

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ: บ้านโคกสะอาด หมู่ที่ 4 ตำบลหอคำ อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ

กนกพัฒน์ แกมมณี⁽¹⁾ และพรทิพย์ คำพอ⁽²⁾

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 14 พฤษภาคม 2556

วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 26 สิงหาคม 2556

(1) ผู้รับผิดชอบบทความ: นักศึกษาหลักสูตร

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

(โทรศัพท์: : 081-7699803,

E-mail: ptt2548@windowslive.com)

(2) รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการบริหารสาธารณสุข

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (เทคนิค A-I-C) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ บ้านโคกสะอาด หมู่ที่ 4 ตำบลหอคำ อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ มีผู้เข้าร่วมศึกษาคือ ผู้สูงอายุ 40 คน ตัวแทนชุมชนจำนวน 13 คน และตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง 7 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน ดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2556 ถึง เดือน มีนาคม 2556 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสัมภาษณ์ การสังเกตการณ์มีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่ม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ความเที่ยงแบบสัมภาษณ์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์มากกว่า 0.70 นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test ที่ช่วงเชื่อมั่น 95 % CI

ผลการวิจัยพบว่า หลังจากการใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ระดับสูงและการปฏิบัติในระดับดีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$, $95\%CI=5.74\text{-}7.81$, $p\text{-value}<0.001$, $95\% CI=10.31\text{-}13.79$) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังได้จัดทำโครงการเพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ 6 โครงการ โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณและความร่วมมือจากชุมชนเป็นอย่างดี และผลการดำเนินงานตามโครงการดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้และมีการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าด้านที่มีความรู้ระดับสูง และการปฏิบัติในระดับดีน้อยที่สุด คือการมีสุขภาพจิตที่ดีอยู่เสมอ ดังนั้นผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมและสนับสนุนการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี เช่น การจัดกิจกรรมวันผู้สูงอายุ การรดน้ำคำหัวเมืองในวันสงกรานต์ การปฏิบัติธรรมในวันพระ หรือกิจกรรมรื่นเริงอื่นๆ และการวางแผนแบบมีส่วนร่วมโดยใช้เทคนิค A-I-C ทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำเทคนิค A-I-C ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดการมีส่วนร่วมในเรื่องอื่นๆ ได้

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพ, ความรู้และการปฏิบัติ

Original Article

Potential Development in Elderly Health Self-Care: Ban Kogesa-Ad Moo 4 Ho Kham Sub-District Mueang Bueng Kan District Bueng Kan Province

Kongpat Khaemnin⁽¹⁾ and Pontip Kompor⁽²⁾

Received Date: May 14, 2013

Accepted Date: August 26, 2013

(1) **Corresponding author:** Master of Public

Health Student,

in Public Health Administration,

Faculty of Public Health,

Khon Kaen University

(Tel.: 081-7699803,

E-mail: ptt2548@windowslive.com)

(2) Associate Professor,

Department of Public Health Administration,

Faculty of Public Health,

Khon Kaen University

Abstract

This action research applied the participatory planning, A-I-C technique, for capacity development of elderly in health self-care at Ban Kogesa-ad moo, Ho Kham sub-district, Mueang Buengkan district, Buengkan province. Participants were 40 elderly, 13 community representatives and 7 government agencies representatives; with the total of 60 persons. This study was carried out between February 2013 and March 2013. Data were collected by questionnaire interviewing on knowledge and practices, non-participant participation and group discussion. The content validity was performed by 3 experts and for reliability, Cronbach's alpha coefficient was >0.70. Descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation were calculated. The inferential statistics, paired t-test with the confidence intervals, were used to estimate the differences between before and after the implementation.

The results indicated that after implementation, knowledge of the elderly was statistically significant increased (p-value<0.001), and the practice in health self care was statistically significant increased (p-value<0.001). The results of participatory planning process of elderly, community representatives and the concerning representatives resulted in 6 development projects as well as having budget and gained high participation from the community.

The study found that they had high level of knowledge and practices in elderly self care, but low in mental health. Therefore, community leaders and relevant departments should promote and support mental health activities for the elderly, such as Senior Day activities, paying respects during Songkran festival, practices on the Buddhist Sabbath or other festive activities. Participatory planning techniques using A-I-C make all involved parties provided better elderly health self-care.

