



## การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

ชัยรัตน์ ภูซังค์ชัย วท.ม.\* ธรณินทร์ คุณแขวน พย.ม.\*  
วรภัทรา แสนเหลา พย.ม.\* เดือนเพ็ญพร ชัยภักดี กศ.ด.\*\*

(วันรับบทความ: 22 สิงหาคม พ.ศ.2562/ วันแก้ไขบทความ: 8 ธันวาคม พ.ศ.2562/ วันตอบรับบทความ: 20 มกราคม พ.ศ.2563)

### บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษา การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ: ตำบลนาฝาย อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเลือกแบบเจาะจง มี 2 กลุ่ม คือกลุ่มขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน และกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 100 คน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Kemmis and McTaggart (1990) คือ 1. การวางแผน (Plan) โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม 2. การปฏิบัติตามแผนที่ได้กำหนด (Act) 3. การสังเกตผลก่อนและหลังการปฏิบัติการ (Observe) 4. การสะท้อนผล (Reflect) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งหมด 3 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1. แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป รวมจำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ จำนวน 30 ข้อ และส่วนที่ 3 การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 42 ข้อ ชุดที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และชุดที่ 3 แบบสังเกต (Observation) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านในด้านความตรงตามเนื้อหาความเหมาะสมของภาษา จากนั้นหาค่าดัชนีความสอดคล้องได้เท่ากับ 0.80 และทดลองกับกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้เข้าร่วมศึกษา จำนวน 30 คน และหาค่าความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราซ ของแบบสัมภาษณ์ ในหมวดความรู้และในหมวดการปฏิบัติ ได้เท่ากับ 0.76, 0.83 ตามลำดับ นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังจากการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ระดับสูงมากและการปฏิบัติในระดับดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) นอกจากนี้ ยังได้จัดทำโครงการเพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 4 โครงการ โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณ และความร่วมมือจากชุมชนเป็นอย่างดี การวางแผนแบบมีส่วนร่วม ทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถไปประยุกต์ใช้ให้เกิดการมีส่วนร่วมในเรื่องอื่นๆ ได้

**คำสำคัญ:** การพัฒนาศักยภาพ, การดูแลสุขภาพตนเอง, ผู้สูงอายุ

\*อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

\*\*อาจารย์ประจำคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

\*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: thanyarat.joob@gmail.com Tel: 065-6289282



## Potential Development in Elderly Health Self-Care Naphai Sub-District, Mueng Chaiphum District, Chaiphum Province

Thanyarat Phuchongchai M.Sc.\* Torranin Khunkhavan M.N.S.\*

Pornphattra Sanloa M.N.S.\* Duanpenporn Chaipugdee Ed.D.\*\*

*(Received Date: August 22, 2019, Revised Date: December 8, 2019, Accepted Date: March 9, 2020)*

### Abstract

This action research aimed to develop a capacity of the elderly in health self-care at the Naphai sub-district, Mueng Chaiphum District, Chaiphum Province. A purposive sample had divided into 2 groups including the leaders who drive the potential development in elderly health self-care (N=30) and the elderly (N=100). A concept of Kemmis and McTaggart (1990) was guided the research by Participatory planning, Action, Observation, and Reflection. There are 3 sets of research instruments: 1) interviewing questionnaire contains 3 parts including (a) 13 items of demographic data, (b) 30 items of knowledge regarding to elderly health self-care, and (c) 42 items of practices on elderly health self-care, 2) focus group discussion form, and 3) Observation form. The content validity was performed by 3 experts and CVI was 0.8. The Cronbach's alpha coefficient reliability of knowledge and practices on elderly health self-care were 0.76 and 0.83 respectively. Data analyses by using percentage, mean, standard deviation, and paired t-test.

The results indicated that after using participatory planning for potential development in elderly health self-care, knowledge and practice on elderly health self-care was increased statistically significantly ( $p\text{-value} < 0.001$ ). Moreover, 4 potential development in elderly health self-care projects were done which are supported by government budgets and community cooperation. The study found that participatory planning techniques using A-I-C make all involved parties provided better elderly health self-care

**Keywords:** potential development, health self-care, elderly

---

\*Lecturer, Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Chaiphum Rajabhat University

\*\*Lecturer, Faculty of Education, Chaiphum Rajabhat University

\*Corresponding Author, Email: thanyarat.joob@gmail.com Tel: 065-6289282



## บทนำ

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึง 10.2 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15.4 ของประชากรทั้งหมด แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว<sup>1</sup> และยังคงคาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า สังคมไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) โดยพิจารณาจากจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 20% หรือมีประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเกินกว่า 14% คาดว่าในปี 2571 ประเทศไทยจะมีผู้อายุเกิน 60 ปี 23.5% กล่าวโดยรวม คือ ประเทศไทยจะก้าวจากสังคมผู้สูงอายุ เป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์<sup>1,2</sup>

