยาธิสภาพของโรค มักจะได้รับคำอธิบายครั้งแรกที่ตรวจพบว่าเป็นโรคนั้นๆ หรือนานๆครั้ง

จึงได้รับคำอธิบายซ้ำ ซึ่งอาจจะเป็นเรื่องยากในการทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ ประกอบกับผู้สูงอายุก็มีความเสื่อมถาวรระบบประสาทและสมองทำให้ผู้สูงอายุมีความจำลดลง

การรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าทุกด้าน ($M=5.59$, $SD=2.01$) ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีบุคคลในครอบครัวช่วยเหลือ แต่การออกกำลังกายก็เป็นเรื่องทัศนคติส่วนบุคคลซึ่งผู้สูงอายุอาจให้ความสำคัญน้อยกว่าด้านอื่น ๆ ที่มีผู้ดูแลเป็นผู้สนับสนุนจัดการให้ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมอื่นๆ เช่น สถานที่ไม่เอื้ออำนวย ความรู้ในเรื่องการออกกำลังกายไม่เพียงพอหรือประเภทของการออกกำลังกายไม่ถูกใจ ขาดการกระตุ้นหรือการสนับสนุนจากคนในครอบครัวและสังคม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sukanun, Subprasert, Jariyasilp, & Vongsala (2014) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง แต่หากครอบครัวมีการช่วยเหลือสนับสนุนเป็นกำลังใจก็จะทำให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาออกกำลังกายมากขึ้น ตามการศึกษาประสิทธิผลของการสนับสนุนจากครอบครัวต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุของ Muenya (2017) ที่พบว่า การออกกำลังกายของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการออกกำลังกายโดยครอบครัวมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายหลังรับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับ Namarak, Watcharasin, & Deoisres (2018) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ซึ่งเชื่อว่า บุคคลใดจะกระทำกิจกรรมใดนั้น ถ้าไม่มั่นใจว่าจะปฏิบัติสิ่งนั้นได้ถึงแม้ว่าจะได้รับความรู้และรู้ว่าพฤติกรรมนั้นดีก็อาจจะไม่ปฏิบัติ ถ้าไม่ได้รับการสนับสนุนหรือส่งเสริมความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน ถ้าบุคคลใดที่มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนสูง ก็จะเป็นบุคคลที่สามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสาธารณสุขหรือหน่วยงานบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ควรนำผลการวิจัยไปปรับปรุงบริการด้านการส่งเสริมหรือสร้างพลังอำนาจให้ผู้สูงอายุมีความสามารถของตนเองในการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกาย ความรู้เรื่องการจัดการอาหาร ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค และจัดการความเครียดได้ด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีผู้ดูแลประจำระยะเวลาความเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนของโรค ประเภทของการออกกำลังกาย
2. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายเพิ่มขึ้น

References

- Ardkhithkarn, S. (2012). *Self-Management Behaviors and Predicting Factors in Elders with End Stage Renal Disease Undergoing Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis*. Master of Nursing Science (Gerontological Nursing) Chiang Mai University, Chiang Mai. (in Thai)
- Bandura, A. (1986). *Social Foundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. New York: W. H. Freeman.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman.
- Booranaklas, W. (2017). The Correlation Between the Self-Care Behaviors, Family Relationship, and Happiness the Elderly at the Community Saimai District in Bangkok Metropolitan. *Journal of The Police Nurse*, 9(2), 24-32. (in Thai)



- Bureau of Non Communicate Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2019). *World Heart Campaign Message*. Retrieved form www.thaincd.com.
- Curtin, R. B., Walters, B. A. J., Schatell, D., Pennell, P., Wise, M., & Klicko, K. (2008). *Self-Efficacy and Self-Management Behaviors in Patients with Chronic Kidney Disease*, 15(2), 191-205.
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2018). *Situation of The Thai Elderly 2017*. Deuan Tula Printing House. Bangkok.
- Gadudom, P., Apinyalungkon, K., Janjaroen, K., & wae, N. (2018). Family Roles to Increase Quality of Life of Older Persons in a Changing Situation. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(3), 300-310. (in Thai)
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. New Jersey: Prentice-Hall. Jersey: Printic-Hall.
- Muenya, S. (2017). Effectiveness of Family Supports on Exercise Behaviors of Elderly. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 25(1), 74-81. (in Thai)
- Namarak, R., Watcharasin, C., Deoisres, W. (2018). Family Factors Inuencing Exercise and Eating Behavior among Elderly with Overweight in Muang District, Nakhon Prathom Province. *Nursing Journal*, 45(3), 46-57. (in Thai)
- Phalasuek, R., & Thanomchayathawatch, B. (2017). A Family Model for Older People Care. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(3), 135-149. (in Thai)
- Prakobchai, S., Kusuma Na Ayuthya, S., Wattanakitkrileart, D., & Buranakitjaroen, P. (2014). Factors Influencing Medication-Taking Behavior of Hypertensive Patients. *Journal of Nursing Science*, 32(4), 43-51. (in Thai)
- Rusawang, S. (2017). Factor Related to Polypharmacy Medication Adherence among Older Persons with Chronic Illness. *Journal of Nursing, Siam University*, 18(35), 6-23. (in Thai)
- Sukanun, T, Subprasert, J., Jariyasilp, S., & Vongsala, A. (2014). Factors Affecting Exercise Behaviors of the Elderly People in Bansuan Municipality, chonburi. *The Public Health Journal of Burapha University*, 9(2), 66-75. (in Thai)