

ประสิทธิผลการประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C ต่อการดูแลตนเอง
ของผู้สูงอายุ บ้านโคกฟืนโปง ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัด ขอนแก่น*

The Effectiveness of the A-I-C Process in Elderly Self-Care Kogfunpong Village,
Banped Sub-district, Mueang District, Khonkaen Province

กัณนิษฐา มาเหิม พย.ม. **

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษา ประสิทธิภาพการให้ความรู้โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C (Appreciation – Influence – Control) ต่อการดูแลตนเอง ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป หมู่ที่ 4 บ้านโคกฟืนโปง ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน ซึ่งได้รับความรู้และแนวทางการปฏิบัติตัวโดยการประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C จำนวน 2 วัน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้ และการปฏิบัติตัว เกี่ยวกับการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ ก่อนและหลังการประชุม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย (t-test for dependence sample)

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากประชุมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ สูงกว่าก่อนการประชุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ผลการประชุมพบว่า ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับเรื่องเศรษฐกิจเฉพาะตนและครอบครัวเป็นอันดับหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ในระดับที่ต่ำ เฉลี่ย 806.60 บาทต่อเดือน รองลงมาให้ความสำคัญกับภาวะสุขภาพในวัยเสื่อม และโรคประจำตัว กิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้ตัดสินใจร่วมกัน ว่าควรมีการจัดทำคือ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้าน และจัดกิจกรรมในชมรมอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีแนวคิด ว่า ปัญหาอื่น ๆ ตัวผู้สูงอายุและครอบครัวต้องแก้ไขร่วมกัน ซึ่งเป็นปัญหาเฉพาะรายบุคคล โดยนำความรู้จากการประชุมในครั้งนี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับตนเอง และ ครอบครัว ดังนั้นการให้ความรู้โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C ที่มีการปรับความเข้าใจ ให้ความรู้เพิ่มเติม ประสบความสำเร็จในการเสริมสร้างให้เกิดความรู้ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในวัยสูงอายุที่ถูกต้อง จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถนำไปใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ กลุ่มที่ใกล้ชิดสูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพอื่นๆเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต และคุณภาพงานบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: กระบวนการA-I-C การดูแลตนเอง ผู้สูงอายุ

Abstract

The objects of this quasi-experimental study were to determine the effectiveness of the application of the A-I-C process (Appreciation- Influence- Control) in an elderly self-care, this program for the person age over 60 years old in Kongfunpong Village, Banped Sub-district, Mueang District, Khonkaen Province. Purposive sampling was used to select 30 subjects for the study who have been living in this village. The subjects participated in the A-I-C program for two days. The data collected by interviewed concerning knowledge and practice for self-care, were collected before commencement of the program, and again after completion of the programs (one group pretest –posttest design) the data was analyzed by the t-test for dependence sample .

The results of the study shown that, the subjects participated in the A-I-C program, knowledge and practice of elderly self- care after were higher than before conference at the 0.001 level of significance. The subjects concerned in

* สนับสนุนทุนโดย สมาคมพยาบาล ฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภาควิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

individual or family economy and their health status respectively, because they were low incomes and illness. After holding the conference, the outcomes of the implementation of the projects to stimulated geriatric club of their village. In conclusion, application of the A-I-C process in an education program is more effective at increasing knowledge and practice than before education program, this program applying the A-I-C process for teaching elderly group, elderly preparation group and other groups is recommended for use in the public health and public health service to sustainable and efficiency.

Key words: A-I-C process, self-care, elderly

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย ทำให้สัดส่วนประชากรสูงอายุไทย (60 ปีขึ้นไป) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.1 ในปี 2551 และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 20 หรือจำนวนประมาณ 14.5 ล้านคนในปี 2568 การเปลี่ยนแปลงลักษณะนี้จะนำประเทศเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (Aging Society) ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศได้ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตประชากรโดยตรงทั้งในส่วนของผู้สูงอายุและประชากรวัยแรงงานที่ต้องแบกรับภาระการเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น^{1,2} ทั้งนี้ นอกจากอัตราการเพิ่มอย่างรวดเร็วแล้ว ผู้สูงอายวยังมีอายุที่ยืนยาวขึ้น ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุตอนปลายหรือผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 10 ในปี 2551 เป็นร้อยละ 12 ในปี 2573 ทั้งนี้ในปี 2550 มีผู้สูงอายุที่ต้องมีผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันร้อยละ 10.9 ของผู้สูงอายุทั้งหมดและอีกร้อยละ 1.1 ต้องการผู้ดูแลแต่ไม่มี นอกจากนี้ร้อยละ 2.2 ของผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุด้วยกัน (80 ปีขึ้นไป) ซึ่งต้องทุกข์ทรมานและเจ็บป่วยตามมา จากการเป็นผู้ดูแล ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมาก (ประมาณ 60,000-80,000 คน) ต้องเผชิญกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ประสิทธิภาพสุขภาพหรือพิการต้องพึ่งพิงผู้อื่น³

