



รายงานการวิจัย

การประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรม
สุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง

Application of Self-efficacy Theory on Health Behaviors
of Elderly in Lampang Province

อาจารย์ ชัชชฎาภร พิศมร และคณะ

งานวิจัยโดยใช้ทุนส่วนตัว มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566



รายงานการวิจัย

การประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรม
สุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง

Application of Self-efficacy Theory on Health Behaviors
of Elderly in Lampang Province

อาจารย์ ชัชชฎาภร พิศมร

อาจารย์ ดร.เอกสิทธิ์ ไชยปิ่น

งานวิจัยโดยใช้ทุนส่วนตัว มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัย เรื่อง ผลของการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่จังหวัดลำปาง ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย และบุคลากรในมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการอำนวยความสะดวกช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยให้สามารถดำเนินการผ่านไปได้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องสนับสนุนการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

อาจารย์ ชัชชฎาภร พิศมร
อาจารย์ ดร.เอกสิทธิ์ ไชยปิ่น

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง ระยะเวลาที่ศึกษารวมทั้งสิ้น 2 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย โปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเอง จัดกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง รวมทั้งสิ้น 5 ชั่วโมง และแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ paired samples t-test ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีอายุระหว่าง 60 – 65 ปี ร้อยละ 73.33 ก่อนการทดลองผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.67 และระดับสูง ร้อยละ 23.33 หลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.33 และระดับสูง ร้อยละ 26.67 หลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 และพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 93.33 ระดับสูง ร้อยละ 6.67 หลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 3.33 และระดับสูง ร้อยละ 96.67 และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสูงภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองเป็นส่วนหนึ่งในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่นที่มีลักษณะคล้ายกัน

คำสำคัญ: การรับรู้, ความสามารถตนเอง, พฤติกรรมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ

Abstract

A quasi-experimental one group pretest-posttest design aimed to effects of applying of self-efficacy theory on health behaviors of elderly in Lampung Province. The sample group composed of 30 elderly people obtained by a purposive random sampling. The total study period was 2 months. The tool implemented in the study was a health education program used to apply the Self-efficacy Theory. There were 5 activities launched comprising 1 hour at each time and questionnaires interviews to collect the data into a general information form, perceived self-efficacy, outcome expectation of health care and health behaviors. Analyses of the data referred to the descriptive statistics and to compare that by a paired sample t-test. Elderly aged between 60-65 years old percent. before the experiment there was a moderate level of perceived self-efficacy 76.67 percent and high Level 23.33 percent and after the experiment there was a high-level 100 percent. Outcome expectation of health care are moderate 73.33 percent and high level 26.67 percent and after the experiment there was a high-level 100 percent and Health behaviors were moderate 93.33 percent, high level 6.67 percent and after the expectation there was moderate 3.3 percent, high 96.67 percent. The initial findings showed the mean scores of perceived self-efficacy, expectation and health behaviors were in moderate levels. After the implementation found that the means of perceived self-efficacy, outcome expectation of health care and health behaviors scores were higher than that before the start. The mean values of before and after the program were statistically significant differences ($p < 0.05$). For recommendation, applying of self-efficacy theory be part of the health promotion activities for the elderly who have similar conditions to this study.

Key words: Perception, Self-efficacy, Health behaviors, Elderly

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ	ข
สารบัญ	ง
สารบัญภาพ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
สมมุติฐานการวิจัย	2
นิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	3
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4
แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง	5
สุขภาพของผู้สูงอายุ	11
พฤติกรรมสุขภาพ	14
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	16
กรอบแนวคิดในการวิจัย	21
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	22
รูปแบบการวิจัย	22
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	22
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	23
การเก็บรวบรวมข้อมูล	25
การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ	26
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	27
ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	28
การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง	29
ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง	30

	หน้า
ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง	
อภิปรายผล	31
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ	34
สรุปผลการศึกษา	35
ข้อเสนอแนะ	37
เอกสารอ้างอิง	38
ภาคผนวก	42
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม	43
ภาคผนวก ข วิเคราะห์แบบสอบถามรายชื่อ	48
ภาคผนวก ค รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	53

สารบัญภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	21

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	28
ตารางที่ 4.2 การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง	30
ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าการทดลอง	31

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุ ตามคำจำกัดความขององค์การสหประชาชาติ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สำหรับประเทศไทยได้กำหนดนิยามผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 โดย “ผู้สูงอายุ” หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย ซึ่งปัจจุบันสังคมไทยนับได้ว่าเป็น “สังคมผู้สูงอายุ” แล้ว เนื่องจากมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ตามเกณฑ์ขององค์การสหประชาชาติ และนอกจากประชากรผู้สูงอายุจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นแล้ว ยังมีแนวโน้มอายุยืนยาวขึ้น (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2553) ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ หลังจากเมื่อ พ.ศ. 2563 นับเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ที่ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงวัยอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จากข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ พ.ศ. 2563 มีประชากรทั้งหมด 12,000,000 คน คิดเป็นร้อยละ 18.1 ของประชากรทั้งหมด และข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 มีประชากรทั้งหมด 12,071,837 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2 ของประชากรทั้งหมด โดยประชากรผู้สูงอายุใน พ.ศ. 2565 นั้นมีมากถึง 12,116,199 คน เพศชายจำนวน 5,339,610 คน เพศหญิงจำนวน 6,776,589 คน คิดเป็นร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งหมด โดยแบ่งเป็นผู้สูงอายุวัยต้น ช่วงอายุ 60-69 ปี จำนวน 6,843,300 คน คิดเป็นร้อยละ 56.5 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ผู้สูงอายุวัยกลาง ช่วงอายุ 70-79 ปี มีจำนวน 3,522,778 คน คิดเป็นร้อยละ 29.1 และผู้สูงอายุวัยปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 1,750,121 คน คิดเป็นร้อยละ 14.4 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) จากการศึกษาโดยสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ระบุว่า ในปี 2583 ประชากรไทยจะมีจำนวนลดลงจาก 66.5 ล้านคน เหลือ 65.4 ล้านคน ส่วนเด็กอายุ 0-14 ปี ก็มีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 16.9 เหลือร้อยละ 12.8 ส่วนวัยแรงงาน อายุระหว่าง 15-59 ปี ลดลงถึงร้อยละ 10 ในขณะที่ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.1 เป็นร้อยละ 31.4 ในปี 2583เท่ากับว่าอีกเกือบ 20 ปีข้างหน้า ไทยจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวจาก 12 ล้านคน เป็น 20.5 ล้านคน (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2563)

สำหรับข้อมูลประชากรผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง พ.ศ. 2565 มีประชากรทั้งหมด 191,677 คน เพศชายจำนวน 87,730 คน คิดเป็นร้อยละ 45.77 เพศหญิงจำนวน 103,947 คน คิดเป็นร้อยละ 54.23 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) จากสถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมโดยรวม ซึ่งผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมการทำงานของอวัยวะต่างๆ มีประสิทธิภาพลดน้อยลง ความคิดและการตัดสินใจช้าลง การรับรู้ การแสดงปฏิกิริยาช้าลง ความจำลดลง มีภาวะสมองเสื่อม

การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การใส่ใจดูแลสุขภาพในเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนที่เพียงพอ

และทำอารมณ์ให้แจ่มใสไม่เครียดก็จะช่วยลดปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทยให้น้อยลงได้ ยังเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ทำให้มีการดำรงชีวิตที่ดีมีคุณภาพ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางด้านสุขภาพเพื่อปรับพฤติกรรมการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเช่น การปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัย การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกายรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เป็นต้น การนำทฤษฎีมาประยุกต์ใช้สู่การปฏิบัติเป็นส่วนหนึ่งในการปรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และมีงานวิจัยที่ใช้แนวคิดทฤษฎีความสามารถของตนเองและพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น (อิทธิพล ดวงจินดา และคณะ, 2564) และหากผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองจะมีความสำคัญในการนำมาใช้เพื่อความมั่นใจให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่จังหวัดลำปาง ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังผลจากการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

คำถามการวิจัย

การประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดลำปาง สามารถทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

การประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองในเรื่อง

1. การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุ
2. ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ขอบเขตของประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง เดือน 17 กุมภาพันธ์ – 17 มีนาคม พ.ศ. 2566

ขอบเขตเนื้อหา

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

- ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง
- ตัวแปรตาม ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุ ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

นิยามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมสุขศึกษา หมายถึง โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง เป็นการจัดการเรียนรู้ของบุคคล เพื่อมุ่งให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง มีกิจกรรมประกอบด้วย สร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ บรรยายความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมกับช่วงวัย ตัวแบบด้านสุขภาพ โดยเสนอตัวแบบที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ พูดคุย จูงใจให้ผู้สูงอายุคนอื่นๆ มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ชักจูงสู่ความสำเร็จ เป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้สูงอายุได้เห็นกลับมาดูแลสุขภาพของตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม การกระตุ้นทางจิตใจ เป็นการกล่าวชมเชย หรือให้รางวัลผู้สูงอายุ เพื่อให้มีแรงผลักดันในการดูแลสุขภาพตนเองต่อไป สรุปการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. ข้อมูลทั่วไป หมายถึง คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ศาสนา สถานภาพ ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว งานอาชีพ ของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่จังหวัดลำปาง

3. การรับรู้ความสามารถตนเอง หมายถึง การประเมินเกี่ยวกับระดับความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การตรวจสุขภาพประจำปี ฯลฯ เป็นต้น

4. ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง การประเมินความสามารถของบุคคลว่าตนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่กำหนดไว้ได้

5. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง การปฏิบัติ หรือแสดงออกของผู้สูงอายุในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา เรื่อง การประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนและแนวคิดในการดำเนินวิจัยดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง

ส่วนที่ 2 สุขภาพของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ

ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

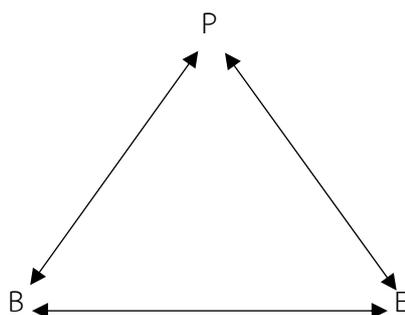
ส่วนที่ 5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

รายละเอียดเนื้อหาแต่ละส่วนมีดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีแนวทฤษฎีความสามารถตนเอง

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Learning Theory: SCT) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทฤษฎีนี้พัฒนาโดยนักจิตวิทยาชาวแคนาดา Albert Bandura โดย Bandura ศึกษาความเชื่อของบุคคลเรื่องความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัย ได้แก่ B คือ พฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง P คือ องค์ประกอบของบุคคล และ E คือ องค์ประกอบของสิ่งแวดล้อม ที่ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกัน แต่ไม่ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยจะมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถตนเอง (Self-efficacy) (Bandura, 1997) ที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติตนเฉพาะอย่างได้ พื้นฐานแนวคิดที่เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura เชื่อว่าในการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไขและสิ่งเร้าที่จะมาเสริมแรงให้เงื่อนไขนั้นคงอยู่ พฤติกรรมการเรียนรู้ของมนุษย์จึงเกิดจากระบวนการเรียนรู้ขององค์ประกอบหลายอย่าง โดยมีพันธุกรรม สภาพแวดล้อมสังคม ประสบการณ์ ความสามารถเฉพาะตัวของบุคคลผสมผสานกันซึ่งยากแก่การตัดสินใจว่าพฤติกรรมนั้นเกิดจากสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยเฉพาะถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) และผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Outcome expectations) เขาจะแสดงพฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมาย (Bandura, 1986)

สาเหตุของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม Bandura มีความเชื่อว่าพฤติกรรมไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมเพียงอย่างเดียว แต่มีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วย และการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลจะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน กับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม เรียกว่า Reciprocal Determinism ดังภาพ



