

Effects of Self-care Behavioral Modification Program among Elderly Population with High Risk for Non-communicable Diseases of Phranakhon Si Ayutthaya Province

Phasit Sirited^{1*} Waratta Hemtong² Prakairat Tunit²

Chirawut Punnavit³ Bunliang Suphim⁴

Orasa Kaewrattanapattama⁵ Russame Kaewsringam⁵

Abstract

This is a quasi-experimental study to investigating the effect of self-care behavioral modification program among elderly population with high risk for non-communicable diseases (NCDs). Self-efficacy theory was applied to this program. The 84 subjects were divided to two groups, experimental and control groups. Experimental group participated in behavioral modification program for 10 weeks. The program included activities such as health education, experience sharing, model demonstration, role playing, and group discussion. The questionnaire was used for collecting data, before and after a training program. The statistical analysis was performed by Chi-square test, Wilcoxon signed-rank test, and Mann-whitney U test.

Results showed that mean scores for self-care knowledge, perceived self-efficacy, outcome perception and self-care behavior in experimental group, increased significant statistically, compared with control group (p-value < 0.001).

This study demonstrated that the applied self-efficacy theory program was influential in changing of self-care behavior in elderly population. Hence, health-related organization should apply this program for self-care behavioral modification among elderly population, who are at risk of NCDs.

Key words: Elder, Behavioral modification program, Self-efficacy theory, Non-communicable diseases (NCDs)

1 Department of Public Health, Faculty of Nursing Science and Allied Health, Phetchaburi Rajabhat University

2 Department of Thai Traditional Medicine, Faculty of Nursing Science and Allied Health, Phetchaburi Rajabhat University

3 Department of Public Health, Faculty of Science and Technology, Nakhon Pathom Rajabhat University

4 Department of Public Health, Faculty of Science and Technology, Loei Rajabhat University

5 Bang Ban Hospital, Phranakhon Si Ayutthaya province.

* Corresponding author: phasit2530@gmail.com

ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ภาสิต ศิริเทศ^{1*} วรรณฐา เหมทอง² ประกายรัตน์ ทุนิจ²

ชีราวุธ ปุณณวิช³ บุญเลี้ยง สุพิมพ์⁴ อรสา แก้วรัตนปัทมา⁵ รัศมี แก้วศรีงาม⁵

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 84 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 42 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 42 คน ซึ่งกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ เช่น การให้ความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้จากตัวแบบ สาธิต แสดงบทบาทสมมติ และอภิปรายกลุ่ม เป็นต้น เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square test, Wilcoxon signed-rank test, และ Mann-Whitney U test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

จากผลการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่มีการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุได้ ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ / โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม / ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง / โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

- 1 สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
- 2 สาขาการแพทย์แผนไทย คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี
- 3 สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
- 4 สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
- 5 โรงพยาบาลบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

* ผู้รับผิดชอบบทความวิจัย : phasit2530@gmail.com

บทนำ (Introduction)

ปัจจุบันประชากรโลกมีจำนวน 7,349 ล้านคน มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 901 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 12.0 ของประชากรทั้งหมด เป็นการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2559) และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2558, 2559, 2560 และ 2561 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภูมิภาคคิดเป็นร้อยละ 9.4, 10.7, 12.2 และ 14.9 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562) และในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้สูงอายุถึง 11 ล้านคนหรือร้อยละ 16 (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2559) และมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 จะมีประชากรสูงอายุวัยปลายเพิ่มขึ้นอีกเกือบเท่าตัวซึ่งเพิ่มเร็วกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557) ทั้งนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้อัตราการเกิดน้อยลงและประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น อย่างไรก็ตามด้วยข้อเท็จจริงที่ว่า คนยังมีอายุมากขึ้น ก็ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และความพิการ หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เพิ่มมากขึ้น จึงพอจะเห็นภาพได้ว่า ในอนาคตเมื่อสังคมไทยสูงวัยมากขึ้น

