

**ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้กระบวนการสร้างความรู้ สร้างแนวทางการพัฒนา
และสร้างแนวทางปฏิบัติ (AIC) ต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น**

กัณนิษฐา มาเห็ม พย.ม.*

พัฒน์ ศรีโษษฐ์ พย.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของการประยุกต์ใช้ กระบวนการสร้างความรู้ สร้างแนวทางการพัฒนา และสร้างแนวทางปฏิบัติ (AIC) ต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน ที่ได้จากการเลือกแบบเจาะจง โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้และแนวทางการปฏิบัติตัวจากการประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC ในการประชุมแบบมีส่วนร่วม จำนวน 1 ครั้งเป็นระยะเวลา 2 วัน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย Paired t-test ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับเรื่องเศรษฐกิจเฉพาะตน ครอบครัว และภาวะสุขภาพในวัยเสื่อมตามลำดับ ดังนั้นการให้ความรู้โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC ที่มีการปรับความเข้าใจ ให้ความรู้เพิ่มเติม จึงทำให้ประสบความสำเร็จในการเสริมสร้างให้เกิดความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ AIC จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ในการให้ความรู้แก่กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มใกล้ชิดผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อม และกลุ่มเสี่ยงอื่นๆเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต และคุณภาพงานบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: กระบวนการสร้างความรู้, สร้างแนวทางการพัฒนา, ความรู้, พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

The Effectiveness of the Appreciation Influence Control (AIC) Process to Improve Knowledge and Behavior on Self-care of Older People at Banped Subdistrict, Muang District, Khon Kaen Province

Abstract

This quasi-experimental study was designed to determine the effectiveness of the application of the Appreciation Influence Control process (AIC) on knowledge and self-care behaviors of older people. The participants were the older people, over 60 years old, living in Banped Sub-district, Muang District, Khon kaen Province. Thirty older people were recruited to participate in the study voluntarily by a purposive sampling technique. The AIC program was implemented by setting up a two day seminar. Data concerning each individual's knowledge and self-care behaviors were collected using questionnaires at pre- and post-experiment. The data were analyzed using t-test. The results showed that knowledge and self-care behavior scores of older people who attended the AIC program at post-experiment were significantly higher than those of the pre-experiment ($p < .001$). Furthermore, specific topics that the older people and their families paid attention to were: 1) individual or family economy due to their low income, 2) their health status in the degeneration and personal illness. In conclusion, application of the AIC process in the education program was effective to increase health knowledge and self-care behaviors of older people. Thus, AIC program should be recommended for brain storming and participation of the older people in order to effectively promote knowledge, problems solving, and quality of life of the older people as well as preparing those who are getting into an aging group. In addition, AIC can promote sustainable and effective health care practice.

Keywords: appreciation Influence Control process, AIC, knowledge, behavior, self-care of older people

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย ทำให้สัดส่วนประชากรสูงอายุไทย (60 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นร้อยละ 11.1 ในปี 2551 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 หรือจำนวนประมาณ 14.5 ล้านคนในปี พ.ศ.2568 การเปลี่ยนแปลงลักษณะนี้จะนำประเทศเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (Aging Society) ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหา ด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศได้ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตประชากรโดยตรงทั้งในส่วนของ ผู้สูงอายุและประชากรวัยแรงงานที่ต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น (สำนักนโยบายและแผน สาธารณสุขแห่งชาติ, 2550) และยังมีรายงานผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวสูงถึงร้อยละ 7.5 ในปี พ.ศ.2550 ขณะที่ ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังกับสามีภรรยาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17 และผู้สูงอายุที่อยู่กับหลานในลักษณะครอบครัวเดี่ยว เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.1 ในปีเดียวกัน นอกจากนี้อัตราส่วนวัยแรงงานที่เกื้อหนุนผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลง จากประชากรวัยแรงงานประมาณ 6 คนที่สามารถให้การดูแลเกื้อหนุนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปหนึ่งคนในปี พ.ศ.2550 คาดว่าจะเหลือเพียง 2 คน ต่อผู้สูงอายุหนึ่งคน ในปีพ.ศ.2573 หรือใน 20 ปีข้างหน้า นอกจากนี้ยัง พบว่าผู้สูงอายุ มีความจำเป็นต้องอาศัยอยู่ในครอบครัวภายใต้ภาวะที่จำกัด ไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแล เงิน และวัสดุ อุปกรณ์ในการดูแล และยังพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 4.8 มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการดูแล จากบุคลากรทางการแพทย์ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2550)