การดูแลตนเองเป็นการแสดงออกถึงความสามารถในการตอบสนองความต้องการของร่างกาย ก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตและความเป็นอยู่ในสังคมรวมถึงการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ผู้สูงอายุที่ตระหนักและให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเองจะมีการแสวงหาข้อมูลและความรู้ต่างๆ เพื่อนำมาใช้ในการดูแลตนเอง ทำให้มีความพร้อมในการจัดการกับโรคประจำตัวหรือความเสื่อมถอยของร่างกายที่เกิดจากการสูงวัย⁴ คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับสังคม อย่างไรก็ตาม การศึกษาบางส่วนพบว่าผู้สูงอายุบางรายไม่ให้ความสำคัญต่อการดูแลตนเองเท่าที่ควร ไม่สนใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตน เพราะเชื่อว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุเป็นเรื่องธรรมชาติ การดูแลตนเองโดยการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพไม่สามารถช่วยให้หายจากภาวะเจ็บป่วยได้ ทำให้ปัญหาต่างๆ โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพที่ความรุนแรงขึ้น⁵ จึงกล่าวได้ว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนหนึ่งขึ้นกับการให้ความสำคัญในการดูแลตนเอง ดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจากสถานการณ์ที่เป็นจริงตามบริบทสังคมวัฒนธรรมของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทีมสุขภาพ

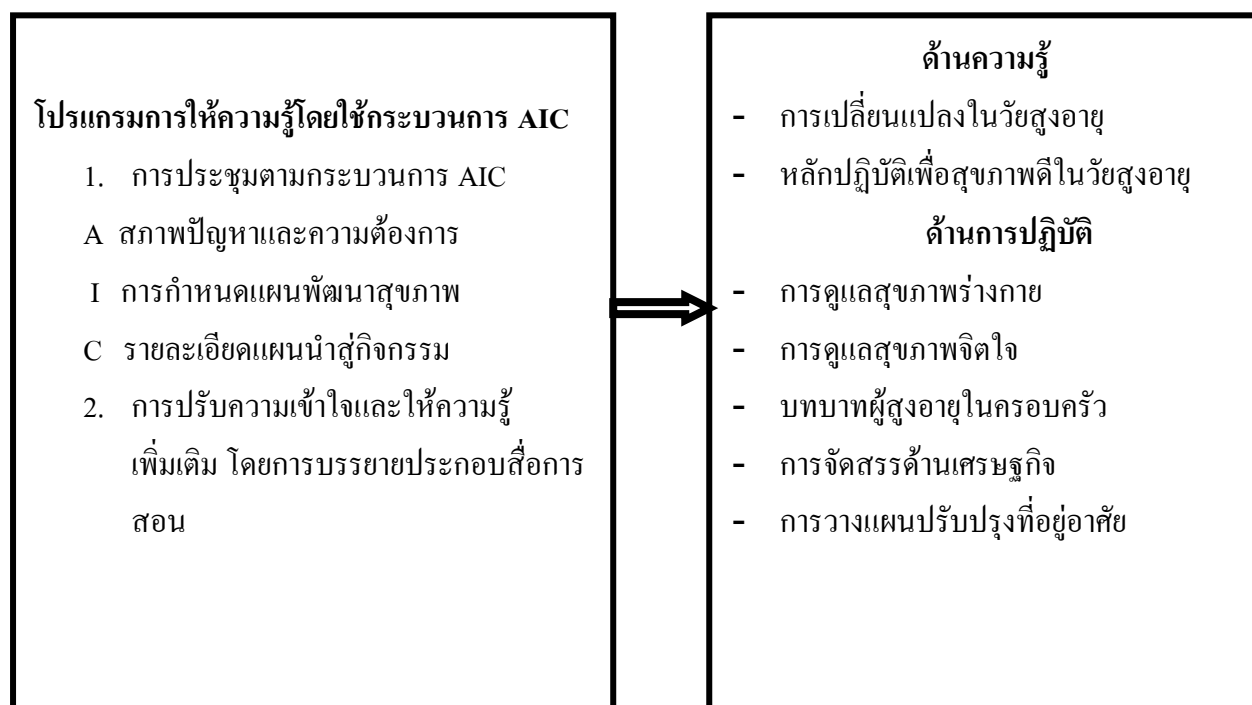
การประชุมเพื่อระดมความคิดอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ (กระบวนการ A-I-C) เป็นวิธีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมประชุม ในการกำหนดทิศทาง การพัฒนาตนเอง ร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ค้นหาปัญหา สร้างจินตนาการ การพัฒนาวางแผนอนาคต ร่วมคิดหาแนวทาง และตัดสินใจคัดเลือกแนวทางพัฒนา ซึ่งถือได้ว่าเป็นวิธีการแก้ปัญหาเชิงสร้างสรรค์ นำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาผสมผสานกับหลักวิชาการ อันจะทำให้ประชาชนเข้าใจปัญหาของตนเอง และดูแลตนเองได้ระดับหนึ่ง^{6,7,8,9} ดังนั้นแนวคิดกระบวนการ A-I-C น่าจะเหมาะสมที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อให้มีความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน และเป็นการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อให้การดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ ผู้วิจัยซึ่งมีทักษะและประสบการณ์ในการใช้กระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วม ในการพัฒนาสุขภาพกลุ่มบุคคลในชุมชนเป็นอย่างดี ประกอบวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในหมู่บ้านเป้าหมายยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยจึงจัดกิจกรรมให้ความรู้โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C แก่ผู้สูงอายุ บ้าน