ภาพที่ 1 โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสามองค์ประกอบ

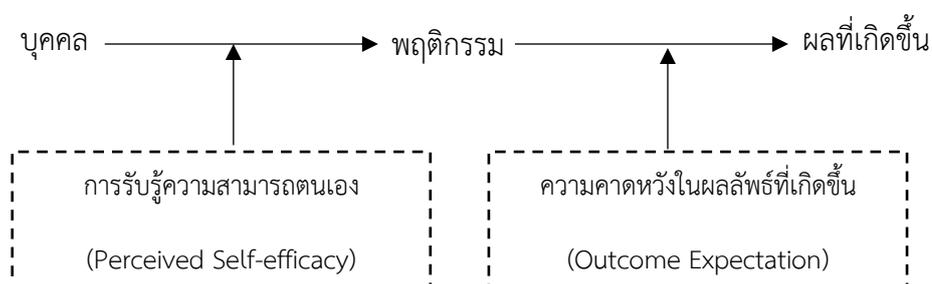
ซึ่งเป็นตัวกำหนดที่มีอิทธิพลเชิงเหตุผลซึ่งกันและกัน

ที่มา: Bandura, 1997

จากแนวคิดพื้นฐานดังกล่าวทฤษฎีปัญญาสังคมของ Bandura เน้นแนวคิด 3 ประการ ได้แก่

1. แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning)
2. แนวคิดการกำกับตนเอง (Self - regulation)
3. แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self - efficacy)

แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง ประกอบด้วยความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลของการกระทำ ในระยะแรกปี ค.ศ. 1977 Bandura เสนอแนวคิดของความคาดหวังในความสามารถตนเอง (Efficacy-Expectation) โดยให้ความหมายว่า เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนในลักษณะที่เฉพาะเจาะจงและความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกพฤติกรรม ต่อมา ค.ศ. 1989 ได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) โดยให้คำจำกัดความว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ จากแนวคิดดังกล่าว Bandura ได้พัฒนาและทดสอบทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) โดยมีสมมติฐานของทฤษฎี คือ ถ้าบุคคลมีการรับรู้หรือมีความเชื่อในความสามารถตนเองสูง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็มีแนวโน้มจะปฏิบัติดังภาพ



ภาพ ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น
ที่มา: Bandura, 1977

จากโครงสร้างของทฤษฎีแสดงให้เห็นองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

- 1) การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) หมายถึง การตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด หรือเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต ความเชื่อในความสามารถตนเองพิจารณาจากความรู้สึก ความคิด การจูงใจ และพฤติกรรม
- 2) ความคาดหวังของผลลัพธ์ (Outcome Expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะที่จะปฏิบัติ ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้เป็นการคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้นสืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำองค์ประกอบทั้ง 2 ข้างต้น ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ คือ หากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองและมีความคาดหวังของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูงทั้งสองด้านจะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมอย่างแน่นอน แต่ถ้ามีเพียงด้านใดสูงต่ำ บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะไม่แสดงพฤติกรรม

ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

การรับรู้ ความสามารถตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ภาพแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

ที่มา: Bandura, 1977

ความเป็นมาของทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง ปรากฏอยู่ในทฤษฎีต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญา (Social Cognitive Theory) การรับรู้

ความสามารถของตนเองเป็นหัวใจสำคัญของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญา องค์ประกอบของทฤษฎีนี้ได้แก่ การบรรลุเป้าหมาย ตัวงาน และความท้าทายของงาน (Luszczynska & Schwarzer, 2005) แนวคิดหลักของทฤษฎีนี้คือ บุคคลจะกระทำหรือถูกกระทำ โดยสังเกตพฤติกรรมจากบุคคลอื่น และมีการใช้ความเชื่อทางสังคมและกระบวนการรู้คิดเป็นตัวประกอบ การรับรู้ความสามารถของตนเองพัฒนามาจากประสบการณ์ภายนอกและการรับรู้เกี่ยวกับตัวเอง (Self-concept) ซึ่งมีอิทธิพลมาจากการพิจารณาการกระทำทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของบุคคล (Bandura, 1997 ; Miller & Pollard, 1941 ; Bandura, 1988 ; Mischel & Shoday, 1995) ตามทฤษฎีของ Bandura การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อของบุคคลเรื่องความสามารถของตัวเองในการประสบความสำเร็จในสถานการณ์ต่าง ๆ โดยบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะเชื่อว่าตนเองมีผลการปฏิบัติงานที่ดี ดังนั้นจะสนใจเลือกทำงานที่ยาก (Bandura, 1988)

2. ทฤษฎีการเรียนรู้ด้วยสังคม (Social Learning Theory) การเรียนรู้ด้วยสังคมเกิดขึ้น

โดยบุคคลได้รับประสบการณ์ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในการมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม มีการสนับสนุนการพัฒนาการทางอารมณ์ของบุคคล และบุคคลสามารถรับรู้ตัวเองซึ่งเกิดจากการยอมรับจากคนอื่น ทฤษฎีนี้เชื่อว่าบุคคลจะเรียนรู้จากคนอื่นผ่านการสังเกต เลียนแบบ และค้นหาตัวแบบ การรับรู้ความสามารถของตนเองจะสะท้อนออกมาจากความเข้าใจและพฤติกรรมที่บุคคลกระทำในกลุ่ม (Ormrod, 1999)

3. ทฤษฎีแนวคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self-concept Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า บุคคลจะ

เข้าใจและตีความการดำรงอยู่ของตนเองจากปัจจัยภายนอก ทฤษฎีแนวคิดเกี่ยวกับตนเองมุ่งเน้นประสบการณ์ความประทับใจในตนเองของบุคคล และบุคคลจะกระทำพฤติกรรมเพื่อให้ได้รับความประทับใจนั้น ๆ ตลอดชีวิต นอกจากนั้นแล้ว การประสบความสำเร็จและผิดพลาดจะทำให้บุคคลเรียนรู้ตนเอง และเรียนรู้ความสัมพันธ์กับคนอื่น ทฤษฎีแนวคิดเกี่ยวกับตัวเองอธิบายแนวคิดเกี่ยวกับตนเองของบุคคลว่า เป็นการเรียนรู้การจัดระเบียบ และการพัฒนาของบุคคล (Mc Adame, 1986)

คุณลักษณะของทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

คุณลักษณะของทฤษฎี การรับรู้ความสามารถของตนเองมุ่งเน้นไปที่สถานการณ์และความเชื่อในการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-perception) คุณลักษณะของทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมี 3 ลักษณะ ดังนี้

1. **ความเชื่อในตนเอง (Locus)** เกิดจากการรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) องค์ประกอบทั้ง 3 อย่างนี้จะส่งเสริมให้บุคคลแน่วแน่ในความสำเร็จและลดความผิดพลาดจากการกระทำ

2. **ความมั่นคง (Stability)** เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังและเป้าหมายของบุคคล ความคาดหวังเกิดจากประสบการณ์การได้รับผลตอบแทนจากการกระทำ และส่งผลต่อการคาดคะเนผลที่จะได้รับ เช่น บุคคลที่ได้รับประสบการณ์ว่าความผิดพลาดของงานเกิดจากความยากของงาน เมื่อได้รับมอบหมายให้ทำงานยาก บุคคลจะเชื่อว่างานที่ทำจะล้มเหลว

3. **การควบคุม (Controllability)** ความรู้สึกควบคุมสถานการณ์ หากบุคคลรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ระหว่างกระทำพฤติกรรมจนเกิดความผิดพลาด บุคคลจะรู้สึกอับอายหรือโกรธ และเลิกกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ แต่ถ้าบุคคลรู้สึกควบคุมสถานการณ์นั้นได้ จะเพิ่มความเชื่อมั่นในการทำพฤติกรรม นำไปสู่การประสบความสำเร็จในที่สุด

การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Bandura ได้เสนอวิธีการสร้างให้เกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง รวม 4 วิธี ดังนี้

1. **ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience)** Bandura เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จที่ทำให้เพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองจำเป็นต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จพร้อมกับการทำให้บุคคลได้รับรู้ว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้ ซึ่งจะทำให้บุคคลใช้ทักษะที่ได้รับ การฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

2. **การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience)** โดยการใช้ตัวแบบ (Modeling) การได้สังเกตตัวแบบที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกระทบที่พึงพอใจ จะทำให้ผู้สังเกตเรียนรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้ามีความพยายามไม่ย่อท้อ ทั้งนี้สามารถจำแนกตัวแบบออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ตัวแบบที่มีชีวิตและตัวแบบสัญลักษณ์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 **ตัวแบบที่มีชีวิต (Live model)** ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อนหรือบุคคลทั่วไปที่ผู้สังเกตสามารถติดต่อสัมพันธ์ได้ การเสนอตัวแบบวิธีนี้ต้องระมัดระวังผลที่เกิดจากพฤติกรรมของตัวแบบที่อาจจะทำให้มีการเรียนรู้จากตัวแบบที่ไม่ถูกต้อง

2.2 **ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbol model)** เป็นภาพตัวแบบใน

สื่อสารมวลชนทั้งหลาย เช่น ภาพยนตร์ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือ คอมพิวเตอร์ เทปบันทึกเสียง หุ่นโมเดล เป็นต้น เป็นการเตรียมเรื่องราวของตัวแบบ ทำให้มีผลดีในการเน้นจุดสำคัญของการแสดงพฤติกรรม และสิ่งสำคัญ คือ สามารถควบคุมพฤติกรรมและผลกระทบของตัวแบบได้ และยังสามารถใช้ได้กับกิจกรรมบุคคลหรือกลุ่มบุคคล และใช้ได้หลายครั้งที่ต้องการ

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ เป็นวิธีที่ใช้ง่ายและใช้กันทั่วไป Bandura กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงเพียงอย่างเดียวไม่ค่อยได้ผลมากนักในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองให้ได้ผล ควรใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ

4. การกระตุ้นอารมณ์ (Emotional arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพที่ถูกข่มขู่ในการตัดสินใจถึงความวิตกกังวล และความเครียดของบุคคลนั้น บางส่วนขึ้นอยู่กับกระตุ้นทางสรีระ การกระตุ้นที่รุนแรงทำให้เกิดการกระทำที่ไม่ค่อยได้ผลดี บุคคลจะคาดหวังความสำเร็จ เมื่อบุคคลไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ที่กระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พึงพอใจ ความกลัวจะกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากขึ้น บุคคลจะเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลวอันจะทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ

ผลของการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Bandura (1986) ได้กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีผลต่อการคิด การจูงใจ และความรู้สึกของบุคคล ดังนี้

1. พฤติกรรมการเลือก (Choice Behavior) การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นสิ่งที่บุคคลเลือกในการทำพฤติกรรมและความยาวนานในการทำพฤติกรรมนั้น บุคคลจะเลือกทำพฤติกรรมที่มีความมั่นใจว่ามีความสามารถในการทำให้สำเร็จ บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะเลือกทำงานที่ท้าทาย และจะมีแรงจูงใจในการพัฒนาความสามารถของตนเองให้ก้าวหน้ายิ่งขึ้น บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำจะเลื่องงานยาก และขาดความมั่นใจในตนเอง ซึ่งจะเสียโอกาสในการพัฒนาความสามารถของตนเอง หากบุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองได้ถูกต้อง และเลือกงานที่ตนเองมีความสามารถจะทำงานนั้นสำเร็จได้

2. การใช้ความพยายามและความมุ่งมั่นในการทำงาน (Effort Expenditure and Persistence) การรับรู้ความสามารถของตนเองจะกำหนดว่าบุคคลต้องใช้ความพยายามและความมุ่งมั่นในการทำงานนานเท่าไร บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีความพยายามและความมุ่งมั่นในการทำงานมากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ Bandura & Cervonce (1983) กล่าวว่าบุคคลที่ใช้ความพยายามและความมุ่งมั่นในการทำงานเต็มที่จะมีแนวโน้มประสบความสำเร็จในการทำงานสูง