การดูแลตนเองเป็นการแสดงออกถึงความสามารถในการตอบสนองความต้องการของร่างกายก่อให้เกิด ความพึงพอใจในชีวิตและความเป็นอยู่ในสังคม รวมถึงการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ผู้สูงอายุที่ ตระหนักและให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเองจะมีการแสวงหาข้อมูลและความรู้ต่างๆ เพื่อนำมาใช้ในการดูแล ตนเอง ทำให้มีความพร้อมในการจัดการกับโรคประจำตัวหรือความเสื่อมถอยของร่างกายที่เกิดจากการสูงวัย (Kawamoto, Yoshida, Oka, & Kodama, 2005) คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับสังคม อย่างไรก็ตามการศึกษางานบางส่วนพบว่าผู้สูงอายุบางรายไม่ให้ความสำคัญต่อการดูแล ตนเองเท่าที่ควร ไม่สนใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตน เพราะเชื่อว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุเป็นเรื่องธรรมชาติ การดูแลตนเองโดยการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพไม่สามารถช่วยให้หายจากภาวะเจ็บป่วยได้ ทำให้ปัญหาต่างๆ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพทวีความรุนแรงขึ้น (Berman & Iris, 1998)

จากการศึกษาของนภาพร ชโยวรรณ (2551) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 80 คิดว่าควรมีการเตรียมความพร้อม เพื่อวัยสูงอายุ แต่ผลการสำรวจเกี่ยวกับการปฏิบัติในการเตรียมด้านการเงิน การเตรียมผู้ดูแลในอนาคต และการ เตรียมการในช่วงอายุ 55 ปีในการศึกษาเดียวกันนี้พบว่า มีเพียงร้อยละ 49.5 46.6 และ 46.5 ตามลำดับ ซึ่ง สะท้อนให้เห็นถึงแนวทางหรือวิธีการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผ่านมา ที่มีการเสริมสร้างสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ เพราะภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนหนึ่งขึ้นกับการปฏิบัติ ในการดูแลตนเอง ดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจากสถานการณ์ที่เป็นจริงตาม บริบทสังคมวัฒนธรรมของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็น

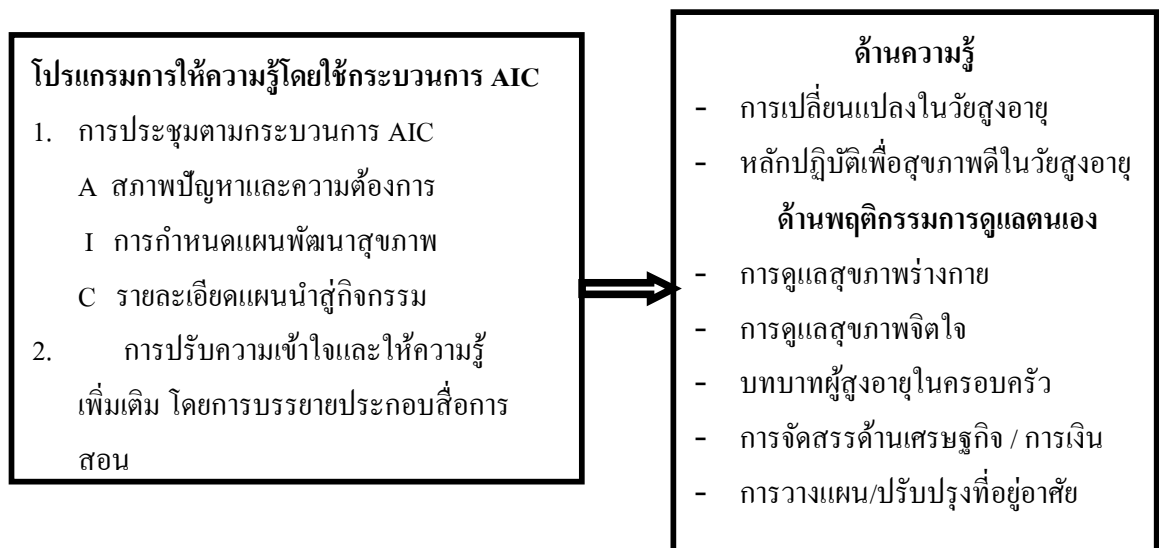
กระบวนการ Appreciation Influence Control (AIC) เป็นวิธีการที่มีขั้นตอนเปิดโอกาสผู้เข้าร่วม ประชุมทุกคนมีโอกาสสื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้ แนวคิด ประสบการณ์ ข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน จะทำให้

เกิดความเข้าใจสภาพปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการ และศักยภาพ ของผู้ที่เกี่ยวข้องได้ชัดเจนขึ้น มีการระดมสมองเพื่อแก้ไขปัญหา และพัฒนาในเชิงสร้างสรรค์ ซึ่งถ้าปฏิบัติตามขั้นตอนที่ประกอบไปด้วยการสร้างความรู้ (Appreciation) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence) และขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control) ผลที่ได้จากการประชุมจะมาจากความคิดของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน (อรพินท์ สฟโชคชัย, 2537) คณะผู้วิจัยซึ่งมีทักษะ และประสบการณ์ในการใช้กระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วม ในการพัฒนาสุขภาพกลุ่มบุคคลในชุมชนเป็นอย่างดี จึงมีความต้องการศึกษาวิจัยถึงประสิทธิผลการประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งพื้นที่ดังกล่าว เป็นพื้นที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3 ในรายวิชา ปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยทุกช่วงวัย และรายวิชาการพยาบาลครอบครัว และชุมชน 1 โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษามีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัย และร่วมทำกิจกรรมในโครงการวิจัย ในพื้นที่เป้าหมาย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการจัดการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบท และพัฒนาการเรียนการสอนในรายวิชาดังกล่าวและรายวิชาที่เกี่ยวข้องในภาควิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการใช้กระบวนการ AIC
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในระยะก่อนและหลังการใช้กระบวนการ AIC