Keyword: Capacity development, Knowledge and practices

บทนำ

ในปัจจุบัน ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงการกระจายการให้บริการด้านสุขภาพ และการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงข่าวสารได้อย่างรวดเร็ว มีความสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้นทำให้อัตราการตายของประชากรโดยรวมลดลง และอัตราการเกิดก็ลดลงเช่นกัน (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) ประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น และสัดส่วนของผู้สูงอายุมีมากขึ้นตามไปด้วย ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร ในปี 2553 โลกของเรา มีประชากรประมาณ 6,830 ล้านคน มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณร้อยละ 11.7 และในอนาคตคาดว่าจำนวนผู้สูงอายุในโลกโดยรวมจะเพิ่มจำนวนสูงขึ้น คือในปี พ.ศ. 2558, 2563 และ 2568 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 12.3, 13.6 และ 15.0 ตามลำดับ การที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและสุขภาพ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของอายุ (Physiologic aging) ทำให้ร่างกายมีการสูญเสียสมรรถภาพทางกายในทางที่เสื่อมลง อีกทั้งยังมีพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพและได้รับสารพิษต่างๆ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นพยาธิสภาพ แก่ชราในระบอบต่าง ๆ ดังข้างขึ้น เช่นโรคปวดข้อ โรคข้อเสื่อม โรคกระดูกผุ โรคระบบทางเดินหายใจจากการเสื่อมสมรรถภาพของปอด โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (สำนึก กุลสถิตพร, 2549; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในเรื่องดังกล่าว และจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองในเรื่องที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control Technique: A-I-C) เป็นการประชุมที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อจัดทำแผน โดยเป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องประชุมได้มีเวทีพูดคุย แลกเปลี่ยน ความรู้และประสบการณ์ของผู้ที่เข้าประชุมแต่ละคน อีกทั้งยังสามารถนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่ทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหาความต้องการ ข้อจำกัดและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องต่างๆ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้มีการระดมพลังสมองในการศึกษาเรียนรู้ วิเคราะห์และพัฒนาทางเลือกเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา และพัฒนา เกิดการตัดสินใจร่วมกัน เกิดพลังของการสร้างสรรค์และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชน (ธีระพงษ์ แก้วหาญ, 2543)

ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสะอาด ตำบลหอคำ อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ มีจำนวนประชากรทั้งหมด 3,235 คน มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 330 คน คิดเป็นร้อยละ 10.20 ผลการคัดกรองภาวะสุขภาพของประชาชนประชาชน พบว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โรคความ

ดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 73.31 รอบเอวสูงกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 66.53 และค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 67.24 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะอ้วน และเสี่ยงต่อการเกิดโรคดังกล่าวเช่นกัน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสะอาด, 2555) ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 15.15 ของผู้สูงอายุทั้งหมด บ้านโคกสะอาด หมู่ที่ 4 ตำบลหอคำ อำเภอเมืองบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ มีประชากรทั้งหมด 995 คน มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 107 คน คิดเป็นร้อยละ 10.75 ของประชากรทั้งหมดในหมู่บ้าน จากการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพของประชาชน พบว่าผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 62.62 รอบเอวสูงกว่าเกณฑ์ จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ 64.49 และค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติ จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 63.55 ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 22.43 ของผู้สูงอายุทั้งหมดในหมู่บ้าน และจากการที่มีการรณรงค์ให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ซึ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในกลุ่มเป้าหมาย ปรากฏว่ามีผู้สูงอายุมารับวัคซีนดังกล่าว จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 10.28 ของผู้สูงอายุทั้งหมดในหมู่บ้าน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุขาดความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความสำคัญในวัยผู้สูงอายุ อาจส่งผลให้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น ไข้หวัดใหญ่ โรคพิษสุนัขบ้า หรือโรคบาดทะยัก เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตหรือทำให้ร่างกายเสื่อมเร็วขึ้น เป็นภาระในการดูแลรักษาของคนในครอบครัว หน่วยบริการสาธารณสุขและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆ การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพอย่างเหมาะสมนั้น น่าจะมาจากการเลือกปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง และถ้าจะให้การดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเป็นไปอย่างต่อเนื่อง จะต้องเกิดจากความต้องการของตัวผู้สูงอายุเองซึ่งความต้องการจะเกิดขึ้นได้ต้องมาจากความรู้ในเรื่องดังกล่าวของผู้สูงอายุ และจะต้องมีแรงเสริมจากชุมชน จากหน่วยงานราชการในพื้นที่ เพื่อที่จะสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ตลอดจนความรู้ทางด้านวิชาการ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการการ ด้วยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (เทคนิค A-I-C) เพื่อที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ สามารถพัฒนาสุขภาพให้สมบูรณ์ทั้งร่างกาย สังคม และจิตใจต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในด้านการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่

เหมาะสม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและสังคม การมีสุขภาพจิตที่ดีอยู่เสมอ และการมีทัศนคติป้องกันโรคติดต่อที่มีความสำคัญในผู้สูงอายุ 2) เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา 3) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และ 4) เพื่อศึกษาผลการดำเนินการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (เทคนิค A-I-C) ผู้วิจัยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเตรียมการวิจัย ระยะดำเนินการวิจัย ซึ่งมีการกำหนดกิจกรรมที่สำคัญและดำเนินการตามลำดับ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการวิจัย(Pre-Research phase)

มีกิจกรรมการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

1.1 รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ได้แก่ สถานที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ของหมู่บ้าน ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลประชากร ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านวัฒนธรรมประเพณี และความเชื่อ วิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในหมู่บ้าน

1.2 ประสานงานกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือและให้การสนับสนุนในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ โดยประสานงานอย่างเป็นทางการ หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองบึงกาฬ เทศบาลตำบลหอค้า โรงเรียนบ้านโคกสะอาด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสะอาด ผู้ใหญ่บ้านบ้านโคกสะอาด ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บ้านโคกสะอาด และประธานคณะกรรมการผู้สูงอายุบ้านโคกสะอาดเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินงาน และระยะเวลาดำเนินการวิจัยให้ทราบ ตลอดจนขอความร่วมมือในการอนุญาตให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในสังกัดเข้าร่วมกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้

1.3 ผู้วิจัยเข้าไปในพื้นที่วิจัยโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน และเข้าไปในหมู่บ้าน ออกเยี่ยมพบปะพูดคุยสร้างความคุ้นเคยกับแกนนำชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ และประชาชนในหมู่บ้าน ทั้งในและนอกเวลาราชการ ประสานข้อมูลกับหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง และเชิญเข้าร่วมการดำเนินงานวิจัยที่จะมีขึ้นในครั้งนี้ โดยประสานงานอย่างเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ

1.4 จัดการประชุมชี้แจงสร้างความเข้าใจระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ตำบลหอค้า ซึ่งมีส่วนร่วมในเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม และสนับสนุนโครงการ/กิจกรรมที่เกิดขึ้น ได้แก่ นายกเทศมนตรีตำบลหอค้า ปลัดเทศบาลตำบลหอค้า นักวิเคราะห์นโยบายและแผนเทศบาลตำบลหอค้า ครูโรงเรียนบ้านโคกสะอาด และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสะอาด รวม 7 คน โดยจัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และวิธีการวิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกัน

1.5 จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่จะใช้ในกระบวนการการวิจัยให้มีความพร้อม และมีจำนวนเพียงพอ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ แนวทางการสนทนากลุ่ม แนวทางการสังเกตการมีส่วนร่วม อุปกรณ์ในการจัดประชุม อุปกรณ์ในการสนทนากลุ่ม อุปกรณ์ในการจดบันทึก อุปกรณ์ในการบันทึกภาพและเสียง และวัสดุอุปกรณ์อื่นๆที่ต้องใช้ในการจัดอบรมให้ความรู้ การวางแผน และการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของการวิจัย

2. ระยะดำเนินการวิจัย (Research phase)

ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาความรู้พื้นฐานและวิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบันที่ดำรงอยู่ก่อนที่จะเริ่มดำเนินการพัฒนา เมื่อตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทน ชุมชน ยินดี และสมัครใจเข้าร่วมโครงการแล้ว ผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มในประเด็นความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองในแต่ละวัน การสนับสนุนจากหน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ความต้องการในด้านการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 การประชุมโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (เทคนิค A-I-C) เพื่อค้นหาแนวทางในการวางแผนแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ระหว่างตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทนชุมชน และตัวแทนหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล และร่วมกันนำมาสรุปเป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางการจัดการ เพื่อให้ได้แผนงาน/โครงการ นำมาดำเนินการจัดการเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการที่ได้มาจากการประชุมโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (เทคนิค A-I-C) ในการพัฒนาศักยภาพ

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนตัวแทน ชุมชนและตัวแทน
หน่วยราชการ ที่เกี่ยวข้องจะเป็นการเข้ามามีส่วนร่วมและการ
สนับสนุนในการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการที่ได้จากการ
ประชุม

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการดำเนินการตาม
แผนงาน/โครงการ คือ

- 1) การดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการใน
การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
- 2) ตัวแทนชุมชนและตัวแทนหน่วยราชการที่
เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพ
ตนเองของผู้สูงอายุ
- 3) เปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติในการ
ดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 5 ผลจากการประเมินตามแผนงาน/
โครงการ

- 1) ผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ ใน
การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
- 2) ตัวแทนชุมชนและตัวแทนหน่วยราชการที่
เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
เพิ่มขึ้น
- 3) ตัวแทนผู้สูงอายุ มีความรู้และการปฏิบัติใน
การดูแลสุขภาพตนเอง ถูกต้อง เพิ่มขึ้น

ผู้เข้าร่วมวิจัยคือ ผู้สูงอายุที่สมัครใจและยินดีเข้าร่วม
วิจัย 40 คน ตัวแทนชุมชนจำนวน 13 คน และตัวแทน
หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง 7 คน 60 คน เครื่องมือที่ใช้ในการ
วิจัยได้แก่

1) แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป
10 ข้อ ความรู้ 42 ข้อ การปฏิบัติ 33 ข้อ และข้อคำถาม
ปลายเปิดเกี่ยวกับข้อคิดเห็นในการดูแลสุขภาพตนเอง 7 ข้อ ซึ่ง
เป็นความรู้ การปฏิบัติ และข้อคิดเห็นการด้านหลักเสี่ยง
พฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การมี
พฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม การมีส่วนร่วมใน
กิจกรรมครอบครัวและสังคม, การมีสุขภาพจิตที่ดีอยู่เสมอ และ
การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่มีความสำคัญในผู้สูงอายุ

2) แนวทางสนทนากลุ่มผู้สูงอายุ แนวทางสนทนา
กลุ่มผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ใช้ในการสนทนากลุ่ม
ก่อนและหลังการพัฒนา

3) แบบการสังเกตการมีส่วนร่วม ใช้ในการสังเกต
การดำเนินงานของผู้เข้าร่วมวิจัย รวมทั้งการบันทึกภาพกิจกรรม
ต่างๆ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบ
ความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ความเที่ยงแบบ
สัมภาษณ์ในส่วนความรู้ด้วยวิธีของคูเดอร์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์
0.82 ในส่วนการปฏิบัติ โดยวิธีการของครอนบาช ได้ค่า
สัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม
คอมพิวเตอร์ SPSS For Windows ข้อมูลคุณลักษณะส่วน
บุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยนำเสนอ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลการประเมินระดับความรู้และการ
ปฏิบัติ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ก่อนและหลังการ
พัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test ที่ช่วงเชื่อมั่น 95 % CI
ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล ที่
ได้จากผู้ให้ข้อมูลเพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลใน
ประเด็นที่ศึกษา โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 13
กุมภาพันธ์ 2556 ถึง วันที่ 31 มีนาคม 2556 ซึ่งดำเนินการเก็บ
ข้อมูล ดังนี้

1) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแหล่งข้อมูล
ประกอบด้วย 2 แหล่ง คือ เอกสารและบุคคล มีรายละเอียดของ
วิธีการเก็บดังนี้

1.1) ข้อมูลจากบุคคล โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ
เพื่อศึกษาสภาพปัญหาด้านความรู้ และด้านการปฏิบัติในการ
ดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความ
แตกต่างของคะแนน ก่อนและหลังการพัฒนา

1.2) ข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ ข้อมูลรายงานผลการ
คัดกรองภาวะสุขภาพของประชาชน ข้อมูลด้านสุขภาพได้จาก
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสะอาด

2) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพแหล่งข้อมูล คือ บุคคล
ได้แก่ ผู้สูงอายุ ตัวแทน ชุมชน และตัวแทนหน่วยราชการที่
เกี่ยวข้อง ซึ่งจะมีการจดบันทึกข้อมูล บันทึกเทปและบันทึก
ภาพประกอบกิจกรรม วิธีการเก็บข้อมูลคุณภาพดำเนินการ ดังนี้

2.1) การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)
กับกลุ่มผู้สูงอายุ ตัวแทน ชุมชน และตัวแทนหน่วยราชการที่
เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินสภาพทั่วไปในช่วงก่อนและหลังการจัด
ประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมตามเทคนิคกระบวนการวางแผน
แบบมีส่วนร่วม (เทคนิค A-I-C) ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการ
สนทนากลุ่ม และจดบันทึกประเด็นสำคัญตามแนวทางการ
สนทนากลุ่ม

2.2) การสังเกต (Observation) โดยผู้วิจัยสังเกต
การมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้สูงอายุ ตัวแทน ชุมชน และตัวแทน
หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง ตามประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการทราบ
เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ ในการประชุมตาม
ขั้นตอนและเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (เทคนิค

A-I-C) และการสังเกต การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.45 มีอายุเฉลี่ย 68 ปี อายุสูงสุด 84 ปี อายุต่ำสุด 61 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.0 รองลงมาคือ หม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 30.0 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 90.0 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 92.5 การได้มาของรายได้ มาจากทั้งตนเอง คู่สมรส และบุตรหลาน ร้อยละ 90.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 70.0 ความเพียงพอของรายได้ คือรายได้ไม่น้อยกว่ารายจ่าย ร้อยละ 55.0 มีผู้อาศัยอยู่ด้วยกันในครอบครัว 5 คน ร้อยละ 30.0 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 40.0 เป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 15.0

2. การประเมินความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุรายด้าน

พบว่าหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับสูงเพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยด้านที่มีความรู้ระดับสูงเพิ่มมากที่สุดคือการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ รองลงมาคือด้านการออกกำลังกายสม่ำเสมอ, การบริโภคอาหารที่เหมาะสม, การมีส่วนร่วมกิจกรรมครอบครัวและสังคม, การฉีดวัคซีนในผู้สูงอายุ และการมีสุขภาพจิตที่ดีอยู่เสมอ ตามลำดับ

3. การประเมินการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุรายด้าน

พบว่าหลังการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นทุกด้าน การออกกำลังกายสม่ำเสมอมีการปฏิบัติระดับดีสูงมากที่สุดรองลงมาคือ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ การฉีดวัคซีนในผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมครอบครัวและสังคม การมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมและการมีสุขภาพจิตที่ดีอยู่เสมอตามลำดับ

4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาภาพรวมก่อนและหลังพัฒนา จำนวน 40 คนโดยใช้สถิติ Paired t-test คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการพัฒนาเท่ากับ 28.83 คะแนน หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น 36.60 จากคะแนนเต็ม 42 คะแนน ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=13.26$, $p\text{-value}<0.001$, $95\%CI=5.74\text{-}7.81$) สรุปได้ว่าหลังการพัฒนาทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้น

5. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาภาพรวมจำนวน 40 คน โดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติก่อนการพัฒนาเท่ากับ 40.55 คะแนน หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น 52.60 จากคะแนนเต็ม 66 คะแนน ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=14.04$, $p\text{-value}<0.001$, $95\%CI=10.31\text{-}13.79$) สรุปได้ว่าหลังการพัฒนาทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเพิ่มขึ้น

6. ผลการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการวางแผนโดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ตัวแทนผู้นำชุมชน และตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้โครงการจำนวน 6 โครงการคือ 1) โครงการ อสม. ประสานใจ ให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ 2) โครงการส่งเสริมอาชีพด้านการจักสานและทอเสื่อกลุ่มผู้สูงอายุ 3) โครงการผู้สูงวัยใส่ใจการออกกำลังกาย 4) โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน 5) โครงการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง 6) โครงการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังแบบบูรณาการ โดยได้ดำเนินการเสร็จแล้ว 1 โครงการ คือ โครงการที่ 5 กำลังอยู่ระหว่างดำเนินการ 5 โครงการ ผลจากการดำเนินงานตามโครงการดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้และปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การออกกำลังกาย การรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมนันทนาการ มีการประเมินความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความโลหิต เป็นต้น ซึ่งการดำเนินงานในครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากชุมชนเป็นอย่างดี

บทสรุปและอภิปรายผล

ความรู้ (Knowledge) เป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ รายละเอียดต่างๆ และโครงสร้างที่ได้จากการศึกษาหรือประสบการณ์ที่มนุษย์ได้รับและสะสมไว้ในขอบเขตของปัญหาที่เรียงลำดับจากความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์และการประเมินผล (ปรเมษฐ์ วงษ์พุทธิชัย, 2550) หากผู้สูงอายุมีความรู้ก็จะนำไปสู่การปฏิบัติเนื่องจากความรู้และการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กัน การสร้างเสริมความรู้จะช่วยสร้างพฤติกรรมการปฏิบัติด้วยเสมอ ซึ่งมีทัศนคติที่ดีรวมกับองค์ประกอบอื่นๆ เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ (ประภาพร สุวรรณ, 2544)

ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาความรู้เพิ่มขึ้น โดยก่อนการพัฒนามีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 32.5 หลังการพัฒนาความรู้ระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70.0 ด้านที่มีความรู้ระดับสูงเพิ่มมากที่สุดคือ ด้านการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง โดยก่อนการพัฒนา ร้อยละ 35.0 หลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นร้อยละ 97.5 รองลงมา คือ ด้านการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ก่อนการพัฒนา ร้อยละ 57.5 หลัง

การพัฒนาเป็นร้อยละ 95.0 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=13.26$, $p\text{-value}<0.001$, $95\%CI=5.74-7.81$) สรุปได้ว่าการพัฒนา ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความรู้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวชิราวุธ ผลบุญภิรมย์ (2555) การพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ธงชัย ศรีธิน (2553) ผลของการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ นพดล เลี้ยงพรหม (2552) การวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าหลังการดำเนินงานตามโครงการที่ได้จากการวางแผนแบบมีส่วนร่วมผู้สูงอายุมีความรู้ระดับสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุพรรณิ ศรีกงพาน (2550) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน องค์กรในพื้นที่ ซึ่งผลการวิจัยพบว่าหลังจากการดำเนินงานระดับการรับรู้ความเชื่อเกี่ยวกับโรคเบาหวานของผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ร้อยละ 61.1 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของพิสิษฐ์ อนุศรี (2549) ได้ศึกษาการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองผู้สูงอายุ พบว่า แนวทางสำคัญในการพัฒนา คือ การเสริมความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องความตระหนักในคุณค่าและความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ การให้ความรู้เป็นกลุ่ม รายบุคคล ผลการศึกษาพบว่าระดับความรู้ ความเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นโดยมีคะแนนเฉลี่ยก่อนดำเนินการเท่ากับ 9.58 หลังดำเนินการเท่ากับ 12.83

การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองที่ต้องเพิ่มขึ้น โดยผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาภาพรวม พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติก่อนการพัฒนาเท่ากับ 40.55 คะแนนหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น 52.60 จากคะแนนเต็ม 66 คะแนน ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=14.04$, $p\text{-value}<0.0001$, $95\%CI=10.31-13.79$) สรุปได้ว่าหลังการพัฒนาทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองที่ต้องเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวชิราวุธ ผลบุญภิรมย์ (2555) การพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ธงชัย ศรีธิน (2553) ผลของการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และนพดล เลี้ยงพรหม (2552) การวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าหลังการดำเนินงานตามโครงการที่ได้จากการวางแผนแบบมีส่วนร่วมผู้สูงอายุมีการปฏิบัติระดับดี เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษ สอนกอง (2550) ได้ศึกษาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบ

มีส่วนร่วม พบว่าผลจากการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม ทำให้คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายก่อนและหลังดำเนินการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของเจตวัชร พาดา (2550) ได้ศึกษาเรื่องกระบวนการจัดการชมรมผู้สูงอายุของ Henri Fayol ร่วมกับเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม(A-I-C) ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการชมรมผู้สูงอายุโดยรวมและทุกๆ ด้าน คือ การวางแผน การจัดองค์การ การสั่งการสื่อสาร การประสานงานและการควบคุมกำกับ เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับมาก และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของพิสิษฐ์ อนุศรี (2549) ได้ศึกษาการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองผู้สูงอายุ พบว่า แนวทางสำคัญในการพัฒนา คือ การเสริมความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องความตระหนักในคุณค่าและความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ การให้ความรู้เป็นกลุ่ม รายบุคคล การเสนอตัวแบบผู้มีสุขภาพดี การจัดนิทรรศการ การทำป้ายเชิญชวน และจัดตั้งชมรมออกกำลังกายในหมู่บ้าน ผลการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองผู้สูงอายุ พบว่า สามารถจัดกิจกรรมออกกำลังกายได้ทุกคน มีกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่เป็นแบบแผนเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 36.11 เป็นร้อยละ 69.44

ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งการมีส่วนร่วมทำให้ผู้มีส่วนร่วมเกิดความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของ มีความยินยอมปฏิบัติตามตกลงยอมรับได้อย่างสมัครใจและเต็มใจ (วันชัย วัฒนศัพท์, 2546) เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control Technique: เทคนิค A-I-C) เป็นการประชุมที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อจัดทำแผน โดยเป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องประชุมได้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยน ความรู้และประสบการณ์ของผู้ที่เข้าประชุมแต่ละคน อีกทั้งยังสามารถนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ความต้องการ ข้อจำกัดและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องต่างๆ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้มีการระดมพลังสมองในการศึกษาเรียนรู้ วิเคราะห์และพัฒนาทางเลือก เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา และพัฒนา เกิดการตัดสินใจร่วมกัน เกิดพลังของการสร้างสรรค์และรับผิดชอบต่อการพัฒนาชุมชน (ธีระพงษ์ แก้วหาญ, 2543) ผลการวิจัยหลังเสร็จสิ้นการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control Technique: เทคนิค A-I-C) ในการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ ตัวแทนแกนนำชุมชนและเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอน จนทำให้เกิดโครงการต่างๆ โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณและความร่วมมือจากชุมชนเป็นอย่างดี และผลการดำเนินงานตามโครงการดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้และมีการปฏิบัติ

กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวชิราวุธ ผลบุญภิรมย์ (2555) ได้ศึกษาการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ธงชัย ศรีธัน (2553) ได้ศึกษาเรื่องผลของการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และการศึกษาของนพดล เลี้ยงพรหม (2552) ได้ศึกษาการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าผลจากการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องได้โครงการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่ชุมชนและหน่วยงานราชการได้ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานเป็นอย่างดี และยังสอดคล้องกับการศึกษาของยุวลักษณ์ เลิศพุทธิพงศ์พร (2553) ศึกษาการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีประเด็นการศึกษาคือ การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างเครือข่ายการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การให้บริการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนาที่เกิดจากการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ เกิดการเรียนรู้รวมกลุ่มดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และมีการนำทุนทางสังคมมาใช้ได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับการศึกษาของกิ่งกาญจนา เมืองโคตร (2553) ได้ศึกษาการพัฒนาต้นแบบเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน และธัญญรัตน์ หงส์คง (2551) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผลของการเกิดการเรียนรู้ คือ ชุมชนร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ โดยการทำความเข้าใจเพื่อค้นหาปัญหา หาแนวทางแก้ไขปัญหาวางแผนดำเนินงานและดำเนินกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชนมีการค้นหาผู้นำการดูแลสุขภาพตนเอง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของมนต์ชัย โลหะการ (2551) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาความสัมพันธ์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนทางสังคมโดยการให้กำลังใจ เอาใจใส่ สนับสนุนกระตุ้นเตือนที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ดังนั้น ควรรณรงค์และสร้างกระแสการดูแลสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กฤษ สอนกอง. (2550). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมตำบลแม่สลิต อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก. รายงานการศึกษาระยะปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- กิ่งกาญจนา เมืองโคตร. (2553). การพัฒนาต้นแบบเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลบ้านฝาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จินตนา สุขจิตต์. (2549). การศึกษาและการพัฒนาชุมชน. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- จิระศักดิ์ เจริญพันธ์. (2550). การจัดการสาธารณสุขในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 6. ขอนแก่น: คลังน่านวิทยา.
- เจษฎา สุวรรณรงค์. (2550). การพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุโดยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ตำบลโนนผ่อง อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ตนเองในผู้สูงอายุ โดยความร่วมมือของภาครัฐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน มีความสำคัญที่จะส่งเสริมให้เกิดเครือข่าย การสนับสนุนจากทีมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจะเป็นปัจจัยเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง ให้เกิดความยั่งยืน และยังสอดคล้องกับการศึกษาของเศรษฐพงศ์ จำตา (2548) ได้ศึกษาการวางแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการศึกษาพบว่าได้มี โครงการที่เป็นโครงการที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนเกิดขึ้นหลายโครงการ

ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์

ความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่าด้านที่มีความรู้ระดับสูง และการปฏิบัติในระดับดี น้อยที่สุด คือการมีสุขภาพจิตที่ดีอยู่เสมอ ดังนั้นผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมและสนับสนุนการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี เช่น การจัดกิจกรรมวันผู้สูงอายุ การรดน้ำดำหัวเนื่องในวันสงกรานต์ การปฏิบัติธรรมในวันพระ หรือกิจกรรมรื่นเริงอื่นๆ ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ควรนำเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (เทคนิค A-I-C) ไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาอื่นๆของชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรนำเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ไปศึกษาในการแก้ไขปัญหาด้านต่างๆของชุมชน โดยเฉพาะปัญหาที่เกิดจากการขาดความร่วมมือจากชุมชนและควรใช้เวลาในการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนที่มากขึ้น เพื่อศึกษาถึงความยั่งยืนและความต่อเนื่อง โดยใช้เวลาประมาณ 3-5 ปี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะอาจารย์ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข และอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่าน ที่ได้ถ่ายทอดองค์ความรู้ ในการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอเมืองบึงกาฬ นายกเทศมนตรีตำบลหอค้า ในการประสานงาน และร่วมวิจัย ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุบ้านโคกสะอาดทุกท่านที่ให้ความกรุณาตอบแบบสัมภาษณ์ และให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

- เจตวัชร พาทา. (2550). กระบวนการจัดการชมรมผู้สูงอายุของ Henri Fayol ร่วมกับเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม(A-I-C) เทศบาลตำบลอากาศ อำนาจ จังหวัดสกลนคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- เฉลียว บุรีภักดิ์. (2545). ขุดวิชาการวิจัยชุมชน. นนทบุรี: สำนักมาตรฐานการศึกษาสำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ กระทรวงศึกษาธิการ และสำนักมาตรฐานอุดมศึกษา ทบวงมหาวิทยาลัย.
- ทวีศักดิ์ นพเกษร. (ม.ป.ป.). วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เล่ม 1. นครราชสีมา: เจริญมาร์เก็ตติ้ง.
- ธีรวิทย์ เอกะกุล. (2552). การวิจัยปฏิบัติการ (พิมพ์ครั้งที่ 2). อุบลราชธานี: ยังสวัสดิ์อินเตอร์กรุป.
- ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. (2543). กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม ประชาสังคม (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: คลังนาโนวิทยา.
- ธีระภัทรา เอกผาชัยสวัสดิ์. (2553). ชุมชนศึกษา. กรุงเทพฯ: แอคทีฟพริ้นท์.
- ธงชัย ศรีธนะ. (2553). ผลของการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ บ้านคอนนิมพัฒนา หมู่ที่ 9 ตำบลคอนนิม อำเภอน้ำโง จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาระดับปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธัญญรัตน์ หงส์คง. (2551). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลนาด้วง อำเภอนาด้วง จังหวัดเลย. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. (2543). กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม ประชาสังคม (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: คลังนาโนวิทยา.
- นรินทร์ ชูพันธุ์. (2552). แนวทางการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในเขตตำบลโนนสำราญ จังหวัดนครราชสีมา. รายงานการศึกษาระดับปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นพดล เลี้ยงพรหม. (2551). ผลการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านจืด อำเภอกู่แก้ว จังหวัดอุดรธานี. รายงานการศึกษาระดับปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: สหุเนียนครีเอชั่น.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2544). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ประมณัฐ วงษ์พุทธิชัย. (2550). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายของนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในระดับประถมศึกษา อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการทางการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิสิษฐ์ อนุศรี. (2549). การพัฒนาการออกกำลังกายผู้สูงอายุ บ้านดอนสนวน หมู่ที่ 11 ตำบลหนองแขง อำเภอนาคู จังหวัดชัยนาท. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.
- มนจิรา อัมจักร. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอโพธารอง จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มนต์ชัย โลหะการ. (2551). การศึกษาความสัมพันธ์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพังงา. รายงานการศึกษาระดับปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ยุวลักษณ์ เลิศพุทธิพงศ์พร. (2553). การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลเมืองบางศรีเมือง อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี. รายงานการศึกษาระดับปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสะอาด. (2555). ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกสะอาด ปี 2555. ปึงกาฬ: โรงพยาบาล.
- วิชารุช ผลบุญภิรมย์. (2555). การพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ บ้านเก่าจั่ว ตำบลเก่าจั่ว อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาระดับปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วันชัย วัฒนศัพท์. (2546). คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจของชุมชน. ขอนแก่น: ศิริพันธ์ออฟเซต.
- ศรีประภา กลุณวงศ์. (2555). มองไปข้างหน้าถึงเวลาเตรียมพร้อมรับสังคมผู้สูงอายุ. เพื่อนสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5, 6(6),1-3.
- เศรพงษ์ จำตา. (2548). การวางแผนส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านท่าศาลา ตำบลท่าศาลา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สัมฤทธิ์ ศรีดำรงสวัสดิ์. (2553). รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: คิวพี.
- สมนึก กุลสถิตพร. (2549). กายภาพบำบัดในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ออฟเซตเพรส.
- สุพรรณิ ศรีกพาน. (2550). การดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและองค์กรในพื้นที่: กรณีศึกษาในเขตเทศบาลตำบลพันดอน อำเภอภูพาน จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรุณา วัฒนสมบัติ. (2550). การพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Bloom, B. S. (1968). Taxonomy of education objective: Handbook I cognitive domain. New York: David MCI.