3. รูปแบบความคิด และการตอบสนองทางอารมณ์ (Thought Patterns and Emotion Reaction) การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการคิดและอารมณ์ของบุคคลระหว่างการทำพฤติกรรมและต่อการคาดคะเนสถานการณ์ในอนาคต เมื่อพบกับปัญหาและอุปสรรค บุคคลที่มีการรับรู้

ความสามารถของตนเองสูงจะกระตุ้นให้ตนเองใช้ความพยายามมากขึ้นในขณะที่บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำจะเกิดอารมณ์ทางลบ เช่น ไม่มีความสุข มีความเครียดสูง ซึ่งจะทำให้ไม่สามารถทำพฤติกรรมได้เต็มความสามารถจึงนำไปสู่ความล้มเหลว Collin (1982) กล่าวว่า การอนุมานหาสาเหตุของความล้มเหลว หากบุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะคิดว่าเกิดจากการขาดความพยายาม แต่บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำจะคิดว่าเกิดจากการขาดความสามารถของตนเอง

4. บุคคลเป็นผู้กำหนดพฤติกรรมของตนเอง (The Destiny Idea) บุคคลที่มีการรับรู้

ความสามารถของตนเองสูงจะทำและยอมรับผลจากพฤติกรรมของตนเอง โดยเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้ จึงเลือกงานที่ท้าทายและใช้ความพยายามในการบรรลุเป้าหมาย และไม่อ้างว่าการประสบความสำเร็จเป็นเรื่องของโชคชะตา ในขณะที่บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำจะเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถในการควบคุมสิ่งต่าง ๆ จึงหลีกเลี่ยงการทำงานยาก ขาดความพยายาม มีความทะเยอทะยานต่ำ ความสำเร็จหรือความล้มเหลวเป็นไปตามโชคชะตา

อิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Bandura (1977) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวกำหนดความรู้สึก

ความคิด การตั้งใจ และการแสดงพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเองจะทำหน้าที่ผ่านกระบวนการ 4 กระบวนการ (ชุตินา แจ็งจิตร, 2556 P.23) คือ

1. กระบวนการคิด (Cognitive Process) การรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อแบบ

แผนการคิดที่จะส่งเสริมหรือบั่นทอนผลการปฏิบัติงานได้ การตีความสถานการณ์และคาดการณ์เหตุการณ์ในอนาคตว่าจะเป็นไปได้ในทิศทางไหน ขึ้นอยู่กับบุคคลที่มีความเชื่อในความสามารถของตนเองอย่างไร บุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถสูงจะมองว่าสถานการณ์ที่พบเป็นโอกาสและมองภาพความสำเร็จเป็นสิ่งชี้้นำการกระทำ บุคคลที่ตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถต่ำ จะตีความว่าสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนเป็นความเสี่ยงและบุคคลเชื่อว่าล้มเหลวในอนาคต ซึ่งเป็นการทำลายแรงจูงใจและผลการปฏิบัติงานของบุคคล

2. กระบวนการจูงใจ (Motivation Process) การที่บุคคลสามารถจูงใจตนเอง และ

ปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางไว้ มีพื้นฐานมาจากกระบวนการคิด ขณะที่บุคคลคาดการณ์เหตุการณ์จะส่งผลทำให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถควบคุมการกระทำให้เป็นไปตามเป้าหมายเกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองจะตั้งเป้าหมายไว้สูงและจะมีแรงจูงใจในการกระทำ ทำให้ปฏิบัติงานได้ดีกว่าบุคคลที่สงสัยในความสามารถของตนเอง

3. กระบวนการด้านความรู้สึก (Affective Process) การรับรู้ความสามารถของตนเอง

จะส่งผลต่อประสบการณ์ทางอารมณ์ของบุคคล โดยผ่านการคิด การกระทำ และความรู้สึก

3.1 ด้านการคิด การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีอิทธิพลต่อความสนใจของ

บุคคล และการตีความสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งอาจทำให้เกิดความรู้สึกทางบวกหรือทางลบขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคคล

3.2 ด้านการกระทำ การรับรู้ความสามารถของตนเอง จะช่วยส่งเสริมให้การปฏิบัติงานของบุคคลให้มีประสิทธิภาพและนำไปสู่เป้าหมายที่บุคคลกำหนดไว้

3.2 ด้านความรู้สึก การรับรู้ความสามารถของตนเอง จะช่วยจัดการกับสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้บรรลุเป้าหมาย

4. กระบวนการเลือก (Selection Process) การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อการเลือกกระทำพฤติกรรมของบุคคล บุคคลจะเล็งกิจกรรมหรือสถานการณ์ที่เชื่อว่ายากเกินความสามารถของตนเอง แต่จะเลือกกิจกรรมหรือสถานการณ์ที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำได้สำเร็จได้

ส่วนที่ 2 สุขภาพของผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 บัญญัติไว้ว่า สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุมาก และผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุมากตามพจนานุกรมไม่มีกำหนด แต่กฎหมายตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ระบุในมาตรา 3 ว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีสัญชาติไทย (พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ, 2546) และมีผู้ให้ความหมาย คำว่าผู้สูงอายุ ดังนี้

องค์การอนามัยโลก ให้ความจำกัดความของผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ผู้ชรา มีอายุระหว่าง 75-90 ปี และผู้ชรามาก มีอายุ 90 ปีขึ้นไป (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2538)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2541) ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง ยังได้แบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุตอนต้นและผู้สูงอายุตอนปลาย

1. ผู้สูงอายุตอนต้น หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60-69 ปี ทั้งชายและหญิง
2. ผู้สูงอายุตอนปลาย หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง

ดังนั้น ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิงที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ เนื่องจากภาวะการทำงานของร่างกายเสื่อม โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม พันธุกรรมและรูปแบบการดำรงชีวิต เช่น การสูญเสียฟัน ผิวหนังเหี่ยวแห้งเพิ่มขึ้น สิวเปลี่ยนเป็นสีเทา หรือสีขาว ความสามารถในการมองเห็นลดลง การรับรู้ทางเสียงลดลง ร่างกายเคลื่อนไหวได้น้อยลง และใช้เวลามากขึ้น การใช้ความจำน้อยลง ความต้องการทางเพศลดลง หรือหมดไป จากความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ย่อมส่งผลต่อจิตใจที่ย่ำแย่ลงไปด้วย ประกอบกับการที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้เหมือนเมื่อก่อน จึงทำให้ขาดความภาคภูมิใจในใจตนเอง และน้อยใจได้ง่าย ดังนั้น บุตรหลานจึงมีส่วนสำคัญในการให้กำลังใจ และปฏิบัติต่อผู้สูงอายุเสมือนบุคคลที่ทรงคุณค่าและมีความสำคัญอย่างมากต่อครอบครัว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ (สุชาดา รอดมงคล, 2550)

การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะการเสื่อมถอยทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา (Physiological change) ภาวะผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต ในร่างกายแต่ละคนทำงานไม่เท่ากัน เซลล์ต่างๆภายในร่างกายทำงานลดลง ทำให้มีจำนวนน้อยลง เมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว ขนาดเซลล์ที่เหลือระบบต่างๆลดลง ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆได้ง่ายมากขึ้น

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological change) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและสังคม มักทำให้จิตใจของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปด้วย ผู้สูงอายุจะปรับจิตใจและอารมณ์ทั้งทางบวกและทางลบไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสิ่งแวดล้อม ในด้านบวกผู้สูงอายุจะมีการปรับปรุงและพัฒนาจิตใจในทางที่ดีงามมากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีกว่าหนุ่มสาว ในด้านลบอาจมีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น คู่ชีวิต การสูญเสียความสามารถทางเพศ การสูญเสียสัมพันธ์ภาพในครอบครัวจากบุตรหลานที่แยกย้ายออกไป ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล แต่การแสดงออกขึ้นอยู่กับลักษณะของคนนั้น

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social change) วัยสูงอายุจะมีการปฏิสัมพันธ์กับสังคมเริ่มลดลง ทั้งนี้จากภาระหน้าที่และบทบาทในสังคมเริ่มลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัว จนก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจตามมา

บุคคลเมื่อมีอายุมากขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง โดยเฉพาะวัยสูงอายุจะพบการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงที่ชัดเจนกว่าวัยอื่น ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ฉะนั้นการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล

ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ

ความสำคัญของอาหารกับวัยผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความต้องการปริมาณอาหารลดลงจากวัยหนุ่มสาว แต่จำเป็นต้องได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และสร้างความต้านทานโรค อาหารมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของแต่ละคน ผู้ที่มีภาวะโภชนาการดีมีสุขภาพแข็งแรง มีการดำเนินชีวิตที่ดี ไม่เครียดจนเกินไป การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ภายในร่างกายจะเป็นไปอย่างช้าๆ ทำให้ไม่ค่อยแก่ ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีภาวะโภชนาการไม่ดี เจ็บป่วยตีมีสุรา มีน้ำหนักมากหรือน้อยเกินไป ร่างกายจะเสื่อมโทรมเร็วทำให้แก่เร็ว

ผู้สูงอายุมักมีการขาดอาหารได้ง่าย เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะร่างกาย สังคม และเศรษฐกิจ อาจนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการได้ เช่น ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว อาจจะเป็นอุปสรรคในการไปหาซื้ออาหารข้างนอก หรือแม้แต่การจะประกอบอาหารด้วยตนเอง การที่ต้องอยู่บ้านคนเดียว ขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก ก็ปล่อยปละละเลยในเรื่องอาหารการกิน จนถึงปัญหาที่ต้องใช้เงินอย่าง

ระมัดระวัง เพราะรายได้ลดลงหรือไม่มีเลย เนื่องจากต้องออกจากงานประจำที่เคยทำอยู่ ผู้สูงอายุบางรายหันเข้าหาเครื่องตีประเภทยาลูกอม เนื่องจากเปลี่ยนแปลงทางสังคม หรือปัญหาทางจิตใจ เมื่อผู้สูงอายุตีสมุสากรมาก ทำให้ร่างกายหันมาใช้พลังงานจากแอลกอฮอล์ ทำให้มีอาการเบื่ออาหาร และขาดสารอาหารอย่างอื่นที่จำเป็นที่สำคัญ เช่น วิตามินบีหนึ่ง กรดโฟลิก เป็นต้น นอกจากนี้โรคประจำตัวเรื้อรังที่มักพบในผู้สูงอายุก็ทำให้มีอาการเบื่ออาหาร หรือทำให้ร่างกายต้องการสารอาหารมากกว่าปกติผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่มีการขาดอาหารได้ง่ายกว่ากลุ่มประชากรอื่น ๆ

ลักษณะการขาดสารอาหารที่มักเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ

มีน้ำหนักตัวน้อยเนื่องจากการเสื่อมถอยของระบบทางเดินอาหาร ระบบย่อยอาหาร และการขาดวิตามินแร่ธาตุ ผู้สูงอายุมีโอกาสขาดวิตามิน และแร่ธาตุสูง ถ้าการบริโภคอาหารไม่เพียงพอหรือไม่ครบถ้วนตามที่ร่างกายต้องการ การขาดวิตามินและแร่ธาตุบางชนิดนั้นยังเกี่ยวข้องกับการบริโภคโปรตีนไม่เพียงพอ หรือมีคุณภาพไม่ดี ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะขาดวิตามินแทบทุกชนิดที่พบบ่อย คือ การขาดวิตามินซี มักพบในรายที่รับประทานผักและผลไม้ น้อย เป็นโรคโลหิตจางเนื่องมาจากการขาดธาตุเหล็ก และอีกโรคหนึ่งที่สำคัญที่มักพบโดยทั่วไปก็คือ โรคกระดูกพรุน จากการขาดแคลเซียม และมีภาวะการขาดโปรตีน วิตามินดี และวิตามินซีร่วมด้วย (ศูนย์วิจัยสุขภาพกรุงเทพ, 2560)

