

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
ชุมชน ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

The Effect of Participatory Learning Program on Health Promotion Behavior
among Old Person in a Bansuan district, Chon Buri

ลักษณา พงษ์ภุมมา (Laksana Pongpumma)^{1*}

เชษฐา แก้วพรม (Chettha Kaewprom)²

ฐิติพร ยอดประเสริฐ (Thitiporn Yodprasert)³

เสนห์ ขุนแก้ว (Saneh Khunkaew)⁴

Corresponding author E-mail: laksana@bnc.ac.th*

(Received: April 25, 2021; Revised: December 9, 2021;

Accepted: December 20, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านความเจริญทางจิตวิญญาณและด้านการจัดการความเครียด มีค่าความเชื่อมั่น .83 ดำเนินการทดลองระยะเวลา 6 สัปดาห์ และติดตามผลระยะเวลา 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเพื่อการเปรียบเทียบ (independent t-test, repeated measure ANOVA)

ผลการวิจัย พบว่า หลังสิ้นสุดการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นบุคลากรสุขภาพควรนำแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุและควรมีการจัดอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในระยะยาว

คำสำคัญ: การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม, การส่งเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

- 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Boromarajonani College of Nursing, Chon-buri, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
- 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Boromarajonani College of Nursing, Phrae, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
- 3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านสวน
Bansoun Health Station
- 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

ABSTRACT

This study employed a quasi-experimental research with two-group pretest-posttest design, aiming to investigate the efficacy of participatory learning program on health promotion behaviors, among old persons. Participants were 60 old person, equally divided into an experimental and a controlled group. Instruments were a participatory learning program for health promotion, and a set of questionnaires obtaining data about personal information and health promotion behaviors including; health responsibility, physical exercise, nutrition, interpersonal relation, spiritual growth, and stress management, which reported an internal reliability of .01-.83. The program was implemented continuously lasting 6 weeks, and there was a follow-up evaluation one month after program finished. Data were analyzed using descriptive statistics, independent *t*-test, and repeated measure ANOVA.

The finding reveals that after finishing the program and 1 month after, old persons in an experimental group reported mean score of health promotion behaviors higher than that before participating the program ($p < .05$). Also, old persons in an experimental group reported mean score of health promotion behaviors higher than those in a controlled group ($p < .05$). Consequently, health workers should apply participatory leaning onto health promotion program for old persons. Also, health promotion program should be continuously implemented so that older persons will have a long term of appropriate health beliefs and behaviors.

Keywords: Participatory learning, Health promotion, Elderly, Pender's health promotion

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่อยู่ในวัยที่มีการเสื่อมถอยของสมรรถภาพด้านร่างกายที่ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุบุคคลจะมีการเสื่อมถอยของระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อระบบประสาท รวมถึงระบบอวัยวะต่าง ๆ ทำงานได้ไม่เต็มที่ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอ่อนแอ พละกำลังลดลง การทรงตัวไม่ดี ภูมิคุ้มกันต่าง ๆ ลดลง เกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายและบางคนมีโรคประจำตัวที่ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Taswan-int, 2016; Manorath, 2016) การเสื่อมถอยด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อไม่เพียงแต่ตัวของผู้สูงอายุเองแต่ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุด้วย หากผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพทำให้ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลเอาใจใส่ เกิดต้นทุนการดูแลทั้งเวลาและค่าใช้จ่าย ในขณะที่บางครอบครัวไม่มีรายได้ในระหว่างการดูแล (Romprasert, 2014) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นของการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ เพราะนอกจากจะเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุแล้วยังเป็นการลดต้นทุนในการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มดังกล่าวทั้งในระดับครอบครัวและระดับประเทศ (Amartmuntree, Kankam & Mongthaweepongsa, 2018; Boukeaw & Teungfung, 2016)

ปัจจุบันแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีด้วยกันหลากหลาย และมีแนวทฤษฎีหนึ่งที่ได้รับการยอมรับแพร่หลายในแวดวงนักวิชาการสาธารณสุข คือ แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's health promotion model) ที่เชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดจากการมีแรงจูงใจอยากมีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างไรก็ตามการที่บุคคลจะปฏิบัติตัวอย่างไรนั้นขึ้นกับความเชื่อด้านสุขภาพหรือประสบการณ์เดิมในการดำรงชีวิต (Danyuthasilpe, 2018) ดังนั้นหากบุคคลได้รับข้อมูลจนเกิดความเชื่อที่ถูกต้อง เขาก็จะแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งนี้เพนเดอร์ได้กล่าวถึงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไว้ 6 ด้าน (Pender, 2006) ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) ด้านการออกกำลังกาย (physical activity) ด้านโภชนาการ (nutrition) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relations) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) และด้านการจัดการกับความเครียด (stress management) ทั้งนี้ได้มีนักวิชาการนำเสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก 3 อ. ที่ประกอบด้วย อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ที่สะท้อนถึงการนำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาใช้ (Waichompu, Boontud, Singweratham, 2019) และมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุตามแนวคิดของเพนเดอร์เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครสวรรค์ (Booncharean, 2010) ในการวิจัยครั้งนี้ ทีมวิจัยพิจารณาแล้วเห็นว่าแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มีความเหมาะสมสำหรับจัดทำเป็นโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพราะมีกรอบแนวคิดที่ค่อนข้างชัดเจนสำหรับการปฏิบัติ

การส่งเสริมให้บุคคลมีความเชื่อและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเกิดจากการผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่เน้นการนำประสบการณ์เดิมมาคิดวิเคราะห์และปรับเปลี่ยนความเชื่อ ความเข้าใจไปในทิศทางที่เหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นช่วงวัยที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตมายาวนาน เป็นผู้เรียนวัยผู้ใหญ่ (adult learner) ที่เน้นปัญหาเป็นศูนย์กลางและสามารถดึงประสบการณ์เดิมมาใช้ประโยชน์ในการเรียนรู้และการแก้ปัญหา (Sakcharoen, 2015) ซึ่งการสอนหรือให้สุศึกษาแบบดั้งเดิมอาจจะไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นทีมวิจัยจึงนำแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning: PL) มาใช้เป็นฐานในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยแนวคิดการเรียนรู้ที่พัฒนาจากการเรียนรู้แบบอิงประสบการณ์ ประกอบด้วย 1) การจัดประสบการณ์ (experience) 2) การสะท้อนความคิดและอภิปราย (reflection and discussion) 3) ความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด (understanding and conceptualization) และ 4) การทดลองหรือประยุกต์แนวคิด (experiment) (Thinhanwong, 2018) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีนักวิจัยนำกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการส่งเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ เช่น การวิจัยของจิราภรณ์ ชูวงศ์ และปฏิญญา ก้องสกุล (Choowong & Kongsakul, 2012) และการศึกษาของ ศรีไพร ปอสิงห์ และอนงค์ หาญสกุล (Porsing & Harnsakul, 2019) เป็นต้น

ในการวิจัยครั้งนี้ ทีมวิจัยเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ จึงได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการวิชาการแก่สังคม โดยทีมวิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's health promotion model) และผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) ทั้งนี้ที่ผ่านมามีพบว่าการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่จะเป็นการให้สุศึกษาแบบดั้งเดิม เน้นการให้ความรู้ทางสุขภาพมากกว่าการนำประสบการณ์ชีวิตมาสร้างกระบวนการเรียนรู้ที่ยั่งยืน ดังนั้นทีมวิจัยพิจารณาว่าการจัดโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมน่าจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยคาดหวัง

ว่าผลการวิจัยจะเกิดประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและแนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองทันที ผู้สูงอายุที่เข้าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างสุขภาพจะมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมโปรแกรม
2. ระยะติดตามผล 1 เดือน ผู้สูงอายุที่เข้าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อเสริมสร้างสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมโปรแกรม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัตถุประสงค์ก่อน-หลังการทดลองและติดตามผล (two groups, pretest posttest and follow-up design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย เป็นกลุ่มผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลบ้านสวน (10 หมู่บ้าน) อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ขึ้นไป มีจำนวนทั้งสิ้น 974 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ทำการคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยนำกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน มาทำบัญชีรายชื่อแล้วนำรายชื่อมาทำฉลากจับรายชื่อแบ่งเป็น 2 ก่อ่ง ก่อ่งหมายเลข 1 เป็นกลุ่มทดลอง ก่อ่งหมายเลข 2 เป็นกลุ่มควบคุม ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนดจากคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายกันของ ศรีไพร ปอสิงห์ และองศ์ หาญสกุล (Porsing & Harnsakul, 2019) นำค่าที่ได้จากการศึกษามาแทนที่ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรคำนวณ Effect size estimates in repeated measures designs ได้ขนาด Effect size 1.4 จากนั้นนำค่าที่ได้ไปเทียบกับตารางของ Cohen (1988) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 และอำนาจการทดสอบที่ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 20 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างในการทดลองครั้งนี้ จำนวน 30 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก คือ สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทย สมครใจเข้าร่วมโครงการ มีที่อยู่อาศัยที่แน่นอนและมีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการประยุกต์หลักการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ Kolb's model (2015) แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การจัดประสบการณ์ (experience)

- การประชุมร่วมกับผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุในหัวข้อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ทั้ง 6 ด้าน หาข้อสรุป

เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และกำหนดเป้าหมายการจัดการปัญหาพฤติกรรมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดและอภิปราย (reflection and discussion)

- อภิปรายกลุ่มร่วมกับผู้สูงอายุโดยใช้เวลา ประมาณ 1 ชั่วโมงต่อครั้ง จำนวน 3 ครั้ง ด้วยวิธีการใช้กรณีศึกษา การดูวิดีโอทัศน์ แล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อให้ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน ตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์

ขั้นตอนที่ 3 ความเข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด (understanding and conceptualization)

- กระตุ้นให้ผู้สูงอายุสรุปความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน เกิดความคิดรวบยอดนี้จะส่งผลไปถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติ หรือความเข้าใจในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นำไปสู่การปฏิบัติสังเกตได้จากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เปลี่ยนไปของผู้สูงอายุภายหลังการร่วมอภิปรายกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 4 การทดลองหรือประยุกต์แนวคิด (experiment)

- กระตุ้นให้ผู้สูงอายุนำวิธีการ/กิจกรรม จากการเข้ากลุ่มไปดำเนินการเพื่อสร้างแนวปฏิบัติของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่ม โดยมีการจดบันทึกผลจากนั้นแต่ละคนนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และนำผลที่เกิดขึ้นมาแลกเปลี่ยนกันในการเข้ากลุ่มครั้งต่อไป ซึ่งคณะผู้วิจัยร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยยึดแนวปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่กลุ่มร่วมกันสร้างขึ้น โปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีระยะดำเนินการทั้งสิ้น 6 สัปดาห์

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสร้างประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายปิด จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย ชื่อ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และรายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีลักษณะเป็นมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) เป็นข้อความด้านบวก จำนวน 35 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้ 5 คะแนน	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้ 4 คะแนน
ปฏิบัติปานกลาง	ให้ 3 คะแนน	ปฏิบัติบางครั้ง	ให้ 2 คะแนน
ปฏิบัติน้อย/ไม่ปฏิบัติ	ให้ 1 คะแนน		

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

4.51 – 5.00	หมายถึง	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากที่สุด
3.51 – 4.50	หมายถึง	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก
2.51 – 3.50	หมายถึง	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพปานกลาง
1.51 – 2.50	หมายถึง	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อย
1.00 – 1.50	หมายถึง	พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยที่สุด

จากนั้นนำเครื่องมือที่สร้างแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ได้เท่ากับ .97, .98 และ 1 ตามลำดับ และนำไปทดสอบกับกลุ่มผู้สูงอายุชุมชนตำบลบางทราย ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Alpha's coefficient) ได้ค่า