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุรายด้านก่อนและหลังพัฒนา(n=40)

ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ	14 (35.0)	39 (97.5)	14 (35.0)	1 (2.5)	12 (30.0)	0 (0.0)
2. การออกกำลังกายสม่ำเสมอ	23 (57.5)	38 (95.0)	16 (40.0)	2 (5.0)	1 (2.5)	0 (0.0)
3. การบริโภคอาหารที่เหมาะสม	14 (35.0)	34 (85.0)	23 (57.5)	6 (15.0)	3 (7.5)	0 (0.0)
4. ร่วมกิจกรรมครอบครัวและสังคม	12 (30.0)	25 (62.5)	20 (50.0)	13 (32.50)	8 (20.0)	2 (5.0)
5. การฉีดวัคซีนผู้สูงอายุ	3 (7.5)	14 (35.0)	10 (25.0)	6 (15.0)	27 (67.5)	20 (50.0)
6. สุขภาพจิตที่ดีอยู่เสมอ	4 (10.0)	12 (30.0)	8 (20.0)	40 (10.0)	28 (70.0)	12 (30.0)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้สถิติ Paired t-test (n=40)

ผลการเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ						
	$\bar{X}$	S.D.	95%CI	t-test	Df	p-value
ก่อนการพัฒนา	28.83	5.04	5.74 - 7.81	13.26	39	0.000
หลังการพัฒนา	35.60	3.41				

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของระดับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุแยกรายด้านก่อนและหลังการพัฒนา(n=40)

การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ	ระดับดี		ระดับปานกลาง		ระดับไม่ดี	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การออกกำลังกายสม่ำเสมอ	2 (5.0)	35 (87.5)	33 (82.5)	4 (10.0)	5 (12.5)	1 (2.5)
2. การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ	0 (0.0)	32 (80.0)	19 (47.5)	3 (7.5)	21 (52.5)	5 (12.5)
3. การฉีดวัคซีนในผู้สูงอายุ	4 (10.0)	31 (77.5)	7 (17.5)	7 (17.5)	29 (72.5)	2 (5.0)
4. มีส่วนร่วมในกิจกรรม ครอบครัวและสังคม	5 (12.50)	20 (50.00)	32 (80.00)	20 (50.00)	3 (7.50)	0 (0.00)
5. มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม	0 (0.0)	19 (47.5)	36 (90.0)	21 (52.5)	4 (10.0)	0 (0.0)
6. มีสุขภาพจิตที่ดีอยู่เสมอ	0 (0.0)	2 (5.0)	21 (52.5)	35 (87.5)	19 (47.5)	3 (7.5)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้สถิติ Paired t-test (n=40)

ผลการเปรียบเทียบการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ						
	$\bar{X}$	S.D.	95%CI	t-test	Df	p-value
ก่อนการพัฒนา	40.55	4.49	10.31 - 13.79	14.04	39	0.000
หลังการพัฒนา	52.60	5.38				