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ด้วยอายุที่มากขึ้น ร่างกายจึงมีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค เช่น โรคหัวใจ โรคทางสมอง โรคไต โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า สับสนเฉียบพลัน ภาวะซึมเศร้า ภาวะหกล้ม สูญเสียความสามารถในการเดิน ภาวะกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ และภาวะทุพโภชนาการ กลุ่มอาการเหล่านี้พบมากขึ้นเรื่อยๆ การเสื่อมถอยด้านสุขภาพทางกาย ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานต่างๆ และความต้านทานโรคลดลง แต่เพิ่มการเจ็บป่วยมากขึ้น ยิ่งหากมีการดูแลรักษาไม่ถูกต้อง ก็ยิ่งทำให้เกิดโรคเรื้อรังที่บั่นทอนสุขภาพพลานามัย และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีปัญหาสุขภาพจิตด้วยที่พบบ่อย คือ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม<sup>2-4,6,9-10,17</sup> และผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและ ทำให้จิตใจของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย โดยมีจะยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเอง เรียนรู้อย่างช้าๆ ได้ยาก เพราะไม่มั่นใจตนเอง ส่วนใหญ่จะโกรธง่าย เหวงและรู้สึกไร้คุณค่าต่อครอบครัวและสังคม รู้สึกต้องเป็นภาระกับบุตรหลาน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือหรือมีภาวะพึ่งพิง<sup>4,5</sup> ที่ผ่านมานโยบายรัฐบาลได้ให้ความสำคัญต่อสุขภาพของผู้สูงอายุมาโดยตลอด และ ในปัจจุบัน การดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับ ผู้สูงอายุอาศัยหน่วยบริการสุขภาพในระดับต่างๆ และหน่วยงานท้องถิ่นโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาศักยภาพและคุ้มครองคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545 ถึง 2564<sup>6</sup> นอกจากนี้

นี้แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 ยังได้ให้ความสำคัญสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม ตระหนักในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้น โดยมีแผนบูรณาการพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ พ.ศ. 2557-2566 โดยมียุทธศาสตร์ดำเนินการที่สำคัญ คือ สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ รวมถึงการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเชื่อมโยงจากสถานบริการสู่ชุมชน และพัฒนาการมีส่วนร่วมของสถานพยาบาล ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการส่งเสริมให้ชุมชน/ท้องถิ่น มีระบบการส่งเสริม และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รวมถึงปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ<sup>7</sup>

ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ คือ การที่ผู้สูงอายุมีความรู้และสามารถปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง การที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดี ต้องการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพอย่างเหมาะสมนั้น น่าจะมาจากการเลือกปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง และถ้าจะให้การดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเป็นไปอย่างต่อเนื่อง จะต้องเกิดจากความต้องการของตัวผู้สูงอายุเองซึ่งความต้องการจะเกิดขึ้นได้ต้องมาจากความรู้ในเรื่องดังกล่าวของผู้สูงอายุ และจะต้องมีแรงเสริมจากชุมชน และจากหน่วยงานราชการในพื้นที่เพื่อที่จะสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ตลอดจนความรู้ทางด้านวิชาการ เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control Technique: A-I-C ) เป็นการประชุมที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อจัดทำแผน โดยเป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีเวทีพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ สามารถนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่ทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ความต้องการ ข้อจำกัดและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องต่างๆ มีการวิเคราะห์ และพัฒนาทางเลือกเพื่อใช้ในการแก้ปัญหาและพัฒนา เกิดการตัดสินใจร่วมกัน

จากปัญหาและความสำคัญข้างต้น ผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองในเรื่องที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมได้โดยลดการพึ่งพิงจากสังคมและญาติ นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยมีแรงสนับสนุนจากชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้เทคนิค A-I-C เพื่อที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้และการ



ปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ดีขึ้น มีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ สามารถพัฒนาสุขภาพให้สมบูรณ์ทั้งร่างกาย สังคม และจิตใจต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา
3. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
4. เพื่อศึกษาผลการดำเนินการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ใช้รูปแบบการวิจัยปฏิบัติการ ของ Kemmis and McTaggart (1990) ที่กล่าวว่า เป็นการเกี่ยวข้องกัน และพัฒนาต่อเนื่องกันเป็นวงจร 4 ขั้นตอน คือ 1. การวางแผน (Plan) 2. การปฏิบัติตามแผนที่ได้กำหนด (Act) 3. การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observe) 4. การสะท้อนผล (Reflect) หลังจากสังเกตผลที่ได้จากการปฏิบัติและร่วมกันแสดงความคิดเห็นแล้ว จะนำไปสู่การวางแผนต่อไปอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเลือกแบบเจาะจง มี 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มขับเคลื่อนเพื่อสร้างกระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ประกอบด้วย (1) นายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน (2) ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลฝ่าย จำนวน 1 คน (3) นักวิเคราะห์นโยบายและแผนองค์การบริหารส่วนตำบลฝ่าย และจำนวน 1 คน (4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝ่าย จำนวน 1 คน (5) ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 3 คน (6) ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 3 คน (7) อสม. จำนวน 9 คน (8) ตัวแทนประชาชน 11 คน 2) กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 100 คน คัดเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์คัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย 2) มีสภาพร่างกายแข็งแรง สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 3) สามารถอ่านออก เขียนหนังสือได้ หรือตอบคำถามได้ 4) มีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ตั้งแต่เริ่มต้น จนกระทั่งสิ้นสุดโครงการ โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 คือ ศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

การสนับสนุนจากหน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องความต้องการในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและวิเคราะห์สภาพการณ์ ตลอดจนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (เทคนิค A-I-C) เพื่อหาแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทนชุมชน และตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุโดยใช้แนวคิด Kemmis & McTaggart (1990) ในลักษณะวงจร 4 ขั้นตอน คือ 1. การวางแผน (Plan) 2. การปฏิบัติตามแผนที่ได้กำหนด (Act) 3. การสังเกตผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน (Observe) 4. การสะท้อนผล (Reflect) ระยะที่ 3 การประเมินผลพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และประเมินก่อนและหลังการดำเนินการ

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** มีทั้งหมด 3 ชุด ได้แก่ ชุดที่

1. แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ผู้สูงอายุ เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้หลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ จำนวนผู้อาศัยในครอบครัว ผู้ดูแลหลัก โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ดัชนีมวลกาย และการตรวจร่างกายประจำปีรวมจำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจำนวน 30 ข้อ โดยให้ผู้สูงอายุ เลือกตอบว่า "ใช่" หรือ "ไม่ใช่" หรือ "ไม่ทราบ" มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามเชิงบวก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ ตอบถูกหรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน ตอบผิดให้ 1 คะแนน การแปลผลระดับคะแนนความรู้ระดับมาก คะแนนตอบถูก ร้อยละ 80 ขึ้นไป, ความรู้ระดับปานกลาง คะแนนตอบถูก ร้อยละ 60-79, ความรู้ระดับน้อย คะแนนตอบถูก น้อยกว่า ร้อยละ 60 จำนวน 30 ข้อ และส่วนที่ 3 การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 7 ด้าน จำนวน 42 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการรับประทานอาหารจำนวน 11 ข้อ 2) ด้านการออกกำลังกายจำนวน 5 ข้อ 3) ด้านการจัดการความเครียดจำนวน 6 ข้อ 4) ด้านการพักผ่อนนอนหลับจำนวน 4 ข้อ 5) ด้านการขับถ่ายจำนวน 4 ข้อ 6) ด้านการป้องกันอุบัติเหตุจำนวน 5 ข้อ และ 7) ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและสังคมจำนวน 7 ข้อ ลักษณะแบบสัมภาษณ์แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 42 ข้อ ชุดที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)



สำหรับการสนทนากลุ่มกับตัวแทนผู้สูงอายุตัวแทนแกนนำชุมชนและตัวแทนหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง ก่อนการพัฒนาเพื่อค้นหาปัญหาและข้อมูลอื่นๆ ซึ่งผลจากการสัมภาษณ์ยังไม่สามารถที่จะระบุถึงปัญหาที่ครบถ้วนได้เพื่อนำผลที่ได้มาวางแผนแก้ไขปัญหา และ สำหรับหลังการพัฒนาเพื่อนำผลที่ได้มาเป็นข้อมูลในการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการที่ได้จากการประชุมตามเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (เทคนิค A-I-C) และชุดที่ 3 แบบสังเกต (Observation) แบบสังเกต(Observation) ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยที่จะประเมินผลเกี่ยวกับกระบวนการตามเทคนิค A-I-C ภายหลังการดำเนินโครงการในแบบฟอร์มการสังเกตกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมตามเทคนิค A-I-C ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหา 2) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหา 3) การมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น การแลกเปลี่ยนข้อมูล หรือประสบการณ์ และการซักถามในประเด็นที่สงสัยต่อที่ประชุม 4) การมีส่วนร่วมในการวางแผนงาน/โครงการและการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา 5) การมีส่วนร่วมในการกำหนด หรือตัดสินใจเลือกแผนงาน/โครงการที่จะนำไปดำเนินการปฏิบัติ 6) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ 7) การปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) การตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหา (Content validity) โดยการ สร้างแบบสัมภาษณ์ ตามหลักวิชาการ แนวคิดทฤษฎีเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ทำการตรวจสอบความถูกต้อง ครบคลุม ครบถ้วน และสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ตรงตามเนื้อหาที่ต้องการวัด และตรงตามกรอบแนวคิดมีความเหมาะสม ความชัดเจนของภาษา เพื่อให้ข้อเสนอแนะแก้ไขปรับปรุง แล้วนำกลับมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องภาษานั้นหาค่าดัชนีความสอดคล้องได้เท่ากับ 0.80