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มวัด 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest One Group Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเป็ดหมู 18 ในช่วงที่ทำการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2552 กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 30 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คุณสมบัติ ตามเกณฑ์ที่กำหนดได้แก่ ไม่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง มีสภาพร่างกายที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมประชุม มีการรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่และบุคคลได้ถูกต้อง สามารถได้ตอบสื่อความหมายได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการตลอดระยะเวลาในการทำวิจัย

ขั้นตอนการวิจัย

ผู้วิจัยนัดหมายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประจำคุ้มจำนวน 6 คนเพื่อร่วมออกสำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูล(Pre-test) ก่อนดำเนินการทดลอง 1 สัปดาห์ ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 30 คน จากนั้น นัดหมายวันเวลา สถานที่ จัดโครงการ ตามโปรแกรมที่กำหนด จำนวน 2 วัน ตามขั้นตอนของกระบวนการ AIC โดยมีรายละเอียดดังนี้

วันที่ 1 ขั้นตอน A (Appreciation)

1) ให้ผู้เข้าร่วมประชุมวาดภาพ หรือเขียนบรรยาย ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุในปัจจุบันทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ บทบาททางสังคมที่ไม่เหมาะสมหรือปัญหาเกี่ยวกับลูกหลาน ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และเรื่องที่อยู่อาศัย ลงในกระดาษ A 4

2) แบ่งผู้เข้ารับการอบรมออกเป็น 3กลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน แต่ละกลุ่มห่ากันพอสมควร เพื่อป้องกันเสียงรบกวนซึ่งกันและกัน มีอุปกรณ์ในการเขียนเพียงพอ มีที่ปรึกษาประจำกลุ่มๆละ 1-2 คน

3) ให้แต่ละกลุ่มรวมภาพและรวมความคิดการมองปัญหาผู้สูงอายุของแต่ละคนในกลุ่มเป็นภาพรวมของกลุ่ม แล้วเลือกตัวแทนกลุ่มย่อย 1คน เพื่อนำเสนอความคิดของกลุ่มต่อที่ประชุม

4) ตัวแทนกลุ่มย่อยนำเสนอแนวคิดของกลุ่ม มีการพูดคุยซักถามเพิ่มเติม

5) ผู้วิจัย และผู้ร่วมประชุม ช่วยกันสรุปปัญหาผู้สูงอายุในปัจจุบัน จากความคิดทั้ง 3 กลุ่มเป็นปัญหาผู้สูงอายุของหมู่บ้าน

6) ให้ผู้เข้าร่วมประชุมคิดถึงภาพผู้สูงอายุที่พึงปรารถนา ที่อยากเป็นหรือที่ต้องการ เขียนในกระดาษ A4 แล้วแยกเข้ากลุ่มเช่นเดิม

7) รวมภาพผู้สูงอายุที่พึงปรารถนาของแต่ละคนเป็นภาพรวมของกลุ่มแล้วเลือกตัวแทนกลุ่มละ 1คน เพื่อนำเสนอแนวคิดของกลุ่ม

8) ตัวแทนกลุ่มย่อยแต่ละกลุ่มนำเสนอแนวคิดของกลุ่ม มีการพูดคุยซักถามเพิ่มเติม เมื่อตัวแทนกลุ่มเสร็จสิ้นการนำเสนอ

9) ผู้วิจัย และผู้ร่วมประชุม ช่วยกันสรุปภาพผู้สูงอายุที่พึงปรารถนา ที่อยากให้เป็น ที่ต้องการในอนาคต จากความคิดทั้ง 3 กลุ่มย่อย เป็นภาพรวมของหมู่บ้าน

ขั้นตอน I (Influence)

- 1) ให้ผู้เข้าร่วมประชุมคิดถึงกิจกรรมที่นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุ ที่พึงปรารถนา ที่อยากเป็นหรือที่ต้องการเขียนในกระดาษ A4 แล้วแยกเข้ากลุ่มเช่นเดิม
- 2) กลุ่มย่อยรวมภาพความคิดกิจกรรมที่นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุ ที่พึงปรารถนา ที่อยากเป็น หรือที่ต้องการเป็นภาพรวมของกลุ่มแล้วเลือกตัวแทนกลุ่ม 1 คน เพื่อนำเสนอแนวคิดของกลุ่มต่อที่ประชุม
- 3) ตัวแทนกลุ่มนำเสนอแนวคิดต่อที่ประชุม มีการพูดคุยซักถามเพิ่มเติม เมื่อตัวแทนแต่ละกลุ่มเสร็จสิ้นการนำเสนอ
- 4) ผู้วิจัย และผู้ร่วมประชุม ช่วยกัน สรุปภาพความคิดกิจกรรมที่นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุ ที่พึงปรารถนา จากความคิดทั้ง 3 กลุ่มย่อย เป็นภาพรวมของหมู่บ้าน
- 5) กัดเลือกกิจกรรม และจัดลำดับกิจกรรมที่สำคัญๆ ในแต่ละด้าน ลงในกระดาษโปสเตอร์ โดยให้ผู้ร่วมประชุมยกมือลงคะแนนกิจกรรม หรือมาตรการนั้นๆ ที่คิดว่ามีประโยชน์ และควรนำไปปฏิบัติ
- 6) ผู้วิจัยสรุปผลการประชุมในวันที่ 1 และนัดหมายการประชุมในวันที่ 2

