

ประสิทธิผลการประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC ต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง
ของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

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

กัณนิษฐา มาหิ์มพย.ม.*

พัฒน์ ศรีโอยษฐ์พย.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลการประยุกต์ใช้ กระบวนการ AIC ต่อความรู้ และ พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน โดยได้รับความรู้และแนวทางการปฏิบัติตัว จากการประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC จำนวน 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 2 วัน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้ และ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและ หลังการประชุม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากประชุมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการประชุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับเรื่องเศรษฐกิจเฉพาะ ตนครอบครัว และภาวะสุขภาพในวัยเสื่อมตามลำดับ ดังนั้นการให้ความรู้โดยการประยุกต์ใช้ กระบวนการ AIC ที่มีการปรับความเข้าใจ ให้ความรู้เพิ่มเติม ประสบความสำเร็จในการเสริมสร้างให้เกิดความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ กลุ่มที่ใกล้วัย สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมและกลุ่มเสี่ยงอื่นๆเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต และคุณภาพงานบริการสาธารณสุขให้มี ประสิทธิภาพอย่างยั่งยืนต่อไป

Abstract

The objects of this quasi-experimental study were to determine the effectiveness of the application of the Appreciation, Influence, Control process (A-I-C) to improve knowledge and behavior on self-care of the older people. The participants were the older people who were over 60 years old and lived in Banped Sub-district, Muang District, Khonkaen Province. Thirty older people who were voluntary to participate in the study were recruited. A-I-C program were implemented by setting up a two days seminar. Data concerning individual's knowledge and practice for self-care were collected using questionnaires at pre-test and post-test. Data were analyzed by using paired t-test.

The results showed that knowledge and self-care practice scores of older people who attended the AIC program at post-test were significantly increased than pre-test at $p < 0.001$. Furthermore, specific topics that the older people and their families paid attention on 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

*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น

A-I-C process in the education program was effective to increase health knowledge and health practice.

Thus, AIC program should be recommended for brain storming and participation of the older people in order to promote effective knowledge, preparation, problems solving, and quality of life of the older people. In addition, AIC can promote sustainable and effective health care practice.

Keywords: AIC process; knowledge; behavior; self-care; older people

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยทำให้สัดส่วนประชากรสูงอายุไทย (60 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นร้อยละ 11.1 ในปี 2551 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 หรือจำนวนประมาณ 14.5 ล้านคนในปี พ.ศ.2568 การเปลี่ยนแปลงลักษณะนี้จะนำประเทศเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (Aging Society) ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศได้ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตประชากรโดยตรงทั้งในส่วนของ ผู้สูงอายุและประชากรวัยแรงงานที่ต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น (สำนักนโยบายและแผน สาธารณสุขแห่งชาติ, 2550) และยังมีรายงาน ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว สูงถึงร้อยละ 7.5 ในปี พ.ศ.2550 ขณะที่ ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังกับสามีภรรยา ก็เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17 และผู้สูงอายุที่อยู่กับหลานในลักษณะครอบครัว เดี่ยว เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.1 ในปีเดียวกัน นอกจากนี้ อัตราส่วนวัยแรงงาน ที่เกื้อหนุนผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลงจาก ประชากรวัยแรงงานประมาณ 6 คนที่สามารถให้การดูแลเกื้อหนุนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปหนึ่งคนในปี พ.ศ. 2550 คาดว่าจะเหลือเพียง 2 คน ต่อผู้สูงอายุหนึ่งคน ในปี พ.ศ.2573 หรือใน 20 ปีข้างหน้า นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุ มีความจำเป็นต้องอาศัยอยู่ในครอบครัวภายใต้ภาวะที่จำกัด ไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแล เงินและวัสดุอุปกรณ์ในการดูแล และยังพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 4.8 มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและรุนแรง จำเป็นต้องได้รับการดูแลจาก บุคลากรทางการแพทย์ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2550)