โลกฟีนโปง ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัด ขอนแก่น ซึ่งพื้นที่ดังกล่าว เป็นพื้นที่ศึกษาปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล ศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ในรายวิชา การพยาบาลครอบครัวและชุมชน 1 โดยในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นักศึกษามีส่วนร่วมในการ ดำเนินการวิจัย และร่วมทำกิจกรรมในโครงการวิจัย ในพื้นที่เป้าหมาย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการจัดการบริการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบท และพัฒนาการเรียนการสอนในรายวิชาดังกล่าวและรายวิชาที่เกี่ยวข้องในภาค วิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C
2. ศึกษาเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มวัด 2 ครั้ง ก่อนและหลังการ ประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C (Pretest-Posttest One Group Design) เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยอยู่ในหมู่ ที่ 4 บ้านโลกฟีนโปง ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ในช่วงที่ทำการศึกษาระหว่างเดือน มิถุนายน - ตุลาคม 2553 ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 59 คน จากนั้น คัดเลือกแบบ เจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ ได้แก่ ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรง มีสภาพร่างกายที่ ไม่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการประชุม มีการรับรู้เกี่ยวกับ เวลา สถานที่ และบุคคลได้ถูกต้อง สามารถได้ตอบสนอง ความหมายเข้าใจได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการตลอดระยะเวลาในการทำวิจัยได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1)แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป คำถามเป็นลักษณะเลือกตอบ และเติมข้อความ จำนวน 18 ข้อ 2) แบบสัมภาษณ์ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองในวัยสูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ตามธรรมชาติในวัยสูงอายุ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมทั้งแนวทางการดูแลสุขภาพอนามัยเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ

และป้องกันการเจ็บป่วย ลักษณะคำถามปลายเปิด แบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 25 ข้อ 3) แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองในวัยสูงอายุ ข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การแสดงบทบาททางสังคม การจัดสรรด้านเศรษฐกิจการเงิน การปรับปรุงวางแผนเรื่องที่อยู่อาศัย ลักษณะคำถามปลายเปิด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ

การทดสอบเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านกระบวนการ A-I-C จำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไข เพื่อความเหมาะสมของภาษา ความชัดเจนด้านเนื้อหา จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หากความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.80 ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการจัดประชุม โดยใช้กระบวนการ A-I-C ประกอบด้วย 1) แผนการประชุมที่ใช้กระบวนการประชุมเพื่อระดมความคิดอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ 2) แผนการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองในวัยสูงอายุ 3) ภาพพลิกประกอบการให้ความรู้ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง นำเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบเนื้อหา การนำเสนอภาพ และภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 5 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ ความชัดเจน ความคิดเห็นตลอดจนความเข้าใจ และทักษะในกระบวนการประชุม ของผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัย

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการจัดประชุมตามกระบวนการ A-I-C โดยผู้วิจัยเขียนแผนการประชุม ซึ่งแจ้งทำความเข้าใจในแต่ละขั้นตอนแก่ผู้ช่วยนักวิจัย และนัดหมายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อออกสำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูล กับกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการประชุม 1 สัปดาห์ (Pre-test) จากนั้น นัดหมายวันเวลา สถานที่ จัดโครงการ ตามโปรแกรมที่กำหนด จำนวน 2 วัน ตามขั้นตอนของกระบวนการ A-I-C