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะเกิดความถดถอยของสมรรถภาพทางกายง่ายกว่าในวัยอื่น ๆ ทั้งนี้เนื่องจากพยาธิสภาพต่าง ๆ ของหลายระบบที่พบในผู้สูงอายุ

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ จะช่วยลดโรคที่เกิดจากความชรา ชะลอความเสื่อมของร่างกาย ทำให้หัวใจ หลอดเลือดและปอดแข็งแรง รวมถึงช่วยให้การทรงตัวดีขึ้น ทำให้เดินเหินคล่องแคล่ว ไม่หกล้ม ทำให้กระดูกแข็งแรง ชะลอโรคกระดูกพรุน การออกกำลังกายแต่ละชนิดมีประโยชน์ต่อสุขภาพแตกต่างกัน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560)

ร่างกายของมนุษย์จะเริ่มมีการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ตั้งแต่อายุ 30 ปีขึ้นไป การเสื่อมลงของระบบในร่างกาย เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคหลายชนิด นอกจากภาวะทางด้านร่างกายแล้ว ทางด้านจิตใจก็มีผลต่อการดำรงชีวิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุมักเกิดกับผู้ที่มีโรคเรื้อรังทางกาย ทำให้ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ หรืออาจเกิดจากการที่ต้องการอยู่คนเดียวตามลำพัง การเตรียมพร้อมในการดูแลรักษาสุขภาพที่ถูกต้อง ลดปัญหาทางด้านสุขภาพต่าง ๆ ที่มักเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุได้

ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือด โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคสมองเสื่อม อุบัติเหตุหกล้มในผู้สูงอายุ อาการปวดเมื่อยในผู้สูงอายุ การกลืนปัสสาวะไม่อยู่ อาการปวดข้อเข่า การนอนไม่หลับ การใช้ยาในผู้สูงอายุ เป็นต้น

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองสิ่งเร้า พฤติกรรมหมายถึงกิจกรรมหรือปฏิกิริยาต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอก ตัวบุคคล มีทั้งสังเกตได้และสังเกตไม่ได้ แตกต่างกันไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากความคาดหวังของบุคคลอื่นทั้งในครอบครัวและนอกครอบครัว

พฤติกรรมมนุษย์ แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ พฤติกรรมภายใน และพฤติกรรมภายนอก

พฤติกรรมภายใน หมายถึง กิจกรรมหรือปฏิกิริยาภายในตัวบุคคลที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ มีทั้งรูปธรรม เช่น การสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ และนามธรรม เช่น ความรู้สึกนึกคิด เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม เป็นต้น

พฤติกรรมภายนอก หมายถึง ปฏิกิริยาหรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกโดยการยื่นเดิน นั่ง ซึ่งทำให้บุคคลอื่นสังเกตเห็นได้

สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพ เป็นการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อป้องกันการเกิดโรค และส่งเสริมสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์ พฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรคซึ่งเป็นที่ทราบกันโดยทั่วไป คือ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด การขาดสุขนิสัยที่ดี รวมถึงพฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาวะทางจิตและสังคม คือ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เป็นเชิงลบ ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด ก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง พฤติกรรมที่มีผลต่อสุขภาพจิตวิญญาณ คือ การขาดการบริหารจิต ไม่สามารถอดอัตรและความเห็นแก่ตัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาวะโดยรวม หากบุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีการปฏิบัติที่เหมาะสม ย่อมส่งผลดีต่อสุขภาวะของบุคคลนั้น (สุระเกียรติ อชานานภาพ, 2550)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) สามารถจำแนกออกได้ใน

ลักษณะเฉพาะดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำหรือปฏิบัติของผู้สูงอายุที่ทำให้ภาวะสุขภาพของตนเองและครอบครัวดีขึ้น
2. พฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ การกระทำของผู้สูงอายุที่ช่วยป้องกันตนเอง ครอบครัว ชุมชน ไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็โรคติดต่อหรือไม่ติดต่อ
3. พฤติกรรมการเจ็บป่วย ได้แก่ การกระทำของผู้สูงอายุที่ช่วยป้องกันตนเองหรือบุคคลอื่นในครอบครัวที่เจ็บป่วยขึ้นมา ในแง่ของการดูแลการเจ็บป่วย หรือการแสวงหาการรักษาพยาบาลจากสถานบริการ หรือแหล่งการรักษาพยาบาลอื่นใด
4. พฤติกรรมการรักษาพยาบาล เป็นการกระทำของผู้สูงอายุตามคำแนะนำของแพทย์หรือ

ตามข้อกำหนดของรักษาพยาบาลเมื่อตนเองเจ็บป่วย

5. พฤติกรรมการมีส่วนร่วม ได้แก่ การกระทำ หรือการปฏิบัติเพื่อให้มีผลต่อการป้องกันปัญหา หรือการแก้ปัญหาสาธารณสุขชุมชน และปัญหาของส่วนรวม

6. พฤติกรรมการดูแลพึ่งพาตนเอง ได้แก่ การกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือตนเองหรือครอบครัว ในด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยในด้านการป้องกันโรค และในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ตามระดับหรือขีดความสามารถที่จะดูแลพึ่งพาตนเองได้ พฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ เป็นเป้าหมายของการทำงานสาธารณสุขในปัจจุบัน

เฮกไฮเมอร์ (Heckheimer, 1987 อ้างถึงใน สายใจ ชัยสงคราม, 2545) ได้เสนอแนะพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. งดสูบบุหรี่ หรือลดการสูบบุหรี่ให้เหลือน้อยที่สุด
2. จำกัดการดื่มสุรา โดยดื่มเพียงเท่าที่จำเป็น และไม่ดื่มขณะขับรถ
3. มีลักษณะนิสัยที่ปลอดภัย เช่น หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดดมากๆ ความร้อนจัด หรือเย็นจัด และป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน

4. มีลักษณะนิสัยทางด้านโภชนาการที่ดี เช่น รับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง และงดอาหารที่มีรสหวาน อาหารที่ประกอบด้วยไขมันอิ่มตัวและอาหารเค็ม

5. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เช่น ออกกำลังกายแบบแอโรบิค ครั้งละ 20-30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

6. พักผ่อนอย่างเพียงพอและมีกิจกรรมนันทนาการ

7. หลีกเลี่ยงจากภาวะเครียด

8. มีการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ

9. หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ผิดกฎหมาย

อาร์เดล (Ardell cited in Walker, Sechrist and Pender, 1987 อ้างถึงใน สายใจ

ชัยสงคราม, 2545) ได้พิจารณาพฤติกรรมที่เป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 5 ด้าน โดยได้พัฒนามาจากเทรวิส (Travis) คือ

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง (Self-responsibility)

2. ความตระหนักในเรื่องอาหาร (Nutrition awareness)

3. ความสมบูรณ์ของร่างกาย (Physical fitness)

4. การจัดการกับความเครียด (Stress management)

5. ความไวต่อสิ่งแวดล้อม (Environmental sensitivity)

ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อิทธิพล ดวงจินดา และคณะ (2564) ศึกษาการรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรี การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน จำนวน 404 คน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.56, S.D.=0.83) พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean=4.40, S.D.=0.66) และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean= 88.34, S.D.=18.11) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวก อยู่ในระดับสูงมาก ($r=0.904$, $p\text{-value}<0.01$) และความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวก อยู่ในระดับปานกลาง ($r=0.456$, $p\text{-value}<0.01$) จากการวิจัยครั้งนี้ การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวก อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ควรส่งเสริมกิจกรรมโดยการนำทฤษฎีความสามารถของตนเองจากผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในชีวิตเป็นต้นแบบ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นสิ่งสำคัญเกิดความมั่นใจที่จะปรับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ได้เองอย่างถูกต้องและมีความปลอดภัยเพิ่มมากขึ้นจากการติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งส่งผลที่ดีต่อการมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุยิ่งขึ้น

สายฝน สุภาศรี และคณะ (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเชียงราย การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่อาศัยอยู่ในตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 ราย กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ครั้งละ 2.5 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลนางแล อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป 2) แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสามารถตนเอง และ 3) แบบสัมภาษณ์ความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเอง ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองและมีความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ นอกจากนี้กลุ่มทดลองมีระดับการ

รับรู้ความสามารถตนเองและมีความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำ โปรแกรมการส่งเสริม สุขภาพไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ที่มีลักษณะคล้ายกัน และหลังดำเนินการกิจกรรมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการติดตามและประเมินภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ณภัทรวรรณ ธนาพงษ์อนันต์ และคณะ (2562) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 60 - 80 ปี จำนวน 70 คน การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างมาจากการเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองที่ประกอบด้วย การให้ความรู้ การเสนอตัวแบบ การสาธิตและการฝึกปฏิบัติการให้สิ่งชักจูง ระยะเวลาเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ คือ แผนการจัดกิจกรรมโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบสมมติฐานใช้ Paired Samples t-test และ Independent Samples t-test ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า 1. หลังจากได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้อยู่ในระดับสูง และมีพฤติกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายในระดับดี 2. หลังการทดลองผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นด้านความคาดหวังในผลลัพธ์การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ไม่แตกต่างกันส่วนการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ปฐมธิตา บัวสม และคณะ (2560) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในตำบลรมณี อำเภอกะปง จังหวัดพังงา เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาแบบสองกลุ่มวันสองครั้ง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 60-79 ปี โดยแบ่งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบค่า Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ความคาดหวังถึงผลลัพธ์การปฏิบัติตัว และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

มากกว่าก่อนทดลองและพบว่า หลังทดลอง ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้ง 3 ด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.02)

ปริยาภรณ์ นิลนนท์ (2560) ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการรับรู้ความสามารถของตนเองในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา (Bandura) กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลปากน้ำ จำนวน 30 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ กิจกรรมทำให้เกิดการรับรู้ การอภิปรายกลุ่ม การฝึกปฏิบัติ ซึ่งติดตามประเมินผลโปรแกรมก่อนและหลังการทดลอง เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired Samples t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลของการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อน การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลของการปฏิบัติในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่พึงประสงค์ สามารถนำไปประยุกต์สำหรับชมรมผู้สูงอายุหรือผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ

อักษร อยู่วัง และบัวทอง สว่างโสภาคกุล (2560) ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การจูงใจตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ ตำบลเจ็ดริ้ว จังหวัดสมุทรสาคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การจูงใจตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุตำบลเจ็ดริ้ว จังหวัดสมุทรสาคร เปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างการจูงใจตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลเจ็ดริ้ว จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 245 คน โดยใช้การสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ สถิติที่ใช้ คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, t-test การวิเคราะห์ความแปรปรวน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความสามารถ

ของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การจิตใจตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การจิตใจตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

รุจิรงค์ วรรณธนาทัศน์ (2560) การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม นี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองหนึ่งกลุ่ม (quasi experimental research one group) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม โดยการนำแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถแห่งตน (Self-efficacy theory) ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 60 - 75 ปี ที่สามารถอ่านออก เขียนได้ ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมาเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงเรียนผู้สูงอายุสุขภาพดีนครปฐม ตำบลพระปฐมเจดีย์ และโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบสุขภาพดี ตำบลนครชัยศรี จำนวน 50 คน และเครือข่าย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Paired - Samples T-test ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมดูแลตนเอง เรื่อง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ บุหรี่ และสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเครือข่ายมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม อยู่ในระดับมาก