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

2.1 ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลอง (Try out) โดยใช้ สัมภาษณ์กับผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ที่หมู่ 4 บ้านโนนทัน ตำบลบ้านเล่า อำเภอมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ เนื่องจากมีลักษณะโครงสร้างทางสังคมคล้ายคลึงกับพื้นที่วิจัยที่จะทำการวิจัย ครั้งนี้ เพื่อดูความชัดเจนของข้อคำถาม รูปแบบของแบบสัมภาษณ์ ความเข้าใจของภาษาที่ใช้ การเรียงลำดับ เวลาที่เหมาะสมแล้วนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง

2.2 หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์ในการวัดความรู้ในการ ดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุด้วยวิธีของคูเดอร์ (Kuder Richardson method) โดยใช้สูตร KR-20 ในกรณีเครื่องมือเป็นแบบตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of alpha) วิเคราะห์ความเที่ยงแบบสัมภาษณ์ในส่วนการปฏิบัติของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเองโดยวิธีการของครอนบาช (Cronbach's method) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of alpha) ผลการวิเคราะห์แบบสัมภาษณ์ในหมวดความรู้ที่นำไปทดลองใช้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.76 และพิจารณาหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ทุกข้อคำถามมีค่าอยู่ระหว่าง 0.2-0.8 และวิเคราะห์ความเที่ยงแบบสัมภาษณ์ในส่วนการปฏิบัติ ของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยวิธีการของครอนบาช (Cronbach's method) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of alpha) ผลการวิเคราะห์แบบสัมภาษณ์ในหมวดการปฏิบัติที่นำไปทดลองใช้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.83

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแหล่งข้อมูลประกอบด้วย 2 แหล่ง คือ เอกสารและบุคคลมีรายละเอียดของวิธีการเก็บดังนี้ 1) ข้อมูลจากบุคคล โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาสภาพ ปัญหาด้านความรู้ และด้านการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความแตกต่างของคะแนน ก่อนและหลังการพัฒนา 2) ข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ ข้อมูลรายงานผลการคัดกรองภาวะสุขภาพ ของประชาชน หรือข้อมูลด้านสุขภาพได้จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนผฝ่าย

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพแหล่งข้อมูล คือ บุคคล ได้แก่ ผู้สูงอายุตัวแทน ชุมชน และตัวแทนหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะมีการจดบันทึกข้อมูล บันทึกเทปและบันทึกภาพประกอบกิจกรรม วิธีการเก็บข้อมูลคุณภาพดำเนินการดังนี้ 1) การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กับกลุ่มผู้สูงอายุ ตัวแทน ชุมชน และตัวแทนหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินสภาพทั่วไปในช่วงก่อนและหลังการจัดประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมตามเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (เทคนิค A-I-C) ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม และจดบันทึกประเด็นสำคัญตามแนวทางการ สนทนากลุ่ม 2) การสังเกต (Observation) โดยผู้วิจัยสังเกตการมีส่วนร่วมของ กลุ่มผู้สูงอายุตัวแทน ชุมชน และตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง ตามประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการทราบเกี่ยวกับ



การดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ ในการประชุมตามขั้นตอนและเทคนิค กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (เทคนิค A-I-C) และการสังเกตการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยได้เสนอขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้ 1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยนำเสนอค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) 2) ข้อมูลการประเมินระดับความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test 3) ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม จากการสังเกตการมีส่วนร่วมในการประชุมตามขั้นตอนและเทคนิคกระบวนการแบบมีส่วนร่วม (เทคนิค A-I-C) และการสังเกต การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล แล้วนำมาแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหาจากนั้นทำการตีความหมายของข้อมูลที่ได้มาตามการรับรู้ของข้อมูล ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล (Content analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลเพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นที่ศึกษา