วันที่ 2 ขั้นตอน C (Control)

- 1) ให้ผู้เข้าร่วมประชุมคิดวิธีการ หรือลงรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมนั้นๆ และมีคณะกรรมการผู้ควบคุมดูแลรับผิดชอบ
- 2) ผู้วิจัยได้ปรับความเข้าใจ และให้ความรู้เพิ่มเติม เรื่องการดูแลตนเองในวัยสูงอายุและการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ ของวัยสูงอายุ เน้นตามกิจกรรมที่ได้จากการประชุมโดยการบรรยายประกอบภาพพลิก มีการสาธิตการออกกำลังกาย โดยการรำไม้พลอง และการนวดเพื่อคลายเครียด ระยะเวลาสิ้นสุดการประชุม ผู้วิจัยสรุปผลการประชุมให้คำแนะนำเพิ่มเติม และนัดหมาย เก็บข้อมูลหลังการประชุม 1 เดือน (Post-test) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย ซึ่งใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดิม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยให้ข้อมูลการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนกระบวนการดำเนินการวิจัย สิทธิในการถอนตัวจากโครงการหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล และการรักษาความลับของข้อมูลรายบุคคล การนำเสนอผลการวิจัยเป็นการนำเสนอภาพรวมของกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้มีทั้งหมด 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ ลักษณะคำถามแบบปลายปิด แบบเลือกตอบผิดและถูก เมื่อแบ่งคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีคำถาม 40 ข้อ คะแนนเต็ม 40 คะแนน

แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ คะแนนอยู่ในช่วงน้อยกว่า 24 คะแนน ระดับปานกลาง คะแนนอยู่ในช่วง 24-32 คะแนน และระดับสูง คะแนนอยู่ในช่วง 33-40 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองในวัยสูงอายุประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การแสดงบทบาททางสังคม การจัดสรรด้าน เศรษฐกิจการเงิน การปรับปรุงวางแผนเรื่องที่อยู่อาศัย ลักษณะคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (Rating Scale) คือ 0,1,2 คะแนน มีข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ คะแนนเต็ม 80 คะแนน แบ่งคะแนน ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ คะแนนอยู่ในช่วงต่ำกว่า 48 คะแนน ระดับปานกลางคะแนนอยู่ในช่วง 48-62 คะแนน และ ระดับสูง คะแนนมากกว่า 63 คะแนนขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้เชิญผู้เชี่ยวชาญด้านการ พยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่านและผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลอนามัยชุมชนและกระบวนการ Appreciation Influence Control (AIC) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการหาความตรงตามเนื้อหา(Content Validity) เพื่อ ประเมินความสอดคล้อง และความครอบคลุมของเนื้อหาตามนิยามเชิงปฏิบัติการและสามารถวัดในสิ่งที่ ต้องการวัด จากนั้นนำมาปรับเนื้อหาให้เหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้ ในส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการ ดูแลตนเองในวัยสูงอายุหาความเที่ยงด้วยวิธีของครอนบาค (Reliability) ได้ค่าเท่ากับ .78

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา โดยการหาค่าความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนและหลังการประชุมโดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดขอบเขตความ เชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.2 ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 60-65 ปี อายุเฉลี่ย เท่ากับ 67.37 ปี มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 56.70 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด การศึกษาจบ ขึ้นประถมศึกษาร้อยละ 83.5 ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 6.70 ส่วนใหญ่ยังสามารถประกอบอาชีพได้ คือ เกษตรกร ร้อยละ 53.7 ด้านเศรษฐกิจ พบว่า มีรายได้ต่ำสุดช่วงระหว่าง 500-2,000 บาทต่อเดือนคิดเป็นร้อยละ 50 รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 1,033.33 บาท ซึ่งไม่พอเพียงกับความต้องการใช้จ่ายเป็นส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีที่อยู่ อาศัยเป็นของตนเอง สมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 5 คน ด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพ แข็งแรงคิดเป็นร้อยละ 53.3 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 10 ได้แก่โรคเบาหวานจำนวน 2 ราย และโรคความดัน โลหิตสูงจำนวน 1 ราย รักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคย ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 73.3 และเป็นสมาชิกชมรม ผู้สูงอายุ ร้อยละ 86

ส่วนที่2 ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ ในการดูแลตนเอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ($N = 30$)

ระดับความรู้	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (< 24 คะแนน)	7	23.33	0	0.00
ระดับปานกลาง (24-32 คะแนน)	20	66.67	11	36.67
ระดับสูง (> 32 คะแนน)	3	10.00	19	63.33
รวม	30	100	30	100