นิภานันท์ สุขสวัสดิ์ และคณะ (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสะท้อน อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่มและทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest - Posttest Control Group Design) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังผลลัพธ์ในอนาคต พฤติกรรมการปฏิบัติตน และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสะท้อน อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสุชศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ และการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด สถิติที่ใช้ได้แก่ Independent samples t-test และ Paired samples t-test ผลการศึกษาพบว่า ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมจะมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังผลลัพธ์ในอนาคต และพฤติกรรมการปฏิบัติตนสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และภายหลังทดลอง พบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความคาดหวังผลลัพธ์ในอนาคต และพฤติกรรมการปฏิบัติตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

โปรแกรมสุขศึกษา

จัดกิจกรรม จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ระยะเวลาจัดกิจกรรมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง เริ่มสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ บรรยายความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมกับช่วงวัย

กิจกรรมที่ 2 ตัวแบบด้านสุขภาพ โดยเสนอตัวแบบที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ พูดคุย ชักจูงให้ผู้สูงอายุคนอื่นๆ มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

กิจกรรมที่ 3 ชักจูงสู่ความสำเร็จ เป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุได้เห็นกลับมาดูแลสุขภาพของตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางจิตใจ เป็นการกล่าวชมเชย หรือให้รางวัลผู้สูงอายุ เพื่อให้มีแรงผลักดันในการดูแลสุขภาพตนเองต่อไป

กิจกรรมที่ 5 สรุปการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง

ตัวแปรตาม

1. การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุ
2. ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) ทำการศึกษาในเขตพื้นที่บ้านกล้วยหลวง ตำบลกล้วยแพะ อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง ศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2565-มีนาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่บ้านกล้วยหลวง ตำบลกล้วยแพะ อำเภอเมืองจังหวัดลำปาง จำนวน 683 คน เป็นเพศชาย 312 คน และเพศหญิง 371 คน (เทศบาลเมืองเขลางค์นคร, 2565)

กลุ่มตัวอย่าง

เพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่ บ้านกล้วยหลวง ตำบลกล้วยแพะ อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง ได้มาโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาดำเนินการ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.80 ความเชื่อมั่นที่ 0.05 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect Size) ที่ 0.80 แล้วนำมาเปิดตารางสำเร็จรูป (Cohen, 1988) ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 26 คน เนื่องจากเป็นการวิจัยกึ่งทดลองและเพื่อให้การแจกแจงของข้อมูลเข้าใกล้โค้งปกติ รวมทั้งให้ได้ขนาดตัวอย่างเพียงพอต่อการทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติอิงพารามิเตอร์ จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. ประชากรเพศหญิง
2. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
3. สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาดำเนินการ

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. ไม่สะดวกใจในการร่วมกิจกรรมและให้ข้อมูล
2. ไม่สบายใจ หรือรู้สึกว่าได้รับความกระทบทางจิตใจ
3. เป็นผู้มีปัญหาสุขภาพที่ไม่อาจเข้าร่วมโปรแกรมหรือมีความเสี่ยงจากการเข้าร่วมโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง จากโครงสร้างของทฤษฎีแสดงให้เห็นองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) หมายถึง การตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด หรือเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต ความเชื่อในความสามารถตนเองพิจารณาจากความรู้สึกรู้สึก ความคิด การตั้งใจ และพฤติกรรม ส่วนความคาดหวังของผลลัพธ์ (Outcome Expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะที่จะปฏิบัติ ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้เป็นการคาดหวังในสิ่งที่จะเกิดขึ้นสืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้กระทำองค์ประกอบทั้ง 2 ข้างต้น ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ คือ หากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองและมีความคาดหวังของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูงทั้งสองด้านจะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมอย่างแน่นอน แต่ถ้ามีเพียงด้านใดสูงต่ำ บุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะไม่แสดงพฤติกรรม ดังนั้นโปรแกรมสุขศึกษาจึงจัดกิจกรรม จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ระยะเวลาจัดกิจกรรมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 เริ่มสร้างสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ 2 ตัวแบบด้านสุขภาพ กิจกรรมที่ 3 ชักจูงสู่ความสำเร็จ กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางจิตใจ กิจกรรมที่ 5 สรุปการเรียนรู้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำถามเป็นแบบสำรวจรายการ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว และการพักอาศัยอาชีพ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถตนเองประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถบรรลุเป้าหมายการดำเนินชีวิต ความมั่นใจในความแข็งแรงของร่างกาย ความสามารถเอาชนะสิ่งที่ท้าทาย การเผชิญกับความยากลำบาก การดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ข้อคำถามทางบวก ประกอบด้วย คะแนนสูงสุดเท่ากับ 5 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1 และข้อคำถามทางลบ ประกอบด้วย คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 5 โดยการแปลผลคะแนนเฉลี่ย คือ คะแนน 1.00-2.32 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถตนเองระดับต่ำ คะแนน 2.33-3.66 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถตนเองระดับปานกลาง และคะแนน 3.67-5.00 หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถตนเองระดับสูง (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538)

ส่วนที่ 3 ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การวางแผนการออกกำลังกาย การแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ ความคาดหวังว่าการดูแลสุขภาพ การรับรู้ปัญหาสุขภาพหรือภาวะเสี่ยงของตนเอง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ คะแนนสูงสุดเท่ากับ 5 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1 โดยการแปลผลคะแนนเฉลี่ย คือ คะแนน 1.00-2.32

หมายถึง มีความคาดหวังฯ ระดับต่ำ คะแนน 2.33-3.66 หมายถึง มีความคาดหวังฯ ระดับปานกลาง และคะแนน 3.67-5.00 หมายถึง มีความคาดหวังฯ ระดับสูง (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538)

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ การดื่มน้ำเปล่า อย่างน้อย 6-8 แก้วต่อวัน การตรวจสุขภาพประจำปี ความสามารถควบคุมอารมณ์ตนเอง การติดตามข่าวสารด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ข้อคำถามทางบวก ประกอบด้วย ประกอบด้วย คะแนนสูงสุดเท่ากับ 5 คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1 และข้อคำถามทางลบ ประกอบด้วย คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 1 คะแนนสูงสุดเท่ากับ 5 โดยการแปลผลคะแนนเฉลี่ย คือ คะแนน 1.00-2.32 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพระดับต่ำ คะแนน 2.33-3.66 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง และคะแนน 3.67-5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมสุขภาพระดับสูง (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ และด้านพฤติกรรมศาสตร์ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความตรงเชิงโครงสร้างความชัดเจนของภาษา ตรวจสอบประเมินด้านความตรงของเนื้อหาด้วยค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence; IOC) โดยแยกรายข้อ ซึ่งมีค่าระหว่าง 0.67-1 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้เก็บข้อมูล (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 คน โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามแยกรายด้าน ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเอง มีค่าเท่ากับ 0.87 ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ 0.93 และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ดำเนินการขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

1.2 ทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 พิจารณากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าจึงจะร่วมวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.4 ชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดของขั้นตอนต่างๆ ของการวิจัย พร้อมชี้แจงเรื่องการรักษาความลับของข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

1.5 แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมร่วมมือในการทำวิจัย

1.6 รวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

2. ขั้นตอนการตามโปรแกรมฯ

โปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง จัดกิจกรรม จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ระยะเวลาจัดกิจกรรมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ ดำเนินการโดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 เริ่มสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุ พร้อมทั้งบรรยายความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมกับช่วงวัย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเริ่มกิจกรรม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่ 2 ตัวแบบด้านสุขภาพ โดยเสนอตัวแบบที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ พูดคุย ชักจูงให้ผู้สูงอายุคนอื่นๆ มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง

กิจกรรมที่ 3 ชักจูงสู่ความสำเร็จ เป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้สูงอายุได้หันกลับมาดูแลสุขภาพของตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางจิตใจ เป็นการกล่าวชมเชย หรือให้รางวัลผู้สูงอายุ เพื่อให้มีแรงผลักดันในการดูแลสุขภาพตนเองต่อไป

กิจกรรมที่ 5 สรุปการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการจัดกิจกรรม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยดำเนินการภายหลังจากที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E2566-028 วันที่รับรอง 9 กุมภาพันธ์ 2566 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บข้อมูลการปกป้องความลับ และการลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีนี้

ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ และเอกสารจะถูกทำลาย หลังการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

1. ก่อนการวิจัยผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปางและเมื่อได้รับเอกสารรับรองการศึกษาวิจัยในมนุษย์จึงดำเนินการวิจัย

2. ระหว่างการวิจัย ผู้วิจัยได้แจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบทั้งแบบการบอกกล่าวและเป็น

ลายลักษณ์อักษรในเอกสารส่วนที่เป็นข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยแล้วว่า ผู้ร่วมวิจัยสามารถที่จะขอออกเลิก การเข้าร่วมโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใดๆต่อผู้ร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะไม่เปิดเผย ชื่อ สกุล ที่อยู่ ของ ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคล รวมทั้งมีแนวทางในการเก็บรักษาข้อมูลทั้งส่วนตัวและข้อมูลจากการวิจัย โดย ผู้ที่เข้าถึงข้อมูลได้จะมีเฉพาะผู้วิจัยเพียงคนเดียวเท่านั้น และจะทำลายข้อมูลส่วนบุคคลทันทีที่ไม่จำเป็นต้องใช้ แล้ว ใช้เพียงแค่รหัสวิจัยและข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ผลการศึกษาเท่านั้น

3. หลังการวิจัยข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บไว้หนึ่งปีหลังจากนั้นจะถูกทำลายทั้งหมด การนำเสนอข้อมูล การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำในรูปแบบสรุปผลการวิจัยโดยรวม เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ โดยการเปิดเผยข้อมูลต่อ หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ และ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของ ผลจากการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ด้วยสถิติ Paired Samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดลำปาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง และเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ระหว่างวันที่ 17 กุมภาพันธ์ ถึง วันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2566 มีผลการศึกษาดังนี้

- 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
- 4.2 การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง
- 4.3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าการทดลอง
- 4.4 อภิปรายผล

4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-65 ปี ร้อยละ 73.33 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.00 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.67 ประกอบอาชีพทำนาทำไร่ ทำสวน ร้อยละ 66.67 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 70.00 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.34 และพักอาศัยอยู่กับบุตร-หลาน ร้อยละ 43.33 ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
60 – 65	22	73.33
66 - 75	8	26.67
Mean= 64.5, S.D.= 3.7, Min= 60, Max= 75		
สถานภาพ		
โสด/หย่าร้าง/หม้าย	12	40.00
สมรส	18	60.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	20	66.67
สูงกว่าประถมศึกษา	10	33.33
อาชีพ		
ทำนา-ทำไร่-ทำสวน	20	66.67
รับจ้างทั่วไป	10	33.33
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000	21	70.00

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
มากกว่า 5,000	9	30.00
โรคประจำตัว		
ไม่มี	16	53.34
มี	14	46.66
การพักอาศัย		
สามี	2	6.67
สามี-บุตร	10	33.33
บุตร-หลาน	13	43.33
บุตร	5	16.67

4.2 การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการทดลองผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.67 ระดับสูง ร้อยละ 23.33 ส่วนหลังการทดลองผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100

ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการทดลองผู้สูงอายุมีความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.33 ระดับสูง ร้อยละ 26.67 ส่วนหลังการทดลองผู้สูงอายุมีความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการทดลองผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 93.33 ระดับสูง ร้อยละ 6.67 ส่วนหลังการทดลองผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 3.33 ระดับสูง ร้อยละ 96.67 รายละเอียดดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ และ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