ระยะที่ 2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย จัดประชุมตามกระบวนการ A-I-C ณ ศาลาวัดบ้านโคกหินโปง เป็นระยะเวลา 2 วัน โดยผู้วิจัยได้ปรับความเข้าใจ และให้ความรู้เพิ่มเติม เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองในวัยสูงอายุและการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ ของวัยสูงอายุ ซึ่งเนื้อหาสอดคล้องกับผลสะท้อนจากคิดของกลุ่มตัวอย่างจากการประชุม โดยการบรรยายประกอบภาพพลิก สาธิตกิจกรรมโดยกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วม ก่อนสิ้นสุดการประชุม ผู้วิจัยสรุปผลการประชุมให้คำแนะนำเพิ่มเติม

ระยะที่ 3 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังการประชุม 1 เดือน (Post-test) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย ใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดิม และสังเกตพฤติกรรมที่สอดคล้องกับความรู้และแนวทางการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) และสถิติวิเคราะห์ (Analytical statistic) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ในวัยสูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังการประชุม โดยใช้สถิติเชิงสัมพันธ์ (Paired-Sample t-test) กำหนดขอบเขตความเชื่อมั่น 95% (Level of significance = 0.05)

จริยธรรมการวิจัย เป็นสิ่งสำคัญที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยตระหนักและให้ความสำคัญ จึงต้องมีการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ร่วมโครงการวิจัยทุกขั้นตอน ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลและผลการวิจัยเป็นการนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 70.70 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสหม้าย คิดเป็นร้อยละ 63.32 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาร้อยละ 86.7 ข้อมูลด้านเศรษฐกิจพบว่ากลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 53.31 และมีรายได้ในระดับต่ำ ระหว่าง 500-2,000บาทต่อเดือน เฉลี่ยเท่ากับ 806.60 บาทต่อเดือน ทุกคนได้รับเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ เดือนละ 500 บาท นอกนั้นลูกหลานให้ ใช้จ่ายในบางครั้ง และจากการประกอบอาชีพรับจ้างเล็กน้อย ซึ่งไม่พอเพียงกับความต้องการใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 43.33 บางรายมีเหลือเก็บเล็กน้อย เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ซึ่งเป็นคนดูแลการใช้จ่าย ภายในบ้าน ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องมีค่าใช้จ่ายส่วนตัว แต่บางส่วนก็สะท้อนถึงความต้องการด้านการเงินเพิ่มเติมจากบุตรหลาน เพื่อทำบุญตามที่ต้องการ และซื้อสิ่งของที่จำเป็นใช้ส่วนตัว ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกรงใจบุตรหลานที่ทำงานหาเลี้ยงครอบครัวไม่กล้าที่จะเรียกร้องขอเงิน จากบุตรหลาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง หรือคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 76.70 มีจำนวนสมาชิกร่วมบ้าน เฉลี่ย 5.13 คน

ด้านสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวสูงถึงร้อยละ 46.71 ได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจหลอดเลือดอุดตัน และนิ่ว เมื่อเจ็บป่วยจะรักษาโรคประจำตัวหรืออาการแสดง กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านเป็ดและโรงพยาบาลเวชประสิทธิ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 86.70 รักษาโดยแพทย์ทางเลือก และซื้อยารับประทานเอง คิดเป็นร้อยละ 7.32 และ 6.71ตามลำดับ ในหมู่บ้านศึกษายังไม่มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ แต่กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการที่จะจัดตั้ง และสมัครเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทุกคนเช่นหมู่บ้านใกล้เคียง นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนเข้าร่วมกิจกรรมงานประเพณีของหมู่บ้าน และมีบทบาททางสังคม เช่นการเป็นพ่อพรหมณ์ประจำหมู่บ้าน การเป็นผู้นำสวดในประเพณีต่างๆ ในเทศกาลงานบุญของหมู่บ้าน เป็นต้น

2. ระดับความรู้และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ

1) ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ พบว่าก่อน การประชุมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 16.06 คะแนน(SD=2.99) ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.67 รองลงมามีคะแนนความรู้ในระดับต่ำและระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 30.00 และ 13.33 ตามลำดับ หลังการ ประชุมกลุ่มตัวมีคะแนนเพิ่มขึ้น เฉลี่ยเท่ากับ 37.83 คะแนน (SD=2.82)ระดับความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงซึ่งเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการประชุมคิดเป็นร้อยละ56.67รองลงมามีความรู้ในระดับปานกลาง ซึ่งลดลงจากก่อนการประชุม คิดเป็นร้อยละ 43.33