จากตารางที่1 พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูงซึ่งเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนทดลอง คิดเป็นร้อยละ 63.33

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ($N = 30$)

ระดับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (< 48 คะแนน)	9	30.00	0	0.00
ระดับปานกลาง (48-62 คะแนน)	12	40.00	7	23.34
ระดับสูง (> 63 คะแนน)	9	30.00	23	76.66
รวม	30	100	30	100

จากตารางที่2 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40 หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมาอยู่ ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 76.66 และมีคะแนนในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 23.34

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองระหว่างก่อนและหลังการประยุกต์ใช้กระบวนการAIC

ตารางที่ 3

เปรียบเทียบความแตกต่าง คะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (N=30)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง <i>M (SD)</i>	หลังการทดลอง <i>M (SD)</i>	Paired t-test	df	p-value
ความรู้	27.23 (4.08)	33.40 (3.71)	- 9.50	29	<.001
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	55.93 (10.53)	66.97 (6.22)	- 5.82	29	<.001

จากตารางที่ 3 พบว่า ด้านความรู้ ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 27.23 คะแนน หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.40 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ เกี่ยวกับการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง กับหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 55.93 คะแนน หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 66.97 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง กับหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ส่วนที่ 4 สรุปกิจกรรมการประมูมอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์

ผู้วิจัยเริ่มประชุมด้วยขั้นตอนการสร้างความรู้ (A1,A2) เป็นการรับรู้ เรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข้อมูลซึ่งกันและกันเริ่มจาก A1 มีการกำหนดประเด็นคือ รวม “ปัญหาผู้สูงอายุในปัจจุบันของหมู่บ้าน ” เป็นอย่างไร ทุกคนมีโอกาสคิดโดยไม่มียะไรปิดกั้น รับฟังและหาข้อสรุปร่วมกันอย่างเป็นประชาธิปไตย ทุกคนต้องเคารพในความคิดซึ่งกันและกัน รวมความคิดทั้งหมดเป็นความคิดของกลุ่ม จะทำให้ได้มุมมองที่กว้างขึ้นในการมองปัญหาซึ่งอาจเกิดกับตนหรือกลุ่มของตน จะเห็นได้จากปัญหาผู้สูงอายุที่กลุ่มคิดขึ้นมา ครอบคลุมปัญหาผู้สูงอายุตามหลักวิชาการทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และเรื่องที่อยู่อาศัย มีเหตุผลประกอบถึงการมองปัญหา และระบุสาเหตุของการเกิดปัญหานั้นๆ ส่วนใหญ่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ไม่มีกำลังประกอบอาชีพ ทำให้ขาดรายได้ต้องอาศัยพึ่งพาลูกหลาน

ขั้นตอน A2 กำหนดประเด็น คือ “ผู้สูงอายุที่พึ่งปรารถนา หรือที่อยากให้เป็น ในอนาคต ” สมาชิกกลุ่มจะเกิดจินตนาการ เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการมองไปสู่อนาคต นำความคิดหรือประสบการณ์ที่ได้มาร่วมกัน ผลที่ได้จะมาจากความคิดของคนทุกคน เป็นการกำหนดเป้าหมาย หรือตั้งวัตถุประสงค์พัฒนาตนเองร่วมกัน ในขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (I1,I2) เป็นขั้นตอนที่หาแนวทางปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่พึ่งปรารถนา หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ ในขั้นตอนนี้จะเกิดความคิดสร้างสรรค์สูง แลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน มีการกำหนดกิจกรรมที่จะทำ วิเคราะห์ความเป็นไปได้ของกิจกรรม วิเคราะห์ผลกระทบ คัดเลือก

กิจกรรมที่คิดว่าดีที่สุดทำกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ตามกระบวนการ และขั้นตอน AIC ในขั้นตอนสุดท้าย กลุ่มตัวอย่างมองว่ากิจกรรมด้านเศรษฐกิจควรได้รับการยอมรับว่าสำคัญที่สุดในการทำให้ความฝันของผู้สูงอายุที่พึงปรารถนาสำเร็จได้ เนื่องจาก เป็นปัญหาที่ส่วนใหญ่ประสบหรือมีความต้องการอย่างชัดเจนประกอบกับมองว่ารายได้ในปัจจุบันยังไม่พอเพียงกันใช้จ่ายในครอบครัว รู้สึกถึงความ เป็นอยู่ยังไม่สุขสบาย สอดคล้องกับผลการวิจัยที่เสนอในส่วนลักษณะประชากรด้านเศรษฐกิจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้ 500-2,000 บาทต่อเดือน เมื่อตกลงกิจกรรมดำเนินการ กลุ่มใหญ่เลือกกิจกรรมด้านเศรษฐกิจ จึงนำกิจกรรมนี้มาเขียนแผนที่คาดว่าจะดำเนินการได้ในอนาคต โดยมีแผนจัดตั้ง “กองทุนเงินออมวันละบาทสำหรับผู้สูงอายุหมู่ที่ 18 ” โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการดำเนินงาน ส่วนจำนวนเงินออมในรายเดือน คณะกรรมการจะประชุมและกำหนดในภายหลังว่าจะจัดเก็บและเริ่มเมื่อไหร่ อย่างไร จากนั้นจะประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุทุกคนในหมู่บ้านทราบและร่วมกันดำเนินการต่อไป

อภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาระดับความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ

ความรู้ในการดูแลตนเองในวัยสูงอายุก่อนการประชุมเพื่อระดมความคิดอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ (AIC) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ กล่าวคือ มีคะแนนความรู้ในระดับปานกลางร้อยละ 66.67 รองลงมาคือระดับต่ำและระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 23.33 และ 3.0 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 27.23 คะแนน (ตารางที่ 1)

การศึกษาที่ได้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ และคนอื่นๆ (2551) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่มีการเตรียมตัวเพื่อการดำรงชีวิตเมื่ออายุมากขึ้นทั้งๆที่ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า การเตรียมตัวเป็นเรื่องสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของบรรลุ ศิริพานิช และคนอื่นๆ (2531) พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ มีการเตรียมตัวเพื่อดำรงชีวิตเมื่ออายุมากขึ้นเพียงร้อยละ 59.3 ส่วนใหญ่เป็นการเตรียมตัวในเรื่องทรัพย์สิน และที่อยู่อาศัย

การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ ก่อนการประชุม เพื่อระดมความคิดอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ (AIC) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการปฏิบัติตัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับต่ำ และระดับสูงเท่ากัน คือร้อยละ 30 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างยังไม่ตระหนักถึงความจำเป็นในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในวัยนี้เพราะยังขาดความรู้ความเข้าใจ การเปลี่ยนแปลงต่างๆหรือช่องทางในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอาจไม่เพียงพอทำให้ไม่ทราบแนวทางในการปฏิบัติที่เป็นการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ชัดเจน และเฉพาะเจาะจง

2. การเปรียบเทียบผลการใช้ กระบวนการประชุม เพื่อระดมความคิดอย่าง มีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ (AIC) ต่อความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ หลังการประชุม เพื่อระดมความคิดอย่าง มีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ (AIC) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ เพิ่มขึ้น เฉลี่ยเท่ากับ

33.40 คะแนน ระดับความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงซึ่งเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการประชุมเพื่อระดมความคิดอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ (AIC) คิดเป็นร้อยละ 63.33 รองลงมาคือความรู้ในระดับปานกลาง ซึ่งลดลงจากก่อนทดลอง คิดเป็นร้อยละ 33.67 เมื่อเปรียบเทียบเห็นได้ชัดเจนว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยความรู้ สูงกว่า ก่อนดำเนินการประชุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2) เป็นการสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ การให้ความรู้แก่บุคคล เป็นการส่งเสริมให้เกิดความรู้ และทักษะในการปฏิบัติตัว ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น (Jenkins, 1980 โดยปกติแล้วการเรียนรู้ของผู้ใหญ่จะดีกว่าหนุ่มสาว ปัญหาสำคัญที่ทำให้การเรียนรู้ด้อยลงคือความเสื่อม (Decline) ซึ่งเป็นลักษณะธรรมชาติของชีวิตองค์ประกอบสำคัญคือการไม่ได้ใช้ (Disused) โรคภัยไข้เจ็บ (Disease) และการขาดความสนใจ (Disinterest) (Day, 1971 อ้างใน สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2550) ดังนั้นกิจกรรมการให้ความรู้ในวัยผู้ใหญ่ควรคำนึงถึงการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่

การให้ความรู้ตามโปรแกรมที่กำหนดขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วย ขั้นตอนการประชุมเพื่อระดมความคิด การปรับความเข้าใจและให้ความรู้เพิ่มเติมโดยการบรรยายประกอบภาพพลิก มีผลทำให้ความรู้ในกลุ่มตัวอย่างเพิ่มสูงขึ้น การให้ความรู้หลากหลายวิธี ตลอดจนการนำสื่อการสอนมาใช้ประกอบจะส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และเกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น นับเป็นการให้ความรู้แบบสองทาง(two-way communication) เรื่องที่ให้ความรู้มีเนื้อหาเฉพาะเจาะจงกลุ่ม เป็นเรื่องที่ทุกคนต้องเผชิญ สอดคล้องกับแนวคิดที่กล่าวว่าผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้ดีในเรื่องที่ตรงกับความสนใจ ความต้องการของตน เทคนิควิธีการที่ใช้ต้องเหมาะสม เช่นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของการเรียนการสอน มีการกระตุ้นให้ผู้เรียนนำเอาประสบการณ์มาใช้ กล่าวคือการประชุมที่ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมการประชุมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความรู้ แนวคิด ประสบการณ์ข้อมูลซึ่งกันและกัน ร่วมมองปัญหา ร่วมกำหนดเป้าหมายที่ต้องการ ร่วมหาแนวทางปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนด ร่วมรับผิดชอบกิจกรรม และร่วมวางแผนในการทำกิจกรรม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation หรือ A) ขั้นตอนการสร้างแนวทางในการพัฒนา (Influence หรือ I) และขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control หรือ C) (อรพินท์ สฟโชคชัย, 2547)