## ผลการวิจัย

**ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 100 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 71.0 ส่วนเพศชาย ร้อยละ 29.0 ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 29.0 รองลงมา อยู่ระหว่าง 65-69 ปี ร้อยละ 28.0 และ อยู่ระหว่าง 70-74 ปี ร้อยละ 26.0 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 68 ปี (mean=68.57 ปี, S.D.=5.70) อายุสูงสุด 88 ปี และอายุต่ำสุด 60 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 59.0

รองลงมาคือ หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 34.0 และ โสด ร้อยละ 7.0 ตามลำดับ ส่วนระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90.0 รองลงมา ได้แก่ ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 8.0 และไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 2.0 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาชีพหลัก คือ เกษตรกรรม ร้อยละ 64.0 การได้มาของรายได้หลักมาจากตนเอง ร้อยละ 38.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 73.0 ส่วนความเพียงพอของรายได้ พบว่า ส่วนใหญ่พอเพียงแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 34.0 มีจำนวนผู้อาศัยในครอบครัวส่วนใหญ่ คือ 4 คน ร้อยละ 24.0 ส่วนผู้ดูแลหลัก พบว่าส่วนใหญ่ดูแลตนเอง ร้อยละ 41.0 รองลงมาคือ บุตร ร้อยละ 29.0 และคู่สมรส ร้อยละ 27.0 ตามลำดับ

**ข้อมูลโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ** พบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.0 และโรคประจำตัวที่พบส่วนใหญ่ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.0 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.0 และโรคไขข้อในเลือดสูง ร้อยละ 15.0 โรคปวดข้อเนื่องจากข้อเสื่อม ร้อยละ 12.0 ตามลำดับ โดยระยะเวลาที่เป็นโรค พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5-10 ปี ร้อยละ 25.0 รองลงมา คือ น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 39.3 และ มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 16.1 ตามลำดับ ส่วนการรักษาที่ได้รับ ส่วนใหญ่รักษาโดยการรับประทานยา ร้อยละ 82.1 รองลงมา คือ ดูแลตนเองตามที่แพทย์แนะนำ ร้อยละ 17.9 ส่วนดัชนีนิมัลกาย พบว่า ส่วนใหญ่มีดัชนีนิมัลกายในระดับปกติ ร้อยละ 42.0 รองลงมา คือ อ้วน ระดับที่ 1 ร้อยละ 24.0 และ น้ำหนักเกิน ร้อยละ 18.0 ส่วนการตรวจร่างกายประจำปี พบว่า ส่วนใหญ่ตรวจประจำปี ร้อยละ 53.0 รองลงมา คือ ตรวจเป็นบางครั้ง ร้อยละ 34.0 และไม่เคยตรวจเลย ร้อยละ 13.0 ตามลำดับ

การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ : ตำบลนาฝาย อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ สรุปได้ดังนี้

**1. ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ** พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการพัฒนาเท่ากับ 22.69 คะแนนหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น 25.50 จากคะแนนเดิม 30 คะแนน ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุของของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) สรุปได้ว่าหลังการพัฒนาทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น (ตารางที่ 1)



**ตารางที่ 1** ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนา (n=100)

| ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ | ก่อนพัฒนา |            | หลังพัฒนา |            | Paired t-test | p-value |
|-----------------------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|---------------|---------|
|                                               | n (%)     | X ± SD     | n (%)     | X ± SD     |               |         |
| ระดับมาก                                      | 53(53)    | 22.69±3.38 | 80(80)    | 25.50±2.84 | -6.80         | < 0.001 |
| ระดับปานกลาง                                  | 38(38)    |            | 19(19)    |            |               |         |
| ระดับน้อย                                     | 9(9)      |            | 1(1)      |            |               |         |

**2. ด้านการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ** การประเมินผลการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติในระดับดีมากและระดับดีเพิ่มขึ้น ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการปฏิบัติใน

การดูแลตนเองของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) สรุปได้ว่าหลังการพัฒนาทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีการปฏิบัติเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ระดับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนา (n=100)

| ระดับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ | ก่อนพัฒนา |           | หลังพัฒนา |           | Paired t-test | p-value |
|--------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------|---------|
|                                                  | n (%)     | X ± SD    | n (%)     | X ± SD    |               |         |
| ระดับดีมาก                                       | 0(0)      | 2.67±0.21 | 2(2)      | 2.91±0.29 | -6.85         | < 0.001 |
| ระดับดี                                          | 38(38)    |           | 62(62)    |           |               |         |
| ระดับปานกลาง                                     | 54(54)    |           | 29(29)    |           |               |         |
| ระดับไม่ดี                                       | 3(3)      |           | 2(2)      |           |               |         |
| ระดับไม่ดียิ่ง                                   | 0(0)      |           | 0(0)      |           |               |         |