ผู้สูงอายุจำนวนมากกำลังประสบปัญหาภาวะสุขภาพที่ไม่ดีและขาดการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลและการบริการสุขภาพต่อไปด้วย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562) จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 31.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.3 โรคหัวใจ ร้อยละ 7 อัมพาต/อัมพฤกษ์ร้อยละ 2.5 โรคหลอดเลือดสมองตีบ ร้อยละ 1.6 และโรคมะเร็ง ร้อยละ 0.5 (วิมล บำณพวน, 2558) และมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลในระยะยาว ซึ่งนอกจากจะมีผลกระทบต่อพัฒนาประเทศทั้งทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมที่ทำให้ค่าใช้จ่ายทั้งภาครัฐและภาคครัวเรือนเพิ่มสูงขึ้นแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและครอบครัวที่ต้องรับภาระดูแล ทั้งนี้ปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้นหากยังไม่เตรียมระบบรองรับสังคมสูงวัย (เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง, 2558) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ทักษะ ทักษะชีวิต รวมไปถึงการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

โรคที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงความเสื่อมทางร่างกาย และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้สามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดได้หากมีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างถูกต้องเหมาะสมด้วยการส่งเสริมการรับรู้

ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) (Bandura, 1997) ซึ่งภายใต้โครงสร้างของแนวคิดทฤษฎีประกอบด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลของการกระทำซึ่งทั้งสององค์ประกอบมีความสัมพันธ์กัน โดยความสัมพันธ์ของทั้งสองมีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมของบุคคล ที่ผ่านมามีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองในการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆ เช่น การให้ความรู้ การฝึกยืดเอ็นและกล้ามเนื้อมีผลต่อระดับคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ พฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Han SS et al., 2005) และการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ (นิภาพรณ อติมานนท์, 2554) พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพสูงขึ้นและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการคัดกรองประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไปในปีงบประมาณ 2561 ของกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลบางบาล พบ ผู้มีภาวะเสี่ยงสูงต่อโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน คิดเป็น ร้อยละ 21.9 และ 25.8 ตามลำดับ เมื่อใช้แบบคัดกรองด้วยวาจาในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ร้อยละ 65.5 มีบิดา มารดา และพี่น้องสายตรงเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 69.5 และมีบิดา มารดา และพี่น้องสายตรงเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 59.8 มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม ร้อยละ 65.8 และขาดการออกกำลังกาย ร้อยละ 55.6 (กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน, 2562) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรังหรือโรคอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องใช้ระยะในการรักษาตนเองอย่างยาวนาน ดังนั้นจำเป็นต้องทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้ดีขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาในเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura) ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ ความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผลของการกระทำซึ่งการพัฒนาโปรแกรมในผู้สูงอายุนั้นสอดคล้องกับ ภาสิต ศิริเทศ (2562) ว่าด้วยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองในส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่จัดอยู่ในรูปแบบของโปรแกรมพัฒนาสุขภาพและดำเนินการจำเพาะต่อโรค ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุได้รับความรู้จะเกิดการรับรู้และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการ

ปฏิบัติจะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ถูกต้องต่อไป

คำถามการวิจัย (Research Questions)

หลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มทดลองมีความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย (Objectives)