จะเห็นว่าในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการ AIC สามารถทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมเกิดการเรียนรู้ รับรู้ข้อมูล แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน แล้วนำไปสู่การปฏิบัติดังผลการศึกษาของอัญชลี จุติดำรงพันธ์ (2539) ที่ประชุมโดยใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่ม (ขั้นตอน AIC) มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีและความตั้งใจมาตรวจมะเร็งปากมดลูก ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ หลังการประชุม เพื่อระดมความคิดอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ (AIC) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เฉลี่ยเท่ากับ 66.97 คะแนน ส่วนใหญ่การปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นมาอยู่ ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 76.66 และมีคะแนนในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 23.34 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบเห็นได้ชัดเจนว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยการ

ปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนดำเนินการประชุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า .001 (ตารางที่ 3) เป็นการสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้

ผลการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ที่กำหนดขึ้น สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่าง เกิดความรู้ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงเมื่ออยู่ในวัยชรา ปัญหาที่พบ และแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้เกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น เป็นวิธีการที่สอดคล้องกับการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาร่วมหาแนวทางเพื่อนำไปสู่วัตถุประสงค์ ร่วมรับผิดชอบ ร่วมวางแผนกิจกรรมนั้นๆ หัวข้อสำคัญที่ให้ตรงกับความต้องการและสนใจ มีการปรับความเข้าใจและความรู้เพิ่มเติม เพื่อให้ความรู้ที่ได้ถูกต้องสามารถนำไปปฏิบัติแล้วเกิดผลดียิ่งขึ้น การสาธิตการออกกำลังกายแบบรำไม้อพลอง การนวดพื้นฐาน เป็นแนวทางในการปฏิบัติในรูปแบบที่ง่าย เพราะเมื่อบุคคลได้รู้ก็จะเกิดการเรียนรู้จึงเลือกปฏิบัติในสิ่งที่คิดว่าดี และมีคุณค่าต่อตนเอง เพราะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้และทัศนคติของบุคคลเป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่ทงทนถาวร จากการศึกษาของ อัญชลี จุติดำรงพันธ์ (2539) ที่ประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่ม (ตามแนวคิด AIC) ในการส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35-59 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น ส่วนการกระตุ้นเตือนนั้น มีความสำคัญเพราะเป็นการทบทวนความรู้ และส่งเสริมการปฏิบัติที่ดี ต่อเนื่อง โดยเฉพาะในวัยสูงอายุควรมีการกระตุ้นเตือนซ้ำๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ กันนิษฐา มาหิ์ม (2545) ศึกษาการใช้การประชุมเพื่อระดมความคิดอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ (AIC) ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาลักษณะขาดสารอาหารในเด็ก 0-5 ปี อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการ AIC ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังของชุมชน ก่อให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชน ชุมชนสามารถนำกิจกรรมหรือโครงการจากการประชุมไปปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาทุกโภชนาการเด็ก 0-5 ปี โดยพบว่าน้ำหนักและภาวะ โภชนาการกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างจากก่อนดำเนินโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้การประชุมเพื่อระดมความคิดอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ (AIC) สามารถทำให้ผู้เข้าร่วมประชุม มีความรู้ และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในวัยสูงอายุสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย

เนื่องจากภาวะประชากรผู้สูงอายุมากขึ้นทั้งปริมาณและสัดส่วนส่งผลกระทบโดยตรงทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัวและชุมชนประกอบกับผลการศึกษาในครั้งนี้ ปัญหาที่ผู้สูงอายุที่ศึกษาให้ความสำคัญมากที่สุด คือปัญหาเรื่องเศรษฐกิจของครอบครัว ในกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดแนวทาง หรือจัดกิจกรรม โครงการเสริมสร้างศักยภาพในการสร้างรายได้แก่ตนเองหรือครอบครัวของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตในวัยชรา

2. ด้านการปฏิบัติการ

2.1 ในการทำงานบริการสาธารณสุข เน้นงานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วย การสร้างเสริมสุขภาพที่ได้ผล ควรเน้นชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดเป้าหมายของชุมชน และหาแนวทางปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมาย โดยบุคลากรเป็นผู้เอื้ออำนวย ผสมผสานหลักวิชาการให้ ดังนั้นการนำแนวคิดการประชุมเพื่อระดมความคิดอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ จึงเป็นกลวิธีการให้ความรู้แก่ประชาชนในงานบริการสาธารณสุขอีกรูปแบบหนึ่ง

2.2 จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในสัดส่วนที่น้อย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ควรหาวิธีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของวัยสูงอายุทั้งในระดับบุคคล และครอบครัวที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ด้านการศึกษา