**3. สภาพปัญหาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ** ก่อนจัดประชุมโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control Technique: เทคนิค A-I-C) ผู้วิจัยได้จัดการสนทนากลุ่ม (Group Discussion) และทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุก่อนการอบรมให้ความรู้ เพื่อจะได้ทราบข้อมูล ข้อเท็จจริง ความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพการณ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งได้ข้อมูลดังนี้

**1) สภาพปัญหาความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ** ปัญหาของผู้สูงอายุ คือ ขาดความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ในเรื่อง โภชนาการ การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง การรับประทานอาหารหวาน อาหารเค็ม การรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ การมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ขาดความรู้ในเรื่องการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม มีปัญหาด้านการพักผ่อนนอนหลับ มีความเครียดและไม่ทราบวิธีการผ่อนคลายความเครียด การเกิดอุบัติเหตุ เช่น

การหกล้ม ไม่ค่อยมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและสังคม เพราะสุขภาพไม่ดี ซึ่งปัญหาต่างๆ เกิดจากการขาดความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้งขาดการตระหนักในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง

**2) สภาพปัญหาการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ** ปัญหาด้านการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในด้านการรับประทานอาหาร คือ มีการรับประทานอาหาร หวาน มัน เค็ม การรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ มีการการสูบบุหรี่ การดื่มสุราเป็นประจำในผู้สูงอายุชาย ในส่วนของการปฏิบัติด้านการออกกำลังกาย นั้น พบว่า ขาดการออกกำลังกาย และไม่ออกกำลังกายต่อเนื่อง ขาดแกนนำในการออกกำลังกาย และสุขภาพไม่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ไม่มีทักษะในการออกกำลังกายที่เหมาะสม ด้านการพักผ่อนนอนหลับ และด้านการจัดการความเครียด มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ ตอนกลางคืน บางครั้งต้องพึ่งยานอนหลับ มีเรื่องเครียดหลายเรื่อง ไม่มีวิธีการจัดการความเครียดที่ถูกต้องเหมาะสม

**3) สภาพปัญหาความร่วมมือของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพ**



**ตนเองของผู้สูงอายุ** สภาพปัญหาความร่วมมือของชาวบ้าน กลุ่มองค์กรต่างๆ ในหมู่บ้านในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พอสรุปได้ ดังนี้ ผู้นำชุมชนส่วนมากจะมีบทบาทในเรื่องการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุเพื่อประสานกับทางองค์การบริหารส่วนตำบลนาฝายให้ผู้สูงอายุได้ให้ความช่วยเหลือในด้านการยังชีพ เพื่อเสนอขอรับงบประมาณจากหน่วยงานต่างๆ เป็นผู้นำปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุทุกๆ ด้านรวมทั้งด้านสุขภาพ และกิจกรรมด้านสุขภาพส่วนใหญ่จะเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาฝายเป็นผู้รับผิดชอบ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ ยังขาดการสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอและต่อเนื่อง ขาดรูปแบบการทำงานเพื่อที่จะได้มีกิจกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุ

**4) ผลการจัดประชุมโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม** ในการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดโอกาสให้ตัวแทนชุมชน ตัวแทนหน่วยงานราชการในท้องถิ่น ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์และสภาพปัญหาของผู้สูงอายุ ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา ร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งได้โครงการเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งหมด 4 โครงการ คือ 1) โครงการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง 2) โครงการเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 3) โครงการผู้สูงอายุใส่ใจสุขภาพจิต 4) โครงการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

## การอภิปรายผล

**1. ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ** พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความรู้เพิ่มขึ้น และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) สรุปได้ว่า การพัฒนาทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความรู้เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากความรู้เป็น ข้อเท็จจริงรายละเอียดต่างๆ และโครงสร้างที่ได้จากการศึกษาหรือประสบการณ์ที่มนุษย์ได้รับและสะสมไว้ในขอบเขตของปัญหาที่เรียงลำดับจากความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์และการประเมินผล<sup>12</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ : บ้านโคกสะอาด หมู่ที่ 4 ตำบลหอคำ อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ พบว่า ความรู้ใน

การดูแลสุขภาพตนเองก่อนการพัฒนาที่มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 32.5 หลังการพัฒนาที่มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 70.0 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ , 95%CI=5.74-7.81)<sup>11</sup> และการศึกษาการพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลพันชนะ อำเภอคำชะโนด จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05<sup>13</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุโดยการฝึกกำลังของชุมชนตำบลโค้งยาง อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า หลังการพัฒนา ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ศักยภาพชมรมและคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05<sup>14</sup>