วัตถุประสงค์ทั่วไป

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

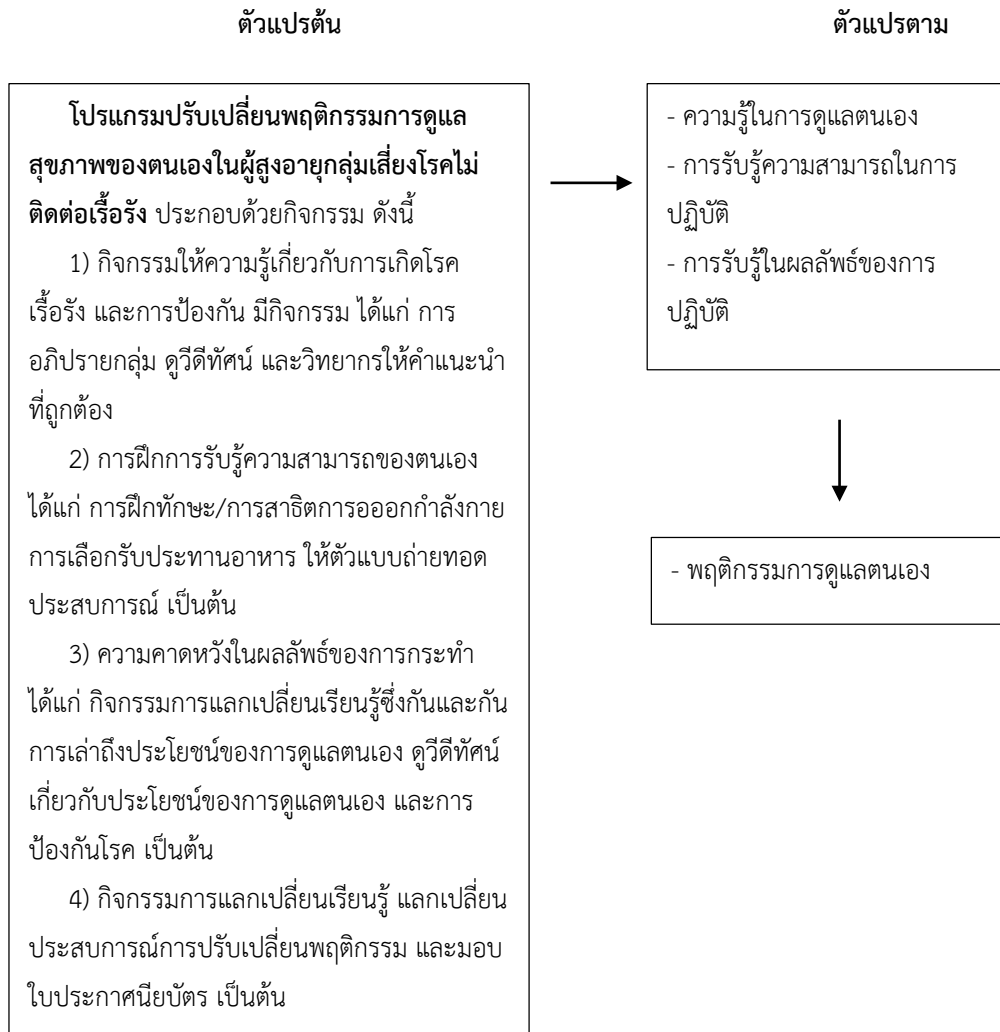
เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย (Research Hypothesis)

1. หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

2. หลังการทดลองความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



วิธีการดำเนินการวิจัย (Method)

รูปแบบการดำเนินการวิจัย เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสอง กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design)

ประชากร คือ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 60 ปีขึ้นไป ของตำบลสะพานไทย อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่ได้รับการคัดกรองโรคเรื้อรังแต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษาด้วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ได้แก่ มีดัชนีมวลกาย (BMI) > 25 กก/ม² และ/หรือ รอบเอว ≥ 90 ซม. ในผู้ชาย หรือ ≥ 80 ซม. ในผู้หญิง มีประวัติ

ญาติสายตรงเป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง มีระดับความดันโลหิตสูง $> 140/90$ มม.ปรอท และประวัติมีน้ำตาลในเลือดสูงจากการตรวจเลือดหลังอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose) เท่ากับ 100-125 จำนวน 550 คน