การดูแลตนเองเป็นการแสดงออกถึงความสามารถในการตอบสนองความต้องการของร่างกายก่อให้เกิด ความพึงพอใจในชีวิตและความเป็นอยู่ในสังคม รวมถึงการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (ชัยภัทร เกษมณี ,2550) ผู้สูงอายุที่ตระหนักและให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเองจะมีการแสวงหาข้อมูลและความรู้ต่างๆ เพื่อนำมาใช้ในการดูแลตนเองทำให้มีความพร้อมในการจัดการกับโรคประจำตัวหรือความเสื่อมถอยของร่างกายที่เกิดจากการสูงวัย (Kawamoto, Yoshida, Oka, & Kodama, 2005) คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับสังคมอย่างไรก็ดีมีการศึกษาบางส่วนพบว่าผู้สูงอายุบางรายไม่ให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเองเท่าที่ควรไม่สนใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเพราะเชื่อว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุเป็นเรื่องธรรมชาติการดูแลตนเองโดยการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพไม่สามารถช่วยให้หายจากภาวะเจ็บป่วยได้ทำให้ปัญหาต่างๆ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพทวีความรุนแรงขึ้น (Berman & Iris, 1998) และจากการศึกษาของนภาพร ชโยวรรณ (2551) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 80 คิดว่าควรมีการเตรียมความพร้อมเพื่อวัยสูงอายุ แต่ผลการสำรวจเกี่ยวกับการปฏิบัติในการเตรียมด้านการเงิน การเตรียมผู้ดูแลในอนาคต และการเตรียมการในช่วงอายุ 55 ปีในการศึกษาเดียวกันนี้พบว่า มีเพียงร้อยละ 49.5 46.6 และ 46.5 ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวทางหรือวิธีการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผ่านมา ที่มีการเสริมสร้างสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

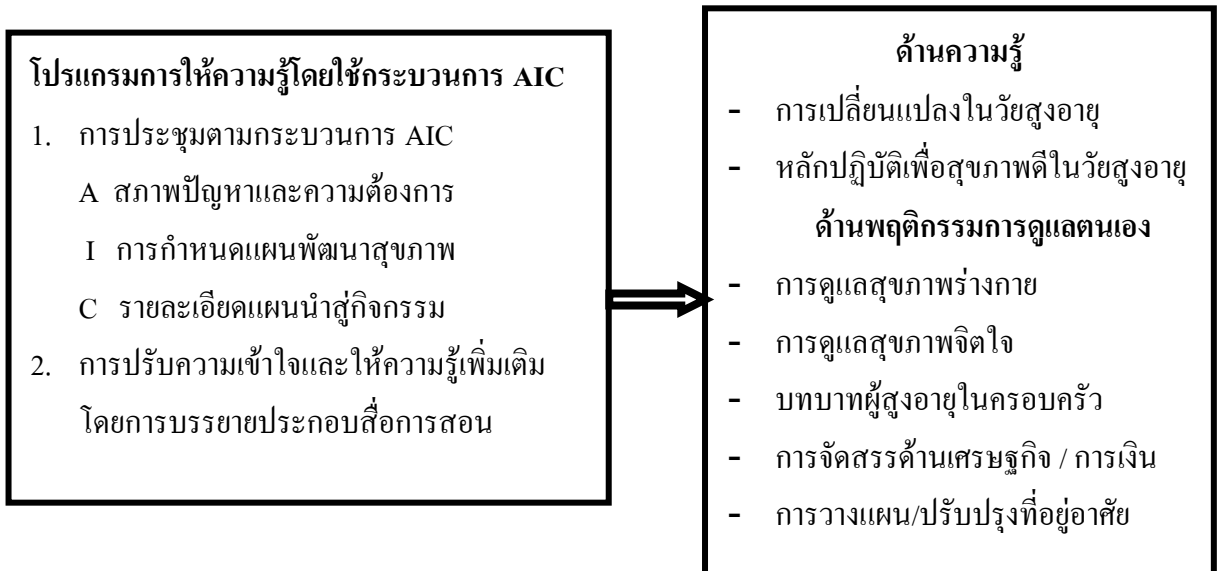
ร่วม และสร้างศักยภาพในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ เพราะภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนหนึ่งขึ้นกับการปฏิบัติในการดูแลตนเองดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจากสถานการณ์ที่เป็นจริงตามบริบทสังคมวัฒนธรรมของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็น

กระบวนการ AIC เป็นวิธีการที่มีขั้นตอนเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนมีโอกาสสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้ แนวคิด ประสบการณ์ ข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน จะทำให้เกิดความเข้าใจสภาพปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการ และศักยภาพ ของผู้ที่เกี่ยวข้องได้ชัดเจนขึ้น มีการระดมสมองเพื่อแก้ไขปัญหา และพัฒนาในเชิงสร้างสรรค์ ซึ่งถ้าปฏิบัติตามขั้นตอนที่ประกอบไปด้วยการสร้างความรู้ (Appreciation) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence) และขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control) ผลที่ได้จากการประชุมจะมาจากความคิดของผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน(อรพินท์ สพโชคชัย ,2537)คณะผู้วิจัยซึ่งมีทักษะ และประสบการณ์ในการใช้กระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วม ในการพัฒนาสุขภาพกลุ่มบุคคลในชุมชนเป็นอย่างดี จึงมีความต้องการศึกษาวิจัยถึงประสิทธิผลการประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งพื้นที่ดังกล่าว เป็นพื้นที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่3 ในรายวิชา ปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยทุกช่วงวัยและรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษามีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัย และร่วมทำกิจกรรมในโครงการวิจัย ในพื้นที่เป้าหมาย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการจัดการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบท และพัฒนาการเรียนการสอนในรายวิชาดังกล่าวและรายวิชาที่เกี่ยวข้องในภาควิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