**2. ด้านการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ** พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น โดยผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาภาพรวม พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น โดยผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาภาพรวม พบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติก่อนการพัฒนา คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติก่อนการพัฒนาเท่ากับ 2.67 คะแนนหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น 2.91 จากคะแนนเดิม 4.0 คะแนน และผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุของของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) สรุปได้ว่าหลังการพัฒนาทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น จะเห็นได้ว่าหากผู้สูงอายุมีความรู้ก็จะนำไปสู่การปฏิบัติเนื่องจากความรู้และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กัน การสร้างเสริมความรู้จะช่วยสร้างพฤติกรรมการปฏิบัติด้วยเสมอการพัฒนา<sup>12</sup> ศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ คือ การที่ผู้สูงอายุมีความรู้และสามารถปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ในเรื่อง การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและสังคมการมีสุขภาพจิตที่ดีอยู่เสมอ<sup>8</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ : บ้านโคกสะอาด หมู่ที่ 4



ตำบลหอดคำ อำเภอมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ พบว่า การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองก่อนการพัฒนา มีการปฏิบัติในระดับปานกลางร้อยละ 62.5 หลังการพัฒนา มีการปฏิบัติในระดับดี ร้อยละ 60.0 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ,  $95\%CI = 10.31-13.79$ )<sup>11</sup>

**3. ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเอง** ผลการวิจัยหลังเสร็จสิ้นการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้เทคนิค A-I-C ในการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามขั้นตอนการดำเนินงานที่กำหนดไว้ ได้แก่ การสนทนากลุ่ม การประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม และการนำแผนงานโครงการที่ได้ ร่วมกันกำหนดขึ้นไปปฏิบัติให้ปรากฏผลชัดเจน พบว่า ผู้สูงอายุ ตัวแทนแกนนำชุมชนและเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ซึ่งได้จากการสะท้อนความรู้สึกในการประชุม การสนทนากลุ่ม และจากการสังเกต โดยเริ่มจากการค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา การจัดทำแผนปฏิบัติงาน การนำ แผนไปปฏิบัติ และการประเมินผลจากการปฏิบัติตามแผน การมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนเป็นการสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุ ตัวแทนแกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมด้วยความยินดี และเต็มใจ เปิดโอกาสให้ทุกคนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ สามารถนำเสนอแนวคิดที่เป็นประโยชน์ให้กลุ่มมีความเข้าใจสภาพปัญหาความต้องการทำให้เกิดโครงการต่างๆ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้ดีในเรื่องที่ตรงกับความสนใจ ความต้องการของตน เทคนิควิธีการที่ใช้ต้องเหมาะสม การประชุมที่ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความรู้ แนวคิดและประสบการณ์ ข้อมูลซึ่งกันและกันร่วมมองปัญหา ร่วมกำหนดเป้าหมายที่ต้องกัน ร่วมกันหาแนวทางปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนด ร่วมรับผิดชอบและร่วมวางแผนในการทำกิจกรรม ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของ AIC เป็นกระบวนการช่วยให้มีการระดมสมองในการศึกษา วิเคราะห์ สามารถทำให้เกิดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ พัฒนาทางเลือก เพื่อใช้ในการแก้ปัญหา และพัฒนาทางเลือก เกิดการตัดสินใจร่วมกัน นำไปสู่การปฏิบัติได้<sup>15,16</sup> ดังผลการศึกษาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ : บ้านโคกสะอาด หมู่ที่ 4 ตำบลหอดคำ อำเภอมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ พบว่า ผลการวางแผนโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ของผู้สูงอายุ ตัวแทนผู้นำชุมชน และตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้โครงการจำนวน

6 โครงการ ซึ่งการดำเนินงานในครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากชุมชนเป็นอย่างดี<sup>11</sup> และการศึกษาการจัดการแบบมีส่วนร่วมสำหรับการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ อำเภอโคกเจริญ จังหวัดลพบุรี พบว่า การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุโดยรวม และเป็นรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน คือ การค้นหาปัญหาและสาเหตุ การวางแผนแก้ปัญหา การดำเนินงาน การประเมินผล อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมากซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองและมากกว่าสมาชิกกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )<sup>16</sup> และผลการศึกษาการพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลพันชนะ อำเภอตาบึงขาม จังหวัดนครราชสีมา ที่พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05<sup>13</sup> และการศึกษาการพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุโดยการฝึกกำลังของชุมชนตำบลโค้งยาง อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า หลังการพัฒนาผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ศักยภาพชมรมและคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาการเรียนรู้ มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมของชมรม และบริหารจัดการชมรมผู้สูงอายุ โดยมีรูปแบบการพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การฝึกกำลัง 2) การวิเคราะห์ปัญหา 3) การสร้างพันธมิตร 4) การปรับโครงสร้างองค์กร 5) การจัดทำแผนงานแบบมีส่วนร่วมตามสภาพปัญหา 6) การดำเนินกิจกรรม (องค์กรร่วม) และ 7) ผลการพัฒนา<sup>14</sup>