กลุ่มตัวอย่าง การเลือกหมู่บ้านในความรับผิดชอบของกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนของโรงพยาบาลบางบาล เป็นการเลือกแบบเจาะจง โดยเลือกหมู่บ้านที่มีประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ได้แก่ มีดัชนีมวลกาย (BMI) > 25 กก/ม² และ/หรือ รอบเอว ≥ 90 ซม. ในผู้ชาย หรือ ≥ 80 ซม. ในผู้หญิง มีประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง มีระดับความดันโลหิตสูง $> 140/90$ มม.ปรอท และประวัติมีน้ำตาลในเลือดสูงจากการตรวจเลือดหลังอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose) เท่ากับ 100-125 เป็นต้น และมีบริบทชุมชนทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมใกล้เคียงกัน จำนวน 2 หมู่บ้าน สุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากคัดเลือกหมู่บ้านทดลอง จำนวน 1 หมู่บ้าน และหมู่บ้านเปรียบเทียบกับจำนวน 1 หมู่บ้าน ทั้งนี้หมู่บ้านของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกับมีสถานที่ตั้งห่างจากกันเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของตัวอย่าง และดำเนินการสุ่มอย่างง่ายเพื่อกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวนกลุ่มละ 42 คน รวมเป็น 84 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย มีเกณฑ์ 4 ข้อ ดังนี้ 1) มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป 2) ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์หรือเข้ารับการรักษาด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มและมันประเพณีด้วยแบบคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ มีดัชนีมวลกาย (BMI) > 25 กก/ม² และ/หรือ รอบเอว ≥ 90 ซม. ในผู้ชาย หรือ ≥ 80 ซม. ในผู้หญิง มีประวัติญาติสายตรงเป็นเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง มีระดับความดันโลหิตสูง $> 140/90$ มม.ปรอท และประวัติมีน้ำตาลในเลือดสูงจากการตรวจเลือดหลังอดอาหาร (Fasting Plasma Glucose) เท่ากับ 100-125 และ 4) สมัครใจและลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย มีเกณฑ์ 3 ข้อ ดังนี้ 1) ระหว่างดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคเบาหวาน และโรคอื่นในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) ขอลถอนตัวออกจากโครงการวิจัย และ 3) ย้ายที่อยู่อาศัยส่งผลให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือ 2 ส่วน คือ

1) เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งผู้วิจัยเลือกนำมาใช้ในการดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย และโปรแกรมได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเอง ลักษณะคำถามให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ถูก ผิด ไม่แน่ใจ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ส่วนที่ 3-5 การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ด้วยค่าสถิติ Item-Objective Congruence Index (IOC) รายข้อตั้งแต่ 0.65 ขึ้นไป และนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน ในชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกับชุมชนที่ศึกษา วิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของส่วนที่ 2-5 ด้วยสถิติ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.72, 0.81, 0.84 และ 0.76 ตามลำดับ

3) ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 10 สัปดาห์ โดยในสัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตัวเอง สัปดาห์ที่ 2-5 ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยกิจกรรม จำนวน 4 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง มีรายละเอียด ดังนี้ 1) กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคเรื้อรัง และการป้องกัน มีกิจกรรม ได้แก่ การอภิปรายกลุ่ม คู่มือทัศน และวิทยากรให้คำแนะนำที่ถูกต้อง 2) การฝึกการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้แก่ การฝึกทักษะ/การสาธิตการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหาร ให้ตัวแบบถ่ายทอดประสบการณ์ เป็นต้น 3) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ ได้แก่ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน การเล่าถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง คู่มือทัศนเกี่ยวกับประโยชน์ของการดูแลตนเอง และการป้องกันโรค เป็นต้น และ 4) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมอบใบประกาศนียบัตร เป็นต้น และในสัปดาห์ที่ 10 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตัวเอง ซึ่งเป็นชุดเดียวกับแบบสอบถามที่เก็บในสัปดาห์ที่ 1

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์ผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยรวมถึงชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินกิจกรรม ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการเข้าร่วมการวิจัย การเข้าถึงและทำลายข้อมูล สิทธิขอถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลต่อการขอรับบริการตามปกติจากโรงพยาบาลแต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. สถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างของตัวแปรตามระหว่างก่อน-หลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Paired sample t-test และในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent's t-test และในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย (Results)