ปัจจัย	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ความสามารถตนเอง				
ปานกลาง (2.33-3.66 คะแนน)	23	76.67	0	0.00
สูง (3.67-5.00 คะแนน)	7	23.33	30	100.00
ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ				
ปานกลาง (2.33-3.66 คะแนน)	22	73.33	0	0.00
สูง (3.67-5.00 คะแนน)	8	26.67	30	100.00
พฤติกรรมสุขภาพ				
ปานกลาง (2.33-3.66 คะแนน)	28	93.33	1	3.33
สูง (3.67-5.00 คะแนน)	2	6.67	29	96.67

4.3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าการทดลอง ดังนี้

การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง เท่ากับ 33.40 (S.D.=3.47) และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง เท่ากับ 42.63 (S.D.=3.61) ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ เท่ากับ 34.67 (S.D.=3.13) และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ เท่ากับ 46.17 (S.D.=

3.07) ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 31.70 (S.D.=2.85) และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 42.97 (S.D.=2.92) ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 4.3

ตาราง 4.3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าการทดลอง (n=30)

ปัจจัย	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
	การรับรู้ความสามารถตนเอง	33.40	3.47	42.63		
ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ	34.67	3.13	46.17	3.07	-13.76	0.000*
พฤติกรรมสุขภาพ	31.70	2.85	42.97	2.92	-15.23	0.000*

* p-value<0.05

4.4 อภิปรายผล

ผลการศึกษาโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองกับผู้สูงอายุ ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง พบว่า ภายหลังจากทดลองผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ พบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง (กนกวรรณ อุดมพิทยา รัชต์, 2557) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมกับช่วงวัย และกิจกรรมตัวแบบด้านสุขภาพ โดยเสนอตัวแบบที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์พูดคุย ชักจูงให้ผู้สูงอายุคนอื่นๆ มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุได้ตระหนักและทราบถึงปัญหาสุขภาพที่แท้จริง ผู้สูงอายุได้ร่วมกันคิดเพื่อให้เกิดความเข้าใจและมีการวางแผนการ

แก้ไขปัญหাসุภาพของตนเอง และสอดคล้องกับผลของการศึกษาการดูแลตนเองตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจส่วนบุคคล และการบูรณาการกับคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือน พบว่า ภายหลังจากทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น การศึกษาแสดงให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจและการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองสามารถปรับปรุงได้คุณภาพชีวิตวัยหมดประจำเดือนได้ (Kafaei-Atrian *et al.*, 2022) และผลการศึกษากการส่งเสริมการดูแลตนเองในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมผู้ป่วย: การประยุกต์ใช้การรับรู้ความสามารถของตนเองทฤษฎี พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองและมิติการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมการศึกษาตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองสามารถนำไปสู่การปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเองในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Ramezani *et al.*, 2019) ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา กล่าวคือเมื่อผู้สูงอายุได้เรียนรู้จากประสบการณ์ของตัวแบบที่มีสุขภาพที่แข็งแรงเนื่องจากการดูแลสุขภาพของตนเองที่ดี ผู้สูงอายุจะเกิดการสังเกตในตัวแบบในด้านที่ดีแล้วก่อให้เกิดความพึงพอใจ เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองและมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรงเหมือนตัวแบบ (Bandura ,1997)

ด้านความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ พบว่า ภายหลังจากทดลองผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง อาจเนื่องจากโปรแกรมสุขภาพศึกษาใช้วิธีการให้ความรู้โดยการสอนและเน้นการมีส่วนร่วมเป็นส่วนใหญ่ในกิจกรรมชักจูงสู่ความสำเร็จ เป็นการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้สูงอายุได้หันกลับมาดูแลสุขภาพของตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่เหมาะสม และอธิบายเน้นย้ำให้เห็นถึงความสำคัญในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ โดยมีการประเมินแบบย้อนกลับและใช้การเน้นย้ำถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งการพูดชักชวนให้ผู้สูงอายุเห็นความสามารถของตนเองที่จะดูแลตนเองอย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนวิธีการจัดการกับปัญหาและอุปสรรค ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติในการดำเนินชีวิตทำให้ผู้สูงอายุเกิดความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพที่ดีตามมา สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อความคาดหวังในผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง นำทฤษฎีความสามารถมาประยุกต์ใช้โดยมีกิจกรรมประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การชักจูงด้วยคำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ (สายฝน สุภาศรี และคณะ, 2564)

สำหรับด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ภายหลังจากทดลองผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ พบว่า หลังการทดลองผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อ

พฤติกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง (ณภัทรวรรณ ธนาพงษ์ อนันท์ และคณะ, 2562) และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าหลังการทดลองผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อาจเนื่องจากผู้สูงอายุมีการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด หรือมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการกระทำการใดสิ่งหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของตนเอง เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งได้ประเมินค่าการดูแลสุขภาพของตนเอง อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่แข็งแรงตามที่ คาดหวังไว้ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นด้วย (สิริกานต์ บรรพบุตร และคณะ, 2562) และสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองต่อ พฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวาน พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของเท้าดีขึ้น หลังได้รับโปรแกรม แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง ทำให้มีการ ปรับปรุงพฤติกรรมดูแลตนเองของเท้าดีขึ้น (Sharoni *et al.*, 2018) ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีความสามารถ ของแบนดูรา เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ มีผลต่อการ ตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล หากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองและมีความ คาดหวังของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นสูงทั้งสองด้าน จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมสุขภาพ อย่างเหมาะสม (Bandura, 1997)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง และเพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ระหว่างวันที่ 17 กุมภาพันธ์ ถึง วันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2566 สรุปผลการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

5.1 สรุปผลการศึกษา

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-65 ปี ร้อยละ 73.33 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.00 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.67 ประกอบอาชีพทำนาทำไร่ ทำสวน ร้อยละ 66.67 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 70.00 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.34 และพักอาศัยอยู่กับบุตร-หลาน ร้อยละ 43.33

การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง

การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการทดลองผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.67 ระดับสูง ร้อยละ 23.33 ส่วนหลังการทดลองผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100

ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการทดลองผู้สูงอายุมีความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.33 ระดับสูง ร้อยละ 26.67 ส่วนหลังการทดลองผู้สูงอายุมีความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการทดลองผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 93.33 ระดับสูง ร้อยละ 6.67 ส่วนหลังการทดลองผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 3.33 ระดับสูง ร้อยละ 96.67

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าการทดลอง

การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง เท่ากับ 33.40 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.47 คะแนน และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง เท่ากับ 42.63 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.61 คะแนน ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน

ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ เท่ากับ 34.67 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.13 คะแนน และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ เท่ากับ 46.17 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.07 คะแนน ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 31.70 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.85 คะแนน และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 42.97 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.92 คะแนน ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกัน

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าการทดลอง ดังนี้

การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง เท่ากับ 33.40 (S.D.=3.47) และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง เท่ากับ 42.63 (S.D.=3.61) ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ เท่ากับ 34.67 (S.D.=3.13) และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพ เท่ากับ 46.17 (S.D.=3.07) ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 31.70 (S.D.=2.85) และหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 42.97 (S.D.=2.92) ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.2 ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพนี้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุกลุ่มอื่นที่มีลักษณะคล้ายกัน และหลังดำเนินกิจกรรมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการติดตามและประเมินภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

2. บุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุ โดยเน้นการใช้ตัวแบบที่ควรมีลักษณะที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่สามารถดูแลตนเองแล้วประสบความสำเร็จ ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ในชุมชนเดียวกันที่เป็นที่รู้จัก ทำให้กลุ่มได้เรียนรู้และการกล่าวชมเชยเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในความคาดหวังถึงผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อติดตามและประเมินผลในระยะยาวของการเปลี่ยนแปลงหลังการทดลอง เช่น วัดดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด สมรรถภาพร่างกาย เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2553).

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิสย์.

กระทรวงมหาดไทย. บริการสถิติข้อมูล กรมการปกครอง. (2565). สถิติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2565. สืบค้น

เมื่อวันที่ 12 เดือนกันยายน พ.ศ. 2565 แหล่งอ้างอิง:

<https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php>

กระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์. (2546). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546.

กนกวรรณ อุดมพิทยารัตน์. (2557). โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วารสารอิเล็กทรอนิกส์ Veridian มหาวิทยาลัยศิลปากร (มนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์และศิลปะ), 7(1), 62-72

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 12

กันยายน 2565]; แหล่งข้อมูล: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1766>

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). สถิติผู้สูงอายุ [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 23 พฤษภาคม 2566]; แหล่งข้อมูล:

<https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2387>

กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2541). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย.

กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด.

ชุตินา แจ้งจิตร. (2556). การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้สมรรถนะในการเป็นผู้ปกครอง

ความเชื่อในปัจจุบันควบคุม ความหวัง และภาวะสุขภาพจิตของผู้ปกครองเด็กและวัยรุ่นที่มาใช้บริการที่หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะศิลปศาสตร์ สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์. (2538). สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ศุภานิชการพิมพ์.

เทศบาลเมืองเขลางค์นคร. (2565). ข้อมูลชุมชนบ้านกล้วยหลวง หมู่ที่ 1 ตำบลกล้วยแพะ อำเภอ

เมืองลำปาง จังหวัดลำปาง พ.ศ. 2565. [ออนไลน์]. [สืบค้นเมื่อ 19 กันยายน 2565];

แหล่งข้อมูล:

<https://www.kelangnakorn.go.th/kelang/?p=66010>

- ณภัทรวรรณ ธนาพงษ์อนันต์, ประสานศิลป์ คำโอง, วรพล แวงนอก. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา, 14(1), 106-118.
- นิพนันท์ สุขสวัสดิ์, อารยา ปราณประวิตร, สาโรจน์ เพชรมณี. (2559). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าเสา อำเภอยะนิง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 4(1), 49-65.
- ภาสิต ศิริเทศ และณพวิทย์ ธรรมสีหา. (2562). ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารทหารบก, 20(2), 58-65
- รุจิราภรณ์ วรรณธนาทัศน์. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5, 36(1), 2-12.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ปฐมธิดา บัวสม, ยินดี พรหมศิริไพบูลย์, อติญาณ์ ศรเกษตริณ. (2560). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในตำบลมณี อำเภอกะปง จังหวัดพังงา. วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 5(4), 549-567.
- ปรียาภรณ์ นิลนนท์. (2560). การรับรู้ความสามารถของตนเองในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารราชนครินทร์. 1(2): 93-100.
- ศูนย์วิจัยสุขภาพกรุงเทพ. (2560). อาหารการกินในวัยผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อวันที่ 12 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565 แหล่งอ้างอิง: <http://www.bangkokhealth.com/health/article>
- พัทธนันท์ คงทอง. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วารสารศรีนครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคม), 10(19), 116-126.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). สถิติที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: กองการวิจัย. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.

- สิริกานต์ บรรพบุตร นิรุจวรรณ เทรินโบล และพิทยา ศรีเมือง. (2562). ผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธัญญา อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 38(2), 168-78.
- สายใจ ชัยสงคราม. (2545). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัด นนทบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายฝน สุภาศรี, จักรกฤษณ์ วัชรราชฎ์, วราภรณ์ บุญเชียง. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังผลลัพธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเชียงราย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 51(1), 33-42.
- สุชาดา รอดมงคลดี. (2550). ผลการดำเนินงานโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุตำบลไผ่วงอำเภวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง. พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา.
- สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ. (2550). การสร้างเสริมสุขภาพ: แนวคิด หลักการและบทเรียนของไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2558). การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อวันที่ 13 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565 แหล่งอ้างอิง <http://www.thaihealth.or.th/Content>
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2563). ดัชนีความก้าวหน้าของคน ปี 2563. สืบค้นเมื่อวันที่ 13 เดือนกันยายน พ.ศ. 2565 แหล่งอ้างอิง <https://www.nesdc.go.th/main.php?filename=social>
- อักษร อยู่วัง และบัวทอง สว่างโสภาคกุล. (2560). การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การจงใจตนเอง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ ตำบลเจ็ดริ้ว จังหวัด สมุทรสาคร. วารสารศิลปศาสตร์, 20(2), 264-281.
- อิทธิพล ดวงจินดา, ชวนพิศ ศรีไพบูลย์, ศรีสุรางค์ เคหะนาค. (2564). การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองและพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 14(4), 111-126.