### ข้อเสนอแนะ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนที่หลากหลายวิธีในด้านพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่แข็งแรงด้วยการพัฒนานวัตกรรม หรือสื่อวีดิทัศน์ให้เข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุในด้านการดูแลพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
2. ศึกษาแบบของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านต่างๆ
3. ควรมีการนำกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนไปประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาอื่นๆ ของชุมชน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาในการตรวจสอบเครื่องมือ กลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัย และมหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัยครั้งนี้



## References

1. Foundation of Thai Gerontory Research and Development Institute (TGRI). Situation of the Thai elderly 2016, Thailand; 2016.
2. Mille AM, Iris M. Health promotion attitudes and strategies in older adults. *Health Education Behavior* 2002; 29(2): 249-67.
3. Keasisom B, The Results of Group Process to Elderly's Promotion Behavior in Thumbonklongchanoun Weingsa District Surathani Province. *Community Health Development Quarterly Khonkaen University* 2017; 5(2): 177-193.
4. Boontae U, Tawchantuk S. Elder's health status and quality of life under the health care provided by community network and simulated families. *Journal of nursing and health care*. July-September 2017; 35(3): 176-185.
5. Gadudom P, Hemchayat M. Effects of an Elderly Health Promotion Program in Bangkok Sub-District Municipality, Amphur Muang, Chanthaburi. *Journal of Phrapokklao Nursing College*. March-August 2011; 22(2): 61-70.
6. Kaeodumkoeng K, Thummakul D. Health literacy promoting in aging population. *Journal of Health Science Research*, July-December 2015; 9(2): 1-8.
7. Rasiri T, Songthap A. Health Promotion for the Elderly: Guidelines for strong partnership and dynamic network participation in the 21<sup>st</sup> century. *The southern college network journal of nursing and public health*. January-April 2018; 5(1): 315-328.
8. Assantachai P. Common health problems in the elderly and prevention. Bangkok: Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital; 2552.
9. Gadudom P, Hemchayat M. Effects of an Elderly Health Promotion Program in Bangkok Sub-District Municipality, Amphur Muang, Chanthaburi. *Journal of Phrapokklao Nursing College*. March-August 2011; 22(2): 61-70.
10. Rasiri T, Songthap A. Health Promotion for the Elderly: Guidelines for strong partnership and dynamic network participation in the 21<sup>st</sup> century. *The southern college network journal of nursing and public health*. January-April 2018; 5(1): 315-328.
11. Khaemnin K, Komporn. Potential Development in Elderly Health Self-Care: Ban Kogesa-Ad Moo 4 Ho Kham Sub-District Mueang Bueng Kan District Bueng Kan Province. *KKU Journal for Public Health Research*. July-September 2013; 6(3): 75-84.
12. Wongputthichai P. Knowledge, attitude and practice concerning exercise of over-nutritional status primary students, Banglen district, Nakornpathom. Bangkok. Mahidol University; 2550.
13. Hutawattana K. Development of health promotion model in elderly club, panchana subdistrict, dan khun district, nakhon ratchasima province. Nakhonratchasima. Nakhonratchasima Rajabhat University; 2553.
14. Pratsiripum R. Elderly clubs potentiality development by community coalition action in khong yang subdistrict, sung noen district, nakhon ratchasima province. Nakhonratchasima. Nakhonratchasima Rajabhat University; 2553.
15. Mahem K, Sriat P. 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, KhonKaenProvince. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*. July-December 2012; 18(2): 5-19.
16. Lainumngun P, Khamra C, Dejthai T. The Participative Management for Elderly Clubs Implementation in Kokjaroen District of Lopburi Province. *KKU Research Journal* 2010; 15(1): 45-56.
17. Siritipakorn P, Muangpaisan WPisalsarakij D, Chaopanitwet P, Laojan P, Pitiyarn S, et al. Prevalence of Geriatric Syndromes and Characteristics of Elderly Patients in Geriatric Clinic, Siriraj Hospital. *Journal of Nursing and Health Care* 2019; 37(3): 20-29.