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 ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน เป็ดหมู 18 ในช่วงที่ทำการศึกษาระหว่างเดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2552 กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 30 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คุณสมบัติ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ ไม่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง มีสภาพร่างกายที่ไม่เป็นอุปสรรคใ้การเข้าร่วมประชุม มีการรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่และบุคคลได้ถูกต้อง สามารถโต้ตอบสื่อความหมายได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการตลอดระยะเวลาในการทำวิจัย

ขั้นตอนการวิจัย

ผู้วิจัยนัดหมายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประจำคุ้มจำนวน 6 คนเพื่อร่วมออกสำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูล (Pre-test) ก่อนดำเนินการทดลอง 1 สัปดาห์ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน จากนั้น นัดหมายวันเวลา สถานที่ จัดโครงการ ตามโปรแกรมที่กำหนด จำนวน 2 วันตามขั้นตอนของกระบวนการ A-I-C โดยมีรายละเอียดดังนี้

วันที่ 1 ขั้นตอน A (Appreciation)

- 1) ให้ผู้เข้าร่วมประชุมวาดภาพ หรือเขียนบรรยาย ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุในปัจจุบันทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ บทบาททางสังคมที่ไม่เหมาะสมหรือปัญหาเกี่ยวกับลูกหลาน ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และเรื่องที่อยู่อาศัย ลงในกระดาษ A 4
- 2) แบ่งผู้เข้ารับการอบรมออกเป็น 3 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 10 คน แต่ละกลุ่มห่างกันพอสมควร เพื่อป้องกันเสียงรบกวนซึ่งกันและกัน มีอุปกรณ์ในการเขียนเพียงพอ มีที่ปรึกษาประจำกลุ่มๆละ 1-2 คน
- 3) ให้แต่ละกลุ่มรวมภาพและรวมความคิดการมองปัญหาผู้สูงอายุของแต่ละคนในกลุ่มเป็นภาพรวมของกลุ่ม แล้วเลือกตัวแทนกลุ่มย่อย 1 คน เพื่อนำเสนอความคิดของกลุ่มต่อที่ประชุม
- 4) ตัวแทนกลุ่มย่อยนำเสนอแนวคิดของกลุ่ม มีการพูดคุยซักถามเพิ่มเติม
- 5) ผู้วิจัย และผู้ร่วมประชุม ช่วยกันสรุปปัญหาผู้สูงอายุในปัจจุบัน จากความคิดทั้ง 3 กลุ่มเป็นปัญหาผู้สูงอายุของหมู่บ้าน
- 6) ให้ผู้เข้าร่วมประชุมคิดถึงภาพผู้สูงอายุที่พึงปรารถนา ที่อยากเป็นหรือที่ต้องการ เขียนในกระดาษ A4 แล้วแยกเข้ากลุ่มเช่นเดิม
- 7) รวมภาพผู้สูงอายุที่พึงปรารถนาของแต่ละคนเป็นภาพรวมของกลุ่มแล้วเลือกตัวแทนกลุ่มละ 1 คน เพื่อนำเสนอแนวคิดของกลุ่ม
- 8) ตัวแทนกลุ่มย่อยแต่ละกลุ่มนำเสนอแนวคิดของกลุ่มมีการพูดคุยซักถามเพิ่มเติม เมื่อตัวแทนกลุ่มนำเสนอเสร็จ
- 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 เมื่อตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอเสร็จ
- 4) ผู้วิจัย และผู้ร่วมประชุม ช่วยกัน สรุปภาพความคิดกิจกรรมที่นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุ ที่พึงปรารถนา จากความคิดทั้ง 3 กลุ่มย่อย เป็นภาพรวมของหมู่บ้าน
- 5) คัดเลือกกิจกรรม 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 เน้นตามกิจกรรมที่ได้จากการประชุม โดยการบรรยายประกอบภาพพลิก มีการสาธิตการออกกำลังกาย โดยการรำไม้พลอง และการนวดเพื่อคลายเครียด ระยะเวลาสิ้นสุดการประชุม ผู้วิจัยสรุปผลการประชุมให้คำแนะนำเพิ่มเติม และนัดหมาย เก็บข้อมูลหลังการประชุม 1 เดือน (Post-test) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย ซึ่งใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดิม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ข้อมูลการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนกระบวนการดำเนินการวิจัยสิทธิในการถอนตัวจากโครงการหรือปฏิเสธให้ข้อมูล และการรักษาความลับของข้อมูลรายบุคคล การนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมของกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยส่วนที่ 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 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในด้านการส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกายจิตใจการแสดงบทบาททางสังคมการจัดสรรด้านเศรษฐกิจการเงินการปรับปรุง