2) ระดับการปฏิบัติตัว พบว่า ก่อนการ ประชุมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 31.63 คะแนน (SD=7.20) การปฏิบัติตัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 46.66 รองลงมามีคะแนนการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับต่ำ และระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 36.67 และ 16.67 ตามลำดับ หลังการประชุมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ยเท่ากับ 37.80 คะแนน (SD=4.20) ส่วนใหญ่มีคะแนนการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้นแต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 66.66 และมีคะแนนในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 33.34

3 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัว เกี่ยวกับการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ ระหว่างก่อนการทดลองและหลังการประชุม

ผลการการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัว เกี่ยวกับการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ ระหว่างก่อนและหลังการประชุม พบว่า หลังการประชุมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ สูงกว่าก่อนประชุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=<0.001) และหลังการประชุมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในวัยสูงอายุ สูงกว่าก่อนการประชุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=<0.001) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติตัว เกี่ยวกับการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ ระหว่างก่อน และหลังการประชุม

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Paired t-test	df	P-value
	N	\bar{X}	SD	N	\bar{X}	SD			
ความรู้	30	16.06	2.99	30	37.83	2.82	- 6.86	29	<.001
การปฏิบัติตัว	30	31.63	7.20	30	37.80	4.20	- 4.46	29	<.001

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า ความรู้ในการดูแลตนเองในวัยสูงอายุก่อนการประชุม โดยใช้กระบวนการ A-I-C มีคะแนนความรู้ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ อาจเนื่องจากมีโอกาสได้รับข้อมูลจากหลายแหล่ง แต่ก็ยังไม่เพียงพอในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยในผู้สูงอายุไทย มักพบว่าผู้สูงอายุไทย มากกว่าครึ่ง ไม่มีการเตรียมตัวเพื่อการดำรงชีวิตเมื่ออายุมากขึ้น ทั่วๆไปส่วนใหญ่มีความเห็นว่า การเตรียมตัวเป็นเรื่องสำคัญ^{5,10,11,12} ด้านการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ ก่อนการประชุม โดยใช้กระบวนการ A-I-C มีคะแนนเฉลี่ย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ กลุ่มตัวอย่างยังไม่ตระหนักถึงความจำเป็นในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในวัยนี้ เพราะยังขาดความรู้ ความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงต่างๆ หรือช่องทางในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอาจไม่เพียงพอทำให้ไม่ทราบแนวทางปฏิบัติ ในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง

หลังการประชุมโดยใช้กระบวนการ A-I-C พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการประชุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.001 ซึ่งการให้ความรู้แก่บุคคล เป็นการส่งเสริมให้เกิดความรู้ และทักษะในการปฏิบัติตัว ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น โดยปกติแล้วการเรียนรู้ของผู้ใหญ่จะค่อยๆ ทยอยลง ปัญหาสำคัญที่ทำให้การเรียนรู้ค่อยๆ ทยอยลงคือความเสื่อม (Decline) ซึ่งเป็นลักษณะธรรมชาติของชีวิต องค์ประกอบสำคัญคือการใช้ไม่ได้ (Disused) โรคภัยไข้เจ็บ (Disease) และการขาดความสนใจ (Disinterest) ดังนั้นกิจกรรมการให้ความรู้ในวัยผู้ใหญ่ควรคำนึงถึงการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่โดยเฉพาะ^{10, 13,14}