การจัดการเรียนการสอนควรจัดให้นักศึกษา ได้มีโอกาสเรียนรู้กระบวนการสร้างความรู้และแนวทางปฏิบัติอย่างยั่งยืนและสอดคล้องความรู้เรื่องการประยุกต์ใช้กระบวนการประชุมเพื่อระดมความคิดอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ ในหลักสูตรการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน หัวข้อชุมชนเข้มแข็ง เพื่อนำไปใช้ได้ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงสำรวจ ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย หรือผู้สูงอายุทั่วประเทศ เพื่อทราบระดับความรู้และการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในปัจจุบันเพื่อนำมาวางรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในวัยสูงอายุต่อไป
2. ควรมีการวิจัยเปรียบเทียบเกี่ยวกับกลวิธีเพิ่มความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในวัยสูงอายุหลากหลายวิธี เพื่อหาวิธีที่เหมาะสมและคุ้มค่า
3. ควรมีการนำรูปแบบการประยุกต์ใช้กระบวนการประชุมเพื่อระดมความคิดอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ ไปใช้ในกลุ่มเป้าหมายอื่นหรือกลุ่มเสี่ยงอื่น เช่น กลุ่มเบาหวานและความดันโลหิตสูง กลุ่มวัยทอง กลุ่มเด็กทุพโภชนาการ และกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ
4. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ ขอขอบคุณ ดร.เกศินี สราญฤทธิ์ชัย, รศ.ดร. สมจิต แคนสีแก้ว, และดร.ปริญญ์ จันทิมา ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และกำลังใจอย่างต่อเนื่อง และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินกระบวนการวิจัยและให้ข้อมูลจนผลงานวิจัยสำเร็จ ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครขอนแก่นที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กัณนิษฐา มาเห็ม. (2545). การประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC ในการแก้ไขปัญหาพหุโภชนาการเด็ก 0-5 ปี อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชชัย วรพงษ์ธร. (2538). รูปแบบการวิจัยทดลองประยุกต์สำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ สุขภาพ. กรุงเทพฯ: เอช-เอน การพิมพ์.
- นภาพร ชโยวรรณ และคณะ. (2551). สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย 2551. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2531). พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุยืนยาวและแข็งแรง (รายงาน ผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประเวศ วะสี. (2535). บนเส้นทางชีวิตตอน 58: เอ ไอ ซี (AIC). วารสารหมอชาวบ้าน, 14(161), 60-64.
- พลสันต์ โพธิ์ศรีทอง. (2539). การนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาทำให้เกิดพลังสร้างสรรค์ในการ แก้ปัญหาและพัฒนาวิถีไทย. วารสารข้าราชการ, 41(3), 35-39.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร เล็ก สมบัติ และระพีพรรณ คำหอม . (2536). การศึกษาศักยภาพของปัจจัยเกื้อหนุนทาง สังคมที่มีต่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ แห่ง มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริพร จิรวัดนุกูล. (2537). ทบทวนวรรณกรรมเรื่องภาวะสุขภาพและอนามัยผู้สูงอายุ. ขอนแก่น: คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์. (2539). ศรีสังคม. กรุงเทพฯ: ครุสภาลาดพร้าว.
- สุริย์ กาญจนวงศ์. (2545). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเด็นการมีภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเอง เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: แอล ที เพรส.
- สุรกุล เจนอบรม. (2534). วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และ ไพบูลย์ สิริยะวงศ์ไพศาล. (2550). ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. (2550). จิตวิทยาการเรียนรู้ในวัยผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขแห่งชาติ. (2550). สถานการณ์แนวโน้มในแผน 10 ด้านสาธารณสุข (2550-2554). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2553). สถิติข้อมูลและความหนาแน่นของประชากรสูงอายุ ปี พ.ศ. 2553. เข้าถึงเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2554, จาก <http://www.oppo.opp.go.th/pages/statistics/statistics.html>
- อัญชลี จุติดำรงพันธ์. (2539). การประยุกต์ใช้ความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มในการ ส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอพรมคีรี จ. นครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรพินท์ สบโชคชัย. (2537). *คู่มือการจัดประชุมเพื่อระดมความคิดในการพัฒนาหมู่บ้าน โดยพลังประชาชน*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.

Berman., R., & Iris, M. (1998). Approaches to self-care in late life. *Qualitative Health Research*, 8(2), 224-236.

Dayton, I.B., Saengtienchai, C., Kespichayawattana, J., & Aungsuroch, Y. (2004).

Measuring Psychological Well-Being: Insights from Thai Elders. *The Gerontologist*, 44(5), 596-604.

Jenkins, C. D. (1980). *Diagnosis and Treatment of Behavioral Burriers to Good Health*. New York: Century-Crafts.

Kawamoto, R., Yoshida, O., Oka, Y., & Kodama, A. (2005). Influence of living alone on emotion well-being in community-dwelling elderly persons. *Geriatrics and Gerontology International*, (5), 152-158.

Kongin, W. (1998). *Self-care of the Thai Elderly*. Retrieved October 28, 2006, from <http://ebook.thailis.or.th/irweb/cgibin/irweb.exe?op=dsp&cat=sub&lang=0&db=irmain&pat=Gerontology&cat=sub&skin=j&lpp=32&catop=&scid=zzz&bid=54>.