วางแผนเรื่องที่อยู่อาศัย ลักษณะคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ (Rating Scale) คือ 0,1,2 คะแนนมีข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ คะแนนเต็ม 80 คะแนน แบ่งคะแนน ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ คะแนนอยู่ในช่วงต่ำกว่า 48 คะแนน ระดับปานกลางคะแนนอยู่ในช่วง 48-62 คะแนน และระดับสูง คะแนนมากกว่า 63 คะแนนขึ้นไปเครื่องมือส่วนที่ 2 และ 3 นี้ตรวจสอบคุณภาพโดยการหาความตรงตามเนื้อหา(Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คนเพื่อประเมินความสอดคล้องและความครอบคลุมของเนื้อหาตามนิยามเชิงปฏิบัติการ และสามารถวัดในสิ่งที่ต้องการวัดจากนั้นนำมาปรับเนื้อหาให้เหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้ ในส่วนที่ 3 แบบสัมพันธภาพพฤติกรรมการดูแลตนเองในวัยสูงอายุหาความเที่ยงด้วยวิธีของครอนบาค (Reliability) ได้ค่าเท่ากับ 0.78

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา โดยการหาค่าความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่าง ระหว่างคะแนนก่อนและหลังการประชุมโดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดขอบเขตความเชื่อมั่น 95% (Level of significance = 0.05) ซึ่งระดับข้อมูลตัวแปรที่ศึกษาเป็นข้อมูลในระดับ Interval Scale

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.2 ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 60-65 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 67.37 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ อยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 56.70 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด การศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 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 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง สมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 5 คนด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพแข็งแรง คิดเป็นร้อยละ 53.3 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 10.0 ได้แก่โรคเบาหวานจำนวน 2 ราย และโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1 ราย รักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 73.3 และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 86.0

ส่วนที่ 2 ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ ในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)

ระดับความรู้	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
จำนวน ร้อยละ	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

ตารางที่2จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ ก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง	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

จากตารางที่2พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40 หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมาอยู่ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 76.66 และมีคะแนนในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 23.34

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างก่อนและหลังการประยุกต์ใช้กระบวนการAIC

ตารางที่3เปรียบเทียบความแตกต่าง คะแนนเฉลี่ยความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Paired t-test	df	p-value
	N	X	SD	N	X	SD			
ความรู้	30	27.23	4.08	30	33.40	3.71	-9.50	29	<.001
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	30	55.93	10.53	30	66.97	6.22	-5.82	29	<.001

จากตารางที่3พบว่า ด้านความรู้ ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 27.23 คะแนน หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.40 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ เกี่ยวกับการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง กับหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 55.93 คะแนน หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 66.97 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบความ

แตกต่างของคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ ด้วยสถิติ Paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลอง กับหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ส่วนที่ 4 สรุปกิจกรรมการประชุมอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์