การให้ความรู้ตาม โปรแกรมที่กำหนดขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วยขั้นตอนการประชุมเพื่อระดมความคิด การปรับความเข้าใจและให้ความรู้เพิ่มเติมโดยการบรรยายประกอบภาพพลิก มีผลทำให้ความรู้ในกลุ่มตัวอย่างเพิ่มสูงขึ้น การให้ความรู้หลากหลายวิธี ตลอดจนการนำสื่อการสอนมาใช้ประกอบจะส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และเกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น นับเป็นการให้ความรู้แบบสองทาง (two-way communication) เรื่องที่ให้ความรู้มีเนื้อหาเฉพาะเจาะจงกลุ่ม เป็นเรื่องที่ทุกคนต้องเผชิญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด การเรียนรู้ใน ผู้ใหญ่ที่จะเรียนรู้ได้ดีในในเรื่องที่ตรงกับความสนใจ ความต้องการของตน เทคนิควิธีการที่ใช้ต้องเหมาะสม และผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของการเรียนการสอน มีการกระตุ้นให้ผู้เรียนนำเอาประสบการณ์มาใช้ การประชุม ครั้งนี้เป็น การ ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมการประชุมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความรู้ แนวคิด ประสบการณ์ ข้อมูลซึ่งกันและกัน ร่วมมองปัญหา ร่วมกำหนดเป้าหมายที่ต้องการ ร่วมหาแนวทางปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนด ร่วมรับผิดชอบกิจกรรม และร่วมวางแผนในการทำกิจกรรม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation หรือ A) ขั้นตอนการสร้างแนวทางในการพัฒนา (Influence หรือ I) และขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control หรือ C) เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ระบายความรู้สึกในประเด็นที่ระบุ ทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แสวงหาข้อเท็จจริง แยกแยะความเข้าใจ ได้ใช้ความคิดพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบทุกแง่มุม เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน ได้อย่างเหมาะสม ในระยะก่อนการประชุม มีขั้นตอนการประชุมกลุ่ม (Forming stage)

และขั้นการกำหนดจุดมุ่งหมาย (Normal stage) มีการแนะนำคณะผู้ดำเนินการประชุม ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การประชุม มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างทีมผู้วิจัย กับสมาชิกในกลุ่มด้วยกัน และการเข้าใจวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน ของผู้เข้าร่วมประชุม จะช่วยกระตุ้นให้สมาชิกได้ระบาย แสดงความรู้สึก ความคิดของตนเองออกมา และเมื่อเข้าสู่ระยะการประชุม ขั้นตอนการระดมความคิด (storming stage) เริ่มด้วยขั้นตอนการสร้างความรู้ (A1,A2) เป็นการรับรู้ เรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ข้อมูลซึ่งกันและกันเริ่มจากขั้น A1 มีการกำหนดประเด็นคือ รวม “ปัญหาผู้สูงอายุในปัจจุบันของหมู่บ้าน ” เป็นอย่างไร คำตอบคือ “ทุกข์จากการไม่มีเงินใช้ และสุขภาพไม่แข็งแรง ” ทุกคนมีโอกาสดูคิดโดยไม่มีอะไรปิดกั้น รับฟังและหาข้อสรุปร่วมกันอย่างเป็นประชาธิปไตย ทุกคนเคารพในความคิดซึ่งกันและกัน รวมความคิดทั้งหมดเป็นความคิดของกลุ่ม จะทำให้ได้มุมมองที่กว้างขึ้น ในการมองปัญหาซึ่งอาจเกิดกับตนหรือกลุ่มของตน จะเห็นได้จากปัญหาผู้สูงอายุที่กลุ่มคิดขึ้นมา ครอบคลุมปัญหาผู้สูงอายุตามหลักวิชาการทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และเรื่องที่อยู่อาศัย มีเหตุผลประกอบถึงการมองปัญหา และระบุสาเหตุของการเกิดปัญหานั้นๆ ส่วนใหญ่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงเมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ ไม่มีกำลังประกอบอาชีพ ทำให้ขาดรายได้ต้องอาศัยพึ่งพา บุตรหลาน ในขั้นตอน A2 กำหนดประเด็น คือ “ผู้สูงอายุที่พึ่งปรารถนาหรือที่อยากให้เป็นในอนาคต ” สมาชิกกลุ่มจะเกิดจินตนาการ เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการมองไปสู่นาคต นำความคิดหรือประสบการณ์ที่ได้มารวมกัน ผลที่ได้จะมาจากความคิดของคนทุกคน เป็นการกำหนดเป้าหมาย หรือตั้งวัตถุประสงค์พัฒนาตนเองร่วมกัน คำตอบจากกลุ่มคือ “ การทำสุขภาพกายและจิตให้แข็งแรง การร่วมกิจกรรมกลุ่ม และการมีรายได้เป็นของตนเอง ” ในขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (I1,I2) เป็นขั้นตอน การหาแนวทางปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่พึ่งปรารถนา หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ ในขั้นตอนนี้จะเกิดความคิดสร้างสรรค์สูง แลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน มีการกำหนดกิจกรรมที่จะทำ วิเคราะห์ความเป็นไปได้ของกิจกรรม วิเคราะห์ผลกระทบ คัดเลือกกิจกรรมที่คิดว่าดีที่สุดทำ กิจกรรมที่ได้ มาจากความคิดของคนในกลุ่ม และสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของตน จึงมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติสูง จะเห็นได้ว่ากิจกรรมที่นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่พึ่งปรารถนาที่กลุ่มกำหนดขึ้นมานั้น สอดคล้องกับกิจกรรมตามหลักวิชาการ และในขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (C1,C2) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการและร่วมกันวางแผนกิจกรรม กำหนดรายละเอียดกิจกรรมเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในชุมชนต่อไป^{15,16,17}