- Ahmad Sharoni, S. K., Abdul Rahman, H., Minhat, H. S., Shariff-Ghazali, S., & Azman Ong, M. H. (2018). The effects of self-efficacy enhancing program on foot self-care behaviour of older adults with diabetes: A randomised controlled trial in elderly care facility, Peninsular Malaysia. *PLOS ONE*, 13(3), 1-23.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A Social Cognitive Theory*; New Jersey: Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs.
- Bandura, A. (1997). *Social Learning Theory*. New Jersey: Englewood Cliffs.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Kafaei-Atrian, M., Sadat, Z., Nasiri, S., & Izadi-Avanji, F. S. (2022). The effect of self-care education based on self-efficacy theory, individual empowerment model, and their integration on quality of life among menopausal women. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 10(1), 54-63.
- Ramezani, T., Sharifirad, G., Rajati, F., Rajati, M., & Mohebi, S. (2019). Effect of educational intervention on promoting self-care in hemodialysis patients: Applying the self-efficacy theory. *Journal of Education and Health Promotion*, 8. 1-8.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
แบบสอบถามการวิจัย



เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่.....

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง

การประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ในจังหวัดลำปาง

Application of Self-efficacy Theory on Health Behaviors
of Elderly in Lampang Province

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามข้อมูลนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่จังหวัดลำปาง

2. แบบสอบถาม มี 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุ	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 3 ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ	จำนวน 10 ข้อ

3. ข้อคำถามทุกข้อจะถือเป็นความลับไม่มีผลต่อตัวผู้ให้ข้อมูลแต่อย่างใด

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ โอกาสนี้

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุ

ขอให้ท่านพิจารณาว่า ท่านมีความคิดเห็นต่อข้อความต่อไปนี้ในระดับใด โดยให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องระดับความคิดเห็นที่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านน้อยที่สุด

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านสามารถบรรลุเป้าหมายการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่ที่ท่านตั้งไว้ได้					
2. ท่านมั่นใจในความแข็งแรงของร่างกายท่าน เช่น ไม่เคยหกล้มในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา					
3. ท่านมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายได้อย่างกระชับ กระฉับ เช่น ใช้เวลาออกกำลังกายอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที อย่างต่อเนื่อง และทำได้ครบอย่างน้อย 3 วัน ต่อสัปดาห์					
4. ท่านสามารถเอาชนะสิ่งที่ทำทลายความสามารถ ในการหันมามองกำลังกายของท่านได้					
5. ท่านเอาใจใส่สุขภาพของท่านอย่างต่อเนื่อง เช่น ลดน้ำหนัก ออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีประโยชน์					
6. เมื่อต้องเผชิญกับความยากลำบาก เช่น ความไม่สุขสบายใจ ท่านมั่นใจในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้ เช่น ความไม่สุขสบายใจ ท่านมั่นใจในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้					
7. ท่านรู้สึกยินดี เมื่อได้รับความรู้ใหม่ๆ ด้านสุขภาพ และพร้อมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สุขภาพดียิ่งขึ้น					
8. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงได้					
9. ท่านรู้สึกท้อแท้และขาดความมั่นใจ เมื่อพบปัญหาสุขภาพ					
10. ท่านรู้สึกเบื่อหน่าย ทุกครั้งที่ต้องไปตรวจสุขภาพ					

ส่วนที่ 3 ความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ขอให้ท่านพิจารณาว่า ท่านมีความคิดเห็นต่อข้อความต่อไปนี้ในระดับใด โดยให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องระดับความคิดเห็นที่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านน้อยที่สุด

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านคิดว่า การดูแลสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ ส่งผลให้ร่างกายแข็งแรง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆได้					
2. ท่านวางแผนการออกกำลังกาย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้					
3. ท่านรู้สึกมีความสุขและพึงพอใจที่ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ					
4. ท่านแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นเป้าหมายหนึ่งในการดูแลสุขภาพของท่าน					
5. ท่านใส่ใจ ดูแลตนเองทุกเรื่อง เพื่อให้มีสุขภาพดี					
6. ท่านพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลังจากได้รับคำแนะนำที่มีประโยชน์ต่อท่าน คำแนะนำจากแพทย์พยาบาล นักสาธารณสุข					
7. ท่านคิดว่า การช่วยเหลือตนเองได้ดี จะไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น					
8. ท่านดูแลสุขภาพอย่างเต็มที่ แม้จะมีอุปสรรคบ้างก็ตาม					
9. ท่านคาดหวังว่าการดูแลสุขภาพสม่ำเสมอจะทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง					
10. ท่านรับรู้ปัญหาสุขภาพหรือภาวะเสี่ยงของตนเอง และพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการมีสุขภาพดี					

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ขอให้ท่านพิจารณาว่า ท่านมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวต่อข้อความต่อไปนี้ในระดับใด โดยให้ทำเครื่องหมาย

✓ ในช่องระดับความคิดเห็นที่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ปฏิบัติทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติทุกครั้งเป็นประจำ
ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติบ่อยๆ เกือบทุกครั้ง
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติเป็นบางครั้ง
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านไม่ค่อยปฏิบัติ
ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง	ท่านไม่ปฏิบัติเลย

ข้อคำถาม	ระดับการปฏิบัติ				
	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินานๆครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
1. ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่					
2. ท่านดื่มน้ำเปล่า อย่างน้อย 6-8 แก้ว ต่อวัน					
3. ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบ เช่น น้ำมันพืช กะทิ เนื้อสัตว์ติดมัน อาหารประเภททอด เป็นต้น					
4. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สุรา ชา กาแฟ น้ำอัดลม					
5. ท่านออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่ง เต้นแอโรบิก รำไทเก๊ก หรืออื่นๆ					
6. ท่านตรวจสุขภาพ ปีละ 1 ครั้ง					
7. ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ เมื่อรู้สึกหงุดหงิด โกรธ โมโห					
8. ท่านมักทำกิจกรรมร่วมกัน กับบุคคลในครอบครัว					
9. เมื่อท่านเจ็บป่วย บุคคลในครอบครัวคอยดูแลท่านอย่างใกล้ชิด					
10. ท่านติดตามข่าวสารด้านสุขภาพจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ					

ขอขอบคุณในความร่วมมือเป็นอย่างดี

ภาคผนวก ข

ผลการวิเคราะห์รายข้อ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

การรับรู้ความสามารถตนเอง ของผู้สูงอายุ	กลุ่มทดลอง									
	ก่อนทดลอง					หลังทดลอง				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านสามารถบรรลุเป้าหมายการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่ที่ท่านตั้งไว้ได้	4 (13.3)	11 (36.7)	12 (40.0)	3 (10.0)	0 (0.0)	8 (26.7)	11 (36.7)	11 (36.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
2. ท่านมั่นใจในความแข็งแรงของร่างกายท่าน เช่น ไม่เคยหกล้มในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา	2 (6.7)	12 (40.0)	13 (43.3)	0 (0.0)	3 (10.0)	13 (43.3)	9 (30.0)	8 (26.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
3. ท่านมั่นใจว่าสามารถออกกำลังกายได้อย่างกระชับกระเฉง เช่น ใช้เวลาออกกำลังกายได้อย่างน้อยครั้งละ 30 นาทีอย่างต่อเนื่อง และทำได้ครบอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์	0 (0.0)	16 (53.3)	14 (46.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	15 (50.0)	11 (36.7)	4 (13.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
4. ท่านสามารถเอาชนะสิ่งที่ทำทลายความสามารถ ในการหันมาออกกำลังกายของท่านได้	3 (10.0)	16 (53.3)	11 (36.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (30.0)	12 (40.0)	6 (20.0)	3 (10.0)	0 (0.0)
5. ท่านเอาใจใส่สุขภาพของท่านอย่างต่อเนื่อง เช่น ลดน้ำหนัก ออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีประโยชน์	3 (10.0)	5 (16.7)	22 (73.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	17 (56.7)	10 (33.3)	3 (10.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
6. เมื่อต้องเผชิญกับความยากลำบาก เช่น ความไม่สุขสบายใจ ท่านมั่นใจในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้เช่น ความไม่สุขสบายใจ ท่านมั่นใจในการจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้	0 (0.0)	14 (46.7)	13 (43.3)	2 (6.7)	1 (3.3)	12 (40.0)	14 (46.7)	4 (13.3)	0 (0.0)	0 (0.0)

การรับรู้ความสามารถตนเอง ของผู้สูงอายุ	กลุ่มทดลอง									
	ก่อนทดลอง					หลังทดลอง				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
7. ท่านรู้สึกยินดี เมื่อได้รับความรู้ใหม่ ๆ ด้านสุขภาพ และพร้อมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สุขภาพดียิ่งขึ้น	1 (3.3)	16 (53.3)	10 (33.3)	3 (10.0)	0 (0.0)	25 (83.3)	5 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
8. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงได้	1 (3.3)	21 (70.0)	8 (26.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	15 (50.0)	15 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
9. ท่านรู้สึกท้อแท้และขาดความมั่นใจ เมื่อพบปัญหาสุขภาพ	0 (0.0)	6 (20.0)	17 (56.7)	7 (23.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (36.7)	8 (26.7)	11 (36.7)
10. ท่านรู้สึกเบื่อหน่าย ทุกครั้งที่ต้องไปตรวจสุขภาพ	5 (16.7)	12 (40.0)	13 (43.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (26.7)	7 (23.3)	15 (50.0)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของความคาดหวังของผลจากการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

ความคาดหวังของผลจากการดูแล สุขภาพของผู้สูงอายุ	กลุ่มทดลอง									
	ก่อนทดลอง					หลังทดลอง				
	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
1. ท่านคิดว่าการดูแลสุขภาพเป็นสิ่ง สำคัญ ส่งผลให้ร่างกายแข็งแรง ลด ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆได้	9 (30.0)	11 (36.7)	10 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	23 (76.7)	7 (23.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
2. ท่านวางแผนการออกกำลังกาย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้	0 (0.0)	10 (33.3)	20 (66.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (46.7)	10 (33.3)	6 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
3. ท่านรู้สึกมีความสุขและพึงพอใจ ที่ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ	1 (3.3)	18 (60.0)	11 (36.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	20 (66.7)	9 (30.0)	1 (3.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
4. ท่านแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็น เป้าหมายหนึ่งในการดูแลสุขภาพ ของท่าน	1 (3.3)	23 (76.7)	6 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (46.7)	13 (43.3)	3 (10.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
5. ท่านใส่ใจ ดูแลตนเองทุกเรื่อง เพื่อให้มีสุขภาพดี	0 (0.0)	12 (40.0)	13 (43.3)	5 (16.7)	0 (0.0)	23 (76.7)	6 (20.0)	1 (3.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
6. ท่านพยายามปรับเปลี่ยน พฤติกรรม หลังจากได้รับคำแนะนำ ที่มีประโยชน์ต่อท่าน คำแนะนำจาก แพทย์ พยาบาล นักสาธารณสุข	1 (3.3)	12 (40.0)	14 (46.7)	3 (10.0)	0 (0.0)	23 (76.7)	7 (23.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
7. ท่านคิดว่าการช่วยเหลือตนเองได้ ดี จะไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น	0 (0.0)	13 (43.3)	13 (43.3)	4 (13.3)	0 (0.0)	25 (83.3)	5 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
8. ท่านดูแลสุขภาพอย่างเต็มที่ แม้ จะมีอุปสรรคบ้างก็ตาม	0 (0.0)	17 (56.7)	11 (36.7)	2 (6.7)	0 (0.0)	17 (56.7)	13 (43.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
9. ท่านคาดหวังว่าการดูแลสุขภาพ สม่ำเสมอจะทำให้สุขภาพร่างกาย แข็งแรง	0 (0.0)	14 (46.7)	16 (53.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	23 (76.7)	7 (23.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
10. ท่านรับรู้ปัญหาสุขภาพหรือ ภาวะเสี่ยงของตนเอง และพยายาม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการมี สุขภาพดี	0 (0.0)	10 (33.3)	10 (33.3)	10 (33.3)	0 (0.0)	17 (56.7)	10 (33.3)	3 (10.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการ
ทดลอง (n = 30)

พฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ	กลุ่มทดลอง									
	ก่อนทดลอง					หลังทดลอง				
	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบทุก ครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
1. ท่านเลือก รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่	0 (0.0)	20 (66.7)	10 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (30.0)	15 (50.0)	6 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
2. ท่านดื่มน้ำเปล่า อย่างน้อย 6-8 แก้ว ต่อวัน	2 (6.7)	12 (40.0)	14 (46.7)	2 (6.7)	0 (0.0)	12 (40.0)	12 (40.0)	6 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
3. ท่านหลีกเลี่ยง อาหารที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบ เช่น น้ำมันพืช กะทิ เนื้อสัตว์ติดมัน อาหารประเภททอด เป็นต้น	3 (10.0)	15 (50.0)	12 (40.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (33.3)	12 (40.0)	7 (23.3)	1 (3.3)	0 (0.0)
4. ท่านดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ สุรา ชา กาแฟ น้ำอัดลม	0 (0.0)	8 (26.7)	7 (23.3)	4 (13.3)	8 (26.7)	0 (0.0)	20 (66.7)	5 (16.7)	5 (16.7)	0 (0.0)
5. ท่านออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่ง เต้นแอโรบิก รำไท เก๊ก หรืออื่นๆ	0 (0.0)	14 (46.7)	12 (40.0)	4 (13.3)	0 (0.0)	13 (43.3)	7 (23.3)	7 (23.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
6. ท่านตรวจสุขภาพ ปีละ 1 ครั้ง	0 (0.0)	7 (23.3)	16 (53.3)	7 (23.3)	0 (0.0)	27 (90.0)	1 (3.3)	1 (3.3)	1 (3.3)	0 (0.0)
7. ท่านสามารถ ควบคุมอารมณ์ ตนเองได้ เมื่อรู้สึก หงุดหงิด โกรธ โมโห	0 (0.0)	4 (13.3)	23 (76.7)	3 (10.0)	0 (0.0)	14 (46.7)	5 (16.7)	11 (36.7)	0 (0.0)	0 (0.0)

พฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ	กลุ่มทดลอง									
	ก่อนทดลอง					หลังทดลอง				
	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย	ปฏิบัติ ทุกครั้ง	ปฏิบัติ เกือบทุก ครั้ง	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ เลย
8. ท่านมักทำ กิจกรรมร่วมกัน กับ บุคคลในครอบครัว	0 (0.0)	4 (13.3)	12 (40.0)	14 (46.7)	0 (0.0)	15 (50.0)	9 (30.0)	5 (16.7)	1 (3.3)	0 (0.0)
9. เมื่อท่านเจ็บป่วย บุคคลในครอบครัว คอยดูแลท่านอย่าง ใกล้ชิด	0 (0.0)	7 (23.3)	15 (50.0)	8 (26.7)	0 (0.0)	11 (36.7)	11 (36.7)	7 (23.3)	1 (3.3)	0 (0.0)
10. ท่านติดตาม ข่าวสารด้านสุขภาพ จากแหล่งที่ น่าเชื่อถือ	1 (3.3)	4 (13.3)	13 (43.3)	12 (40.0)	0 (0.0)	23 (76.7)	5 (16.7)	2 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)

ภาคผนวก ค
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามการ
ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดลำปาง

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	สถานที่ปฏิบัติงาน
1	ผู้ช่วยศาสตราจารย์กัญญาพัชร จาอ้าย	อาจารย์	คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ
2	ผู้ช่วยศาสตราจารย์เสกสรรค์ ทองดี	อาจารย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
3	อาจารย์ ดร.พยอม ถิ่นอ้วน	อาจารย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง

ประวัติผู้วิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวชัชฎาภร พิศมร
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Miss Chatchadaporn Pissamorn
2. ตำแหน่งปัจจุบัน
อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน
เวลาที่ใช้ทำวิจัย (15 ชั่วโมง : สัปดาห์)
3. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก
คณะวิทยาศาสตร์ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง
โทรศัพท์: 090 463 5079
E-mail: Chatchada_pis@outlook.com
4. ประวัติการศึกษา

ระดับ	วุฒิ	ปีสำเร็จการศึกษา	สาขาวิชา	สถาบันการศึกษา
ปริญญาตรี	สบ.	2556	สาธารณสุขศาสตร์	วิทยาลัยเชียงราย
ปริญญาโท	วทม.(สาธารณสุขศาสตร์)	2560	สุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ	มhitล

5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ
6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ โดยระบุสถานภาพในการทำการวิจัยว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยในแต่ละผลงานวิจัย

6.1 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว :

1. ชัชฎาภร พิศมร และคณะ. (2566). การประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดลำปาง. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 19(1): 64-75.
2. ชัชฎาภร พิศมร และคณะ. (2566). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าไคร้ ตำบลหนองหล่ม อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง. วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4. 13(1). 94-112.
3. ชัชฎาภร พิศมร และคณะ. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาสาธารณสุขชุมชน

- สถาบันอุดมศึกษาในภาคเหนือ. วารสารการพยาบาลและการดูแล
สุขภาพ. 40(2): 75-84.
4. ชัชชฎาภร พิศมร และเอกสิทธิ์ ไชยปิ่น. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์
กับพฤติกรรมการบริโภคขนมขบเคี้ยวและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน
ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนบ้านไร่ จังหวัดน่าน.
วารสารพยาบาลและสุขภาพ. 44(3): 71-83.
 5. ชัชชฎาภร พิศมร. (2564). ความรู้ ทักษะคติและพฤติกรรมการ
บริโภคเครื่องดื่มที่มีรสหวานของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร. การประชุมวิชาการเสนอ
ผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 9: 25 เมษายน 2564; มหาวิทยาลัย
กรุงเทพธนบุรี. 696-704.
 6. ชัชชฎาภร พิศมร, อลงกต ประสานศรี. (2564). ทักษะการรู้เท่า
ทันสื่อสังคมออนไลน์และความเครียดของนักศึกษาคณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี. การประชุม
วิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 9: 25 เมษายน 2564;
มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี. 53-62.
 7. ชัชชฎาภร พิศมร. (2563). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต
ของนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเอกชนในกรุงเทพมหานคร.
การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 8 และ
ระดับนานาชาติ ครั้งที่ 4; 26 เมษายน 2563; มหาวิทยาลัย
กรุงเทพธนบุรี. 79-88.
 8. ชัชชฎาภร พิศมร, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, มณีรัตน์ อีระวัฒน์.
(2561). การประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่อป้องกันการ
เสพยาเสพติดซ้ำของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด. วารสารสุขภาพศึกษา. 42(1):
68-79.

ผู้ร่วมโครงการวิจัย

1. ชื่อ - นามสกุล (ภาษาไทย) นายเอกสิทธิ์ ไชยปิน
ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) Mr. Eakasit Chaipin
2. ตำแหน่งปัจจุบัน
อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน
เวลาที่ใช้ทำวิจัย (10 ชั่วโมง : สัปดาห์)
3. หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก
คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง
โทรศัพท์ 089-9502549
e-mail: eaksit.pin@gmail.com
4. ประวัติการศึกษา

ระดับ	วุฒิ	ปีที่สำเร็จการศึกษา	สาขาวิชา	สถาบันการศึกษา
ปริญญาตรี	ศษ,บ	2540	สุขศึกษา	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ปริญญาโท	ศศ,บ.	2544	การพัฒนาชุมชน	สถาบันราชภัฏเชียงใหม่
ปริญญาโท	ศศ,ม.	2546	การพัฒนาสังคม	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ปริญญาโท	ศษ,ม.	2549	การส่งเสริมสุขภาพ	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ปริญญาเอก	ปรด.	2564	เวชศาสตร์ชุมชน	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

5. สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา)
6. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ โดยระบุสถานภาพในการทำการวิจัยว่าเป็นผู้อำนวยการแผนงานวิจัย หัวหน้าโครงการวิจัย หรือร่วมวิจัยในแต่ละผลงานวิจัย

6.1 งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว:

1. เอกสิทธิ์ ไชยปิน. (2560). ภูมิคุ้มกันทางสังคมและกระบวนการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศของกลุ่มนักศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง. มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง. ระยะเวลา 1 ปี
2. อนุรักษ์ ธรรมกวีวงศ์, เอกสิทธิ์ ไชยปิน, พิบูลย์ หม่องเซย. (2560). แนวทางการพัฒนาเป็นมหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ของมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ระยะเวลา 1 ปี
3. เอกสิทธิ์ ไชยปิน, พิบูลย์ หม่องเซย, ชัดนารี มีสุขโข. (2560). นโยบายเพื่อการพัฒนาเครือข่ายความเข้มแข็งทางสุขภาพ ผ่านการประยุกต์

ศิลปะการแสดงและการต่อสู้ล้านนาของกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลหนองบัว อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดขอนแก่น. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ระยะเวลา 1 ปี

4. ชัตนารี มีสุขโข, พิบูลย์ หม่องเซย, เอกสิทธิ์ ไชยปิน. (2560). รูปแบบการแก้ไขปัญหาและเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากหมอกควันโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองบัว อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดขอนแก่น. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ระยะเวลา 1 ปี

5. สุวรัฐ แลสันกลาง, เอกสิทธิ์ ไชยปิน, พิบูลย์ หม่องเซย. (2560). การพัฒนารูปแบบการจัดการขยะอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน กรณีศึกษาเทศบาลตำบลไหล่หิน อำเภอกะลา จังหวัดลำปาง. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ระยะเวลา 1 ปี

7. เอกสิทธิ์ ไชยปิน, ณิชกฤษณ์ ธรรมกวินวงศ์, พิบูลย์ หม่องเซย. (2563). การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยนวัตกรรมแบบมีส่วนร่วม บ้านแม่ปุง ตำบลน้ำใจ อำเภอมะทนะ จังหวัดลำปาง.

8. เอกสิทธิ์ ไชยปิน, ณิชกฤษณ์ ธรรมกวินวงศ์, พิบูลย์ หม่องเซย. (2563). การเสริมสร้างธรรมาภิบาลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมตำบลน้ำใจ อำเภอมะทนะ จังหวัดลำปาง.

9. ณิชกฤษณ์ ธรรมกวินวงศ์, เอกสิทธิ์ ไชยปิน, พิบูลย์ หม่องเซย. (2563). การขับเคลื่อนระบบสุขภาพแบบบูรณาการโดยธรรมาภิบาลสุขภาพชุมชนของผู้สูงอายุ ตำบลท่าต๋ม อำเภอมือง จังหวัดลำปาง.

10. ชุตินิษฐ์ ปานคำ และเอกสิทธิ์ ไชยปิน. (2563). การสื่อสารเชิงสร้างสรรค์เพื่อเพิ่มศักยภาพ การท่องเที่ยวโดยชุมชน บ้านศาลาบัวบก อำเภอกะลา จังหวัดลำปาง.

11. อนันต์ อุปสอด, สุวรัฐ แลสันกลาง, เอกสิทธิ์ ไชยปิน, พิบูลย์ หม่องเซย. (2563). การบริหารจัดการน้ำเสียในชุมชนแบบมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเทศบาลนครลำพูน จังหวัดลำปาง.