ผู้วิจัยเริ่มประชุมด้วยขั้นตอนการสร้างความรู้ (A1,A2) เป็นการรับรู้ เรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข้อมูลซึ่งกันและกันเริ่มจาก A1 มีการกำหนดประเด็นคือ รวม “ปัญหาผู้สูงอายุในปัจจุบันของหมู่บ้าน ” เป็นอย่างไร ทุกคนมีโอกาสคิดโดยไม่มีอะไรปิดกั้น 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 คัดเลือกกิจกรรมที่คิดว่าดีที่สุดทำกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ตามกระบวนการ และขั้นตอน AIC ในขั้นตอนนี้สุดท้าย กลุ่มตัวอย่างมองว่ากิจกรรมด้านเศรษฐกิจควรได้รับการยอมรับว่าสำคัญที่สุดในการทำให้ความฝันของผู้สูงอายุที่พึ่งปรารถนาสำเร็จได้ เนื่องจาก เป็นปัญหาที่ส่วนใหญ่ประสบหรือมีความต้องการอย่างชัดเจนประกอบกับมองว่ารายได้ในปัจจุบันยังไม่พอเพียงใช้จ่ายในครอบครัว รู้สึกถึงความเป็นอยู่ยังไม่สุขสบาย สอดคล้องกับผลการวิจัยที่เสนอในส่วนลักษณะประชากรด้านเศรษฐกิจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้ 500-2,000 บาทต่อเดือน เมื่อตกลงกิจกรรมดำเนินการ กลุ่มใหญ่เลือกกิจกรรมด้านเศรษฐกิจ จึงนำกิจกรรมนี้มาเขียนแผนที่คาดว่าจะดำเนินการได้ในอนาคต โดยมีแผนจัดตั้ง “กองทุนเงินออมวันละบาทสำหรับผู้สูงอายุหมู่บ้านที่ 18 ” โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการดำเนินงาน ส่วนจำนวนเงินออมในรายเดือน คณะกรรมการจะประชุมและกำหนดในภายหลังว่าจะจัดเก็บและเริ่มเมื่อไหร่ อย่างไร จากนั้นจะ ประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุทุกคนในหมู่บ้านทราบและร่วมกันดำเนินการต่อไป

การอภิปรายผล

1. การศึกษาระดับความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ

ความรู้ในการดูแลตนเองในวัยสูงอายุก่อนการประชุม เพื่อระดมความคิดอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ (AIC) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ กล่าวคือ มีคะแนนความรู้ในระดับ

ปานกลางร้อยละ 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 มีการเตรียมตัวเพื่อการดำรงชีวิตเมื่ออายุมากขึ้นเพียงร้อยละ 59.3 ส่วนใหญ่เป็นการเตรียมตัวในเรื่องทรัพย์สิน และที่อยู่อาศัย การศึกษาของ ศศิมา ทวีสิน (2538) พบว่าข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขมีการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุระดับสูงเพียงร้อยละ 47.9 เท่านั้น

การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ ก่อนการประชุม เพื่อระดมความคิดอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์(AIC) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีการปฏิบัติตัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับต่ำ และระดับสูงเท่ากัน คือร้อยละ 30ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างยังไม่ตระหนักถึงความจำเป็นในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในวัยนี้ เพราะยังขาดความรู้ความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงต่างๆหรือช่องทางในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอาจไม่เพียงพอทำให้ไม่ทราบแนวทางในการปฏิบัติที่เป็น การดูแลตนเองที่ถูกต้อง ชัดเจน และเฉพาะเจาะจง

2. การเปรียบเทียบผลการใช้ กระบวนการประชุม เพื่อระดมความคิดอย่าง มีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ (AIC) ต่อความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ

2.1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ หลังการประชุม เพื่อระดมความคิดอย่าง มีส่วนร่วมและสร้างสรรค์(AIC) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ เพิ่มขึ้น เฉลี่ยเท่ากับ 33.40 คะแนน ระดับความรู้ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูงซึ่งเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการประชุมเพื่อระดมความคิดอย่าง มีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ (AIC) คิดเป็นร้อยละ 63.33 รองลงมามีความรู้ที่อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งลดลงจากก่อนทดลอง คิดเป็นร้อยละ 33.67เมื่อเปรียบเทียบเห็นได้ชัดเจนว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยความรู้ สูงกว่า ก่อนดำเนินการประชุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า .001 2) เป็นการสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ การให้ความรู้แก่บุคคล เป็นการส่งเสริมให้เกิดความรู้ และทักษะในการปฏิบัติตัว ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น (Jenkins,1980 โดยปกติแล้วการเรียนรู้ของผู้ใหญ่จะด้อยกว่าหนุ่มสาว ปัญหาสำคัญที่ทำให้การเรียนรู้ด้อยลงคือความเสื่อม (Decline) ซึ่งเป็นลักษณะธรรมชาติของชีวิตองค์ประกอบสำคัญคือการไม่ได้ใช้ (Disused) โรคภัยไข้เจ็บ (Disease) และการขาดความสนใจ (Disinterest) (Day,1971 อ้างใน สุวัฒน์วัฒนวงศ์ , 2550) ดังนั้นกิจกรรมการให้ความรู้ในวัยผู้ใหญ่ควรคำนึงถึงการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่

การให้ความรู้ตามโปรแกรมที่กำหนดขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วย ขั้นตอนการประชุมเพื่อระดมความคิด การปรับความเข้าใจและให้ความรู้เพิ่มเติมโดยการบรรยายประกอบภาพพลิก มีผลทำให้ความรู้ในกลุ่มตัวอย่างเพิ่มสูงขึ้น การให้ความรู้หลากหลายวิธี ตลอดจนการนำสื่อการสอนมาใช้ประกอบจะส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และเกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น นับเป็นการให้ความรู้แบบสองทาง(two-way communication) เรื่องที่ให้ความรู้มี