จะเห็นได้ว่าในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการ A-I-C สามารถทำให้ผู้เข้าร่วมประชุมเกิดการเรียนรู้ รู้ข้อมูล แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน แล้วนำไปสู่การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ หลังการประชุม มีคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบเห็นได้ชัดเจนว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนดำเนินการประชุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับน้อยกว่า 0.001 อาจกล่าวได้ว่าการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดกิจกรรมหรือกระบวนการที่ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ผลการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ที่กำหนดขึ้น สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่าง เกิดความรู้ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงเมื่ออยู่ในวัยชรา ปัญหาที่พบ และแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้เกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น เป็นวิธีการที่สอดคล้องกับการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ร่วมหาแนวทางเพื่อนำไปสู่วัตถุประสงค์ ร่วมรับผิดชอบ ร่วมวางแผนกิจกรรมนั้นๆ ประเด็นที่ได้จากการประชุมตรงกับความต้องการและสนใจ ของกลุ่ม มีการปรับความเข้าใจและความรู้เพิ่มเติม เพื่อให้ความรู้ที่ได้ถูกต้องสามารถนำไปปฏิบัติแล้วเกิดผลดียิ่งขึ้น ได้แก่การสาธิตการออกกำลังกายแบบลำไม้พลอง การนวดพื้นฐาน เป็นแนวทางในการปฏิบัติในรูปแบบที่ง่าย เพราะเมื่อบุคคลได้รับรู้ก็จะเกิดการเรียนรู้จึงเลือกปฏิบัติในสิ่งที่คิดว่าดี และมีคุณค่าต่อตนเอง เพราะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้และทัศนคติของบุคคลเป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่ทงทนถาวร^{18,19,20,21,22,23,24}

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ด้านการบริหาร เนื่องจากภาวะประชากรผู้สูงอายุมากขึ้น ทั้งปริมาณและสัดส่วนส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัวและชุมชน ปัญหาที่ผู้สูงอายุที่ศึกษาให้ความสำคัญมากที่สุด คือ ปัญหาเรื่องเศรษฐกิจของครอบครัว รองลงมาได้แก่ ปัญหาเรื่องสุขภาพอนามัย ดังนั้นรัฐบาลจึงควรตระหนักถึงการให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะบุคคลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะการออมและการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง เพื่อคุณภาพชีวิตในวัยชรา

ด้านการปฏิบัติการ ในการทำงานบริการสาธารณสุข เน้นงานสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วย การสร้างเสริมสุขภาพที่ได้ผลควรเน้นชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาการกำหนดเป้าหมายของชุมชนและหาแนวทางปฏิบัติ เพื่อบรรลุเป้าหมายโดยบุคลากรเป็นผู้เอื้ออำนวย ผสมผสานหลักวิชาการให้ ดังนั้นการนำแนวคิดการประชุมเพื่อระดมความคิดเห็นอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ จึงเป็นกลวิธีการให้ความรู้แก่ประชาชนในงานบริการสาธารณสุขอีกรูปแบบหนึ่ง