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะส่วนบุคคลคล้ายคลึงกัน กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63 และร้อยละ 67 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 60.2 ปี และ 62.4 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67 และร้อยละ 70 สถานภาพคู่ ร้อยละ 90 และ ร้อยละ 80 และพฤติกรรมการดูแลตนเองของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน (p-value > 0.05)

การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม พบว่า ภายหลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .001) ในขณะที่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนของทุกตัวแปรตามในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกลุ่มเปรียบเทียบ (p-value > 0.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ผลต่าง	p-value
	(n=42)		(n=42)			
	×	S.D.	×	S.D.		
กลุ่มทดลอง						
ความรู้ในการดูแลตนเอง	4.90	1.42	8.14	1.20	5.60	< .001 ^{a*}
การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ	30.00	3.12	44.07	1.45	5.66	< .001 ^{a*}
การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ	30.03	2.44	43.40	1.66	28.65	< .001*
พฤติกรรมในการดูแลตนเอง	33.42	4.64	43.16	1.84	12.90	< .001*
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ความรู้ในการดูแลตนเอง	4.88	1.50	4.83	1.28	0.30	.76 ^a
การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ	30.62	1.97	30.47	1.31	0.43	.66 ^a
การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ	30.54	1.95	30.38	1.03	0.59	.55 ^a
พฤติกรรมในการดูแลตนเอง	31.33	4.99	32.23	5.61	0.87	.38 ^b

a ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test

b ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติด้วยสถิติ Paired sample t-test

*significant at p-value < 0.001

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในช่วงก่อนการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของทุกตัวแปรของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p-value > .05) แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ย

คะแนนของทุกตัวแปรในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		ผลต่าง	p-value
	(n= 42)		(n=42)			
	×	S.D.	×	S.D.		
ก่อนทดลอง						
ความรู้ในการดูแลตนเอง	4.90	1.42	4.88	1.50	0.08	.93 ^c
การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ	30.00	3.12	30.62	1.97	1.45	.14 ^c
การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ	30.03	2.44	30.54	1.95	0.68	.49 ^c
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	33.42	4.64	31.33	4.99	2.00	.54 ^c
หลังการทดลอง						
ความรู้ในการดูแลตนเอง	8.14	1.20	4.83	1.28	7.50	< .001 ^{c*}
การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ	44.07	1.45	30.47	1.31	7.98	< .001 ^{c*}
การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ	43.40	1.66	30.38	1.03	8.06	< .001 ^{c*}
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	43.16	1.84	32.23	5.61	7.43	< .001 ^{c*}

c ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

*significant at $p\text{-value} < 0.001$

การอภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussions and conclusions)

ภายหลังกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า

คะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และเพิ่มมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งผู้วิจัยเลือกนำมาใช้ในดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ เช่น การให้ความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้จากตัวแบบ สาธิต แสดงบทบาทสมมติ และอภิปรายกลุ่ม เป็นต้น ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในวิถีชีวิตนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายในที่ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ อย่างสม่ำเสมอในการดำรงชีวิตประจำวันมากขึ้น ซึ่งสนับสนุนด้วยการศึกษาของ ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ และคณะ (2559) และ Ronald & Nick (2007) การศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงกิจกรรมที่ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ทดลองปฏิบัติ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีประสบการณ์และมีทักษะอันเกิดจากการจัดกิจกรรมต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรวรรณ น้อยวัฒน์ และคณะ (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีความรู้ การรับรู้ความคาดหวัง และคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอีกทั้งสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในตนเองสูงขึ้นหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ (ณัฏฐารณ ธนาพงษ์อนันต์ และคณะ, 2562; ชัยพร วรรณปักษ์, 2561) และมีความสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการเพิ่มสมรรถนะส่วนบุคคล การปรับเปลี่ยนด้านสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม รวมไปถึงกระบวนการที่เพิ่มความรู้ความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การให้ความรู้ที่ถูกต้อง การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร เป็นต้น ส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถแห่งตนและการมีสุขภาพดีในผู้สูงอายุ (กรฐณิธัช ปัญญาใส และคณะ, 2560; Harvey & Alexander, 2012) ซึ่งสนับสนุนด้วยผลการศึกษาของ เสาวลักษณ์ มูลสาร และคณะ (2559) ที่พบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถแห่งตนที่สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการศึกษาครั้งนี้ การดำเนินกิจกรรมที่กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้จากประสบการณ์ สถานการณ์จริง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การ