เนื้อหาเฉพาะเจาะจงกลุ่ม เป็นเรื่องที่ทุกคนต้องเผชิญ สอดคล้องกับแนวคิดที่กล่าวว่าผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้ดีในเรื่องที่ตรงกับความสนใจ ความต้องการของตน เทคนิควิธีการที่ใช้ต้องเหมาะสม เช่นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของการเรียนการสอน มีการกระตุ้นให้ผู้เรียนนำเอาประสบการณ์มาใช้ (Knowles,1978) 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 สพโชคชัย ,2547) สอดคล้องกับ สุริย์ จันทรโมลี (2537) ที่กล่าวว่า การประชุมกลุ่ม เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ระบายความรู้สึกในประเด็นที่ระบุ ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แสวงหาข้อเท็จจริง แยกแยะความเข้าใจ ได้ใช้ความคิดพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบทุกแง่มุม เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ในระยะก่อนการประชุม มีขั้นตอนการประชุมกลุ่ม (Forming stage) และขั้นการกำหนดจุดมุ่งหมาย (Normal stage) มีการแนะนำคณะผู้ดำเนินการประชุม ชี้แจงวัตถุประสงค์การประชุม มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างทีมผู้วิจัย กับสมาชิกในกลุ่มด้วยกัน มาแรม (Marram,1978) กล่าวว่าสัมพันธภาพภายในกลุ่ม และการเข้าใจวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน ของผู้เข้าร่วมประชุม จะช่วยกระตุ้นให้สมาชิกได้ระบาย แสดงความรู้สึก ความคิดของตนเองออกมา และเมื่อเข้าสู่ระยะการประชุม ขั้นตอนการระดมความคิด (storming stage) กิจกรรมที่ได้ มาจากความคิดของทุกคนในกลุ่ม และสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของตน จึงมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติสูง จะเห็นได้ว่ากิจกรรมที่เพื่อนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่พึงปรารถนาที่กลุ่มกำหนดขึ้นมานั้น สอดคล้องกับกิจกรรมตามหลักวิชาการ ในขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติมีการแต่งตั้งคณะกรรมการและร่วมกันวางแผนกิจกรรม กำหนดรายละเอียดกิจกรรม เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ

จะเห็นได้ว่าในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการ AIC สามารถทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมเกิดการเรียนรู้ รับรู้ ข้อมูล แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน แล้วนำไปสู่การปฏิบัติดังผลการศึกษาของอัญชลี จุติดำรงพันธ์ (2539) ที่ประชุมใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่ม (ขั้นตอน AIC) มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีและความตั้งใจมาตรวจ มะเร็งปากมดลูก ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ หลังการประชุม เพื่อระดมความคิดอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์(AIC)พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เฉลี่ยเท่ากับ 66.97 คะแนน ส่วนใหญ่การปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นมาอยู่ ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 76.66 และมีคะแนนในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 23.34 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบเห็นได้ชัดเจนว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนดำเนินการประชุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า .001 (ตารางที่ 3)เป็นการสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับ ฮิลการ์ด และเบอเวอร์ (Hilgard& Bower,1996) ที่กล่าวว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดกิจกรรมหรือกระบวนการที่ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยเป็น

ผลจากสภาพการตอบสนอง ต่อ สภาพการพักผ่อน เช่นการฝึกฝน ประสบการณ์ที่ไม่ปฏิบัติตามธรรมชาติไม่ใช่ วุฒิภาวะและไม่ใช่สภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกายชั่วคราวที่เนื่องจากความเหนื่อยล้าหรืออุทธีชา

ผลการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ที่กำหนดขึ้น สามารถทำให้ กลุ่มตัวอย่าง เกิดความรู้ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงเมื่ออยู่ในวัยชรา ปัญหาที่พบ และแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง เหมาะสม ทำให้เกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น เป็นวิธีการที่สอดคล้องกับการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาหาแนวทางเพื่อนำไปสู่ วัตถุประสงค์ ร่วมรับผิดชอบ ร่วมวางแผนกิจกรรมนั้นๆ หัวข้อสำคัญที่ให้ตรงกับความต้องการและสนใจ มีการ ปรับความเข้าใจและความรู้เพิ่มเติม เพื่อให้ความรู้ที่ได้ถูกต้องสามารถนำไปปฏิบัติแล้วเกิดผลดียิ่งขึ้น การสาธิต การออกกำลังกายแบบรำไม้มพลอง การนวดพื้นฐาน เป็นแนวทางในการปฏิบัติในรูปแบบที่ง่าย เพราะเมื่อบุคคล ได้รับความรู้ก็จะเกิดการเรียนรู้จึงเลือกปฏิบัติในสิ่งที่คิดว่าดี และมีคุณค่าต่อตนเอง เพราะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้านความรู้และทัศนคติของบุคคลเป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการ ปฏิบัติที่คงทนถาวร จากการศึกษาของ ศศิมา ทวีสิน (2539) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับผู้สูงอายุใน ระดับสูง มีความต้องการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในระดับสูง ผู้ที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการเตรียมตัวเข้าวัย สูงอายุ ก่อนเกษียณอายุ มีแนวโน้มที่จะเตรียมตัวในการดำรงชีวิตเมื่อเกษียณอายุในระดับสูง สอดคล้องกับ การศึกษาของ สุมน มาคะพุด (2534) พบว่ากลุ่มทดลอง ได้รับการอบรมเรื่องการเตรียมตัวเพื่อเกษียณอายุ มี ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวและปฏิบัติในการดำเนินชีวิตหลังเกษียณอายุ สูงกว่า กลุ่มที่ไม่ได้รับการอบรมและ สูงกว่าก่อนการอบรม จากการศึกษาของ อัญชลี จุติดำรงพันธ์ (2539) ที่ประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม (ตามแนวคิด AIC) ในการส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกใน สตรีอายุ 35-59 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น ส่วนการกระตุ้นเดือนนั้น มี ความสำคัญเพราะเป็นการทบทวนความรู้ และส่งเสริมการปฏิบัติที่ดี ต่อเนื่อง โดยเฉพาะในวัยสูงอายุควรมีการ กระตุ้นเตือนซ้ำๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ กันนิษฐา มาหิ์ม (2545) ศึกษาการใช้การประชุม เพื่อระดม ความคิดอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ (AIC) ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะขาดสารอาหารในเด็ก 0-5 ปี อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการ AIC ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ของชุมชน ก่อให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชน ชุมชนสามารถนำกิจกรรมหรือโครงการจากการประชุมไปปฏิบัติ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพโภชนาการเด็ก 0-5 ปี โดยพบว่าน้ำหนักและภาวะโภชนาการกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มขึ้น และมี ความแตกต่างจากก่อนดำเนินโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้การประชุมเพื่อระดมความคิดอย่างมี ส่วนร่วมและสร้างสรรค์(AIC) สามารถทำให้ผู้เข้าร่วมประชุม มีความรู้ และมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองใน วัยสูงอายุสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย

เนื่องจากภาวะประชากรผู้สูงอายุมากขึ้นทั้งปริมาณและสัดส่วนส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัวและชุมชนประกอบกับผลการศึกษาในครั้งนี้ ปัญหาที่ผู้สูงอายุที่ศึกษาให้ความสำคัญมากที่สุด คือปัญหาเรื่องเศรษฐกิจของครอบครัว ในกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเอง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดแนวทาง หรือจัดกิจกรรม โครงการเสริมสร้างศักยภาพในการสร้างรายได้แก่ตนเองหรือครอบครัวของผู้สูงอายุเพื่อคุณภาพชีวิตในวัยชรา

2. ด้านการปฏิบัติการ

2.1 ในการทำงานบริการสาธารณสุข เน้นงานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วย การสร้างเสริมสุขภาพที่ได้ผลควรเน้นชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาการกำหนดเป้าหมายของชุมชน และหาแนวทางปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมาย โดยบุคลากรเป็นผู้เฝ้าอำนวยการ ผลิตผลงานหลักวิชาการให้ ดังนั้นการนำแนวคิดการประชุมเพื่อระดมความคิดอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ จึงเป็นกลวิธีการให้ความรู้แก่ประชาชนในงานบริการสาธารณสุขอีกรูปแบบหนึ่ง

2.2 จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในสัดส่วนที่น้อย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ควรหาวิธีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของวัยสูงอายุทั้งในระดับบุคคล และครอบครัวที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ด้านการศึกษา

การจัดการเรียนการสอนควรจัดให้นักศึกษา ได้มีโอกาสเรียนรู้กระบวนการสร้างความรู้และแนวทางปฏิบัติที่ยั่งยืนและสอดคล้องกับความรู้เรื่องการประยุกต์ใช้กระบวนการประชุมเพื่อระดมความคิดอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ ในหลักสูตรการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน หัวข้อชุมชนเข้มแข็ง เพื่อนำไปใช้ได้ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงสำรวจ ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย หรือผู้สูงอายุทั่วประเทศ เพื่อทราบระดับความรู้และการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในปัจจุบันเพื่อนำมาวางรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในวัยสูงอายุต่อไป