ด้านการศึกษา การจัดการเรียนการสอนควรจัดให้นักศึกษาได้มีโอกาสเรียนรู้กระบวนการสร้างความรู้และแนวทางปฏิบัติอย่างยั่งยืนและสอดคล้องความรู้เรื่องการประยุกต์ใช้กระบวนการประชุมเพื่อระดมความคิดเห็นอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ ในหลักสูตรการเรียนการสอนในรายวิชาที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ได้ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการวิจัยเชิงสำรวจ ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย หรือผู้สูงอายุทั่วประเทศ เพื่อทราบระดับความรู้และการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในปัจจุบันเพื่อนำมาวางรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และทำการวิจัยเปรียบเทียบเกี่ยวกับกลวิธีเพิ่มความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ หลากหลายวิธี เพื่อหาวิธีที่เหมาะสมและคุ้มค่ากว่า รวมทั้งควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้สูงอายุบ้าน โศกพิน โป่งทุกท่านที่ถ่ายทอดประสบการณ์จริง จากการเข้าร่วมกิจกรรม ทำให้ปรากฏการณ์ที่ศึกษามีความชัดเจน ขอขอบคุณนักศึกษาพยาบาลศาสตร์รุ่นที่ 11 และ 12 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ที่ร่วมจัดประสบการณ์ให้กับผู้สูงอายุ ขอขอบคุณ ดร.ปริยานุช จันทิมา ที่ปรึกษางานวิจัย และขอขอบคุณสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่สนับสนุนทุนในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550. จาก [http:// service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey_older50.pdf](http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey_older50.pdf). ค้นเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2553.
2. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขแห่งชาติ. สถานการณ์แนวโน้มในแผน 10 ด้านสาธารณสุข (2550-2554). กระทรวงสาธารณสุข.;2550.
3. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทยมูลนิธิสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข;2550.
4. Kawamoto, R., Yoshida, O., Oka, Y., & Kodama,A. Influence of living alone on emotion well-being in community-dwelling elderly persons. *Geriatrics and Gerontology International* 2005; 31(5): 152-158.
5. Berman, R., & Iris, M. Approaches to self-care in late life. *Qualitative Health Research* 1998; 8(2): 224-236.
6. ประเวศ วะสี. บนเส้นทางชีวิตตอน 58 : เอ ไอ ซี (AIC). วารสารหมอชาวบ้าน 2535; 14 (161),60-64.

7. อรพินท์ สบโชคชัย. คู่มือการจัดประชุมเพื่อระดมความคิดในการพัฒนาหมู่บ้านโดยพลังประชาชน. (พิมพ์ครั้งที่1) กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ;2537.
8. วีระ นิยมวัน. การประชุมทำงานอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ (A-I-C) โครงการตำราสำนักงานวิชาการ กรมอนามัย นนทบุรี: ไชเบอร์เพลสจำกัด ; 2542.
9. Organizing for Development : an international Institute. The AIC approach concepts. Washington, DC: The organizing for development : an International Institute; 1989.
10. นภาพร ชโยวรรณ และคนอื่นๆ. ครอบครัวยุคใหม่กับขั้นตอนชีวิตของผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2535.
11. บรรลุ ศิริพานิช. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุชราและแข็งแรง. รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : สถาบันประชากรและสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2531.
12. ประเสริฐ อัสสันตชัย. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: ยูเนียนครีเอชั่น; 2554.
13. ดร.ณิ บุญทาส. ประสบการณ์การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (วิทยานิพนธ์). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2551.
14. สุวัฒน์ วัฒนวงศ์.จิตวิทยาการเรียนรู้ในวัยผู้ใหญ่.กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์. ;2538. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขแห่งชาติ. สถานการณ์แนวโน้มในแผน10 ด้านสาธารณสุข (2550-2554). กระทรวงสาธารณสุข.;2550.
15. ศิริพันธุ์ สาสัดย์. การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล.พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: แอคทีฟพริ้นท์; 2551.
16. สมศักดิ์ ชุมทรัพย์. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2551. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี;2552.
17. สุกัญญา สุวรรณโณ. การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี : กรณีศึกษาตำบลนครไทย จังหวัดพิษณุโลก.ไทย (วิทยานิพนธ์). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2551.
18. Orem,D.E. Nursing:Concepts of Practice. 6th ed. St.Louis:Mosby;2001.
19. อรพินท์ สบโชคชัย. คู่มือการจัดประชุมเพื่อระดมความคิดในการพัฒนาหมู่บ้านโดยพลังประชาชน. (พิมพ์ครั้งที่1) กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ;2537.
20. Hillgard,E.R.,Bower,G.H. quoted in Prasan TiptarThe Psychology in Education. Bangkok: Thaiwattanapanich Publishing;1968.
21. Tomaka,J.,Thomson,S.,& Palacios,R. The relation of social isolation,loneliness,and social support to disease outcomes among the elderly. Journal of Aging and Health 2006; 18: 359-384.
22. Toshiko Kaneda. China's Concern Over Population Aging and Health, Population Reference Bureau.2005;83: 345-356.
23. อัญชลี จุติดำรงพันธ์. การประยุกต์ใช้ความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มในการส่งเสริมพฤติกรรมตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอพรหมคีรี จ.นครศรีธรรมราช. (วิทยานิพนธ์). มหาวิทยาลัยมหิดล ,2539.
24. กัณนิษฐา มาหิ์ม.การประยุกต์ใช้กระบวนการ AIC ในการแก้ไขปัญหาพหุโภชนาการเด็ก 0-5 ปี อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น (วิทยานิพนธ์). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล,2545.