สาธิต รวมไปถึงการแสดงบทบาทสมมติ เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมองเห็นตนเองได้เป็นอย่างดี และเป็นการร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหของตนเองของกลุ่มตัวอย่างนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนเอง และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลตนเอง การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติ การรับรู้ในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น ซึ่งสามารถนำแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองไปดำเนินการในกลุ่มเสี่ยงอื่นหรือศึกษาในกลุ่มอายุอื่น ๆ ได้

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยบริการสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถประยุกต์โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีกิจกรรมการเรียนรู้ ดังนี้ การให้ความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้จากตัวแบบ สาธิต แสดงบทบาทสมมติ รวมไปถึงการอภิปรายกลุ่มเพื่อให้เกิดประสิทธิผลต่อกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรดำเนินการวิจัยโดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน และให้เกิดการพัฒนาสุขภาพอย่างยั่งยืน
2. ในการศึกษาครั้งต่อไปอาจจะศึกษาหรือพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้วิธีแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพเพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่อยู่ภายใต้บริบทของชุมชนและพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgment)

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบาล และกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชน โรงพยาบาลบางบาล ที่อำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้สูงอายุที่ได้ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรฐณัฐ ปัญญาใส, จุฑามาศ กิตติศรี และพิชานาถ เงินดี. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตบนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุ. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 12(2), 65-74.
- กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน. (2562). *รายงานการดำเนินงานคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบางบาลประจำปีงบประมาณ 2562* : โรงพยาบาลบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.
- เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. (2558). การปฏิรูประบบรองรับสังคมสูงวัย. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- ชัยพร วรณปักษ์. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในหมู่บ้านโคกสะอาด ตำบลสีคิ้ว อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 12(7), 82-97.
- ณัฏฐวรรณ ธนาพงษ์อนันต์, ประสานศิลป์ คำโสง และวรพล แวงนอก. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองที่มีต่อพฤติกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ อำเภอศรีบึง จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 14(1), 106-118.
- ปานิสรา ส่งวัฒนายุทธ, กมลพรรณ วัฒนากร, ขวัญตา กลิ่นหอม และพัชรนันท์ รัตนภาค. (2559). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง. *Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University*, 3(3), 1-14.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2559). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ : บริษัทอัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด(มหาชน).
- ภาสิต ศิริเทศ และ ณพวิทย์ ธรรมสีหา. (2562). ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(2), 58-65.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2557). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556*. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- วิมล บ้านพวน. (2558). คู่มือแนวทางการฝึกอบรม หลักสูตร Care manager. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : ศูนย์ สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). *Thai elderly*, Bangkok: Department of Statistical Data and Information.
- อรรธรณ น้อยวัฒน์ และอารยา ประเสริฐชัย. (2558). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดนนทบุรี. *วารสารราชพฤกษ์*, 13(1), 36-45.
- Bandura,A. (1997). *Social Learning Theory*. New Jersey. Prentice-Hall Inc

- Han SS et al. (2005). The effects of a health promotion program for elderly. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2005 Oct, 35(6), 1054-62
- Harvey IS and Alexander K. (2012). Perceived Social Support and Preventive Health Behavioral Outcomes among Older Women. *J Cross Cult Gerontol*, 27(3), 275–290.
- Ronald, C. P. & Nick, H. (2007). Predicting low-fat diet intentions and behaviors for the prevention of coronary heart disease: An application of protection motivation theory among an Australian population. *Psychology & Health Journal*, 10(5), 397-408.