2. ควรมีการวิจัยเปรียบเทียบเกี่ยวกับกลวิธีเพิ่มความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในวัยสูงอายุหลากหลายวิธี เพื่อหาวิธีที่เหมาะสมและคุ้มค่ากว่า

3. ควรมีการนำรูปแบบการประยุกต์ใช้กระบวนการประชุมเพื่อระดมความคิดอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ ไปใช้ในกลุ่มเป้าหมายอื่นหรือกลุ่มเสี่ยงอื่น เช่นกลุ่มเบาหวานและความดันโลหิตสูง กลุ่มวัยทอง กลุ่มเด็กทุพโภชนาการ และกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ

4. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ ขอขอบคุณ ดร.เกศินี สราญฤทธิชัย , รศ.ดร. สมจิต แคนสีแก้ว , และดร.ปริญญ์ จันทิมา ที่ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และกำลังใจอย่างต่อเนื่อง และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือใน

การดำเนินการระบวนการวิจัยและให้ข้อมูลจนผลงานวิจัยสำเร็จ ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
ขอนแก่นที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กัณนิษฐา มาเห็ม. (2545).การประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC ในการแก้ไขปัญหาทพโภชนาการเด็ก
0-5 ปี อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
การพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธวัชชัย วรพงศธร. (2538).รูปแบบการวิจัยทดลองประยุกต์สำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์
สุขภาพ. กรุงเทพฯ:เอช-เอน การพิมพ์.
- นภาพร ชโยวรรณ และคณะ. (2551).สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย2551. 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.
_____. (ม.ป.ป.). การรวมพลังสร้างสรรค์องค์การ: AIC. ม.ป.ท.
- พลสันต์ โพธิ์ศรีทอง. (2539). การนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาทำให้เกิดพลังสร้างสรรค์ในการ
แก้ปัญหาและพัฒนาวิถีไทย. วารสารข้าราชการ,41(3), 35-39.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชรเล็ก สมบัติ และระพีพรรณ คำหอม . (2536).การศึกษาศักยภาพของปัจจัยเกื้อหนุนทาง
สังคมที่มีต่อการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ แห่ง มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2537). ทบทวนวรรณกรรมเรื่องภาวะสุขภาพและอนามัยผู้สูงอายุ. ขอนแก่น: คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์.(2539).ศรีสังคม.กรุงเทพฯ: ครุสภาลาดพร้าว.
- สุรีย์ กาญจนวงศ์.(2545).คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเด็นการมีภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเอง
เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ(รายงานผลการวิจัย).กรุงเทพฯ:แอล ที เพรส.
- สุรกุล เจนอบรม.(2534).วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และ ไพบูลย์ สิริยะวงศ์ไพศาล.(2550).ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในไทย. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์
กระทรวงสาธารณสุข.
- สุวัฒน์วัฒน์วงศ์.(2550).จิตวิทยาการเรียนรู้ในวัยผู้ใหญ่.กรุงเทพฯ: โอเดียนส โตร์.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขแห่งชาติ.(2550). สถานการณ์แนวโน้มในแผน 10ด้านสาธารณสุข
(2550-2554). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2553). สถิติข้อมูลและความหนาแน่นของประชากรสูงอายุ ปี พ.ศ.2553.
เข้าถึงเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2554, จาก<http://www.oppo.opp.go.th/pages/statistics/statistics.html>

- อัญชติ จุติดำรงพันธ์.(2539).การประยุกต์ใช้ความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มในการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอยะนิง จ.นครศรีธรรมราช. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสมาธิ, นครศรีธรรมราช.
- วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพินท์ สบโชคชัย. (2537).คู่มือการจัดประชุมเพื่อระดมความคิดในการพัฒนาหมู่บ้านโดยพลังประชาชน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- Berman., R., & Iris, M. (1998).Approaches to self-care in late life.*Qualitative HealthResearch*, 8(2), 224-236.
- Dayton, I.B., Saengtienchai, C., Kespichayawattana, J.,&Aunguroch, Y. (2004). Measuring Psychological Well-Being:Insights from Thai Elders. *The Gerontologist*,44(5), 596-604.
- Jenkins, C., D., Diagnosis and Treatment of Behavioral Burriers to good health. In Publish Health and Preventive Medical. New York: Century-Crafts, 1980.
- 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>.