ความเที่ยงรายด้านเท่ากับ .83, .81, .82, .83, .81, .82 ตามลำดับ ส่วนค่าความเที่ยงโดยรวมทั้งฉบับเท่ากับ .83

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี เลขที่อนุมัติ BNC REC 05/2561 ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้ลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมวิจัยก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาก่อนเริ่มดำเนินโปรแกรมฯ และในระหว่างการศึกษาหากผู้สูงอายุไม่ประสงค์จะเข้าร่วมกิจกรรมจนสิ้นสุดโครงการหรือได้รับผลกระทบไม่พึงประสงค์สามารถยุติการเข้าโปรแกรมฯ โดยอิสระไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อความสัมพันธ์หรือการได้รับบริการสุขภาพจากทีมวิจัยและหรือหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยในโรงเรียนผู้สูงอายุ จากเทศบาลตำบลบ้านสวน จากนั้นเข้าพบผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ให้ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก คือ สามารถอ่านและเข้าใจภาษาไทย สมารถใจเข้าร่วมดำเนินการวิจัย ทำแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก่อนเข้าร่วมวิจัย และแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน

3. กลุ่มควบคุมผู้วิจัยทำกิจกรรมการสอนให้ความรู้และสาธิตวิธีการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้านด้วยวิธีการดั้งเดิม ไม่มีการอภิปรายและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทุกวันพุธ จำนวน 6 สัปดาห์ ประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระยะหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 6 และติดตามผล 1 เดือนหลังการระยะหลังการทดลอง

4. กลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทุกวันจันทร์ โดยมีขั้นตอน ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ

1. สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

2. ให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน

3. การสอนให้ความรู้และสาธิตกิจกรรมที่ต้องทำเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ได้แก่ การหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ได้แก่ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ด้านโภชนาการ ได้แก่ อาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและวันสำคัญต่าง ๆ ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ได้แก่ ความภาคภูมิใจในตนเองสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์สู่คนรุ่นหลัง ด้านการจัดการกับความเครียด ได้แก่ วิธีการจัดการความเครียดในเชิงสร้างสรรค์

สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

1. ทบทวนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการออกกำลังกาย

2. นำตัวอย่างกรณีศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมมาให้ผู้สูงอายุร่วมอภิปราย และใช้การสะท้อนคิดด้วยการใช้กรณีศึกษา การดูวิดีโอเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุร่วมกันอภิปรายถึงผลกระทบของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและทำการเปรียบเทียบตัวอย่างกรณีศึกษากับประสบการณ์ของผู้สูงอายุ

3. แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่มย่อย จากนั้นทีมวิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม และให้แต่ละกลุ่มสรุปผลการเรียนรู้ที่ได้ นำเสนอความคิดรวบยอดที่ได้แล้วจดบันทึกลงในสมุดของตนเอง ทบทวนจนทุกคนเข้าใจตรงกัน

4. มอบหมายให้ผู้สูงอายุนำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการออกกำลังกายที่ได้จากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน

สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

1. ทีมวิจัยที่เป็นผู้นำกลุ่มทำการสุ่มผู้สูงอายุจำนวน 2 คน มานำเสนอวิธีการส่งเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านการออกกำลังกายที่นำไปใช้ในชีวิตประจำวันในสัปดาห์ที่ผ่านมา

2. ทีมวิจัยร่วมกันสรุปวิธีการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุนำเสนอ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจในการทำกิจกรรมต่อไป

3. ทีมวิจัยทบทวนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

4. นำกรณีศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ไม่เหมาะสมมาให้ผู้สูงอายุร่วมอภิปราย และใช้การสะท้อนคิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุร่วมกันอภิปราย

5. แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่มย่อย จากนั้นทีมวิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เหมาะสมและให้แต่ละกลุ่มสรุปผลการเรียนรู้ที่ได้ นำเสนอความคิดรวบยอดที่ได้แล้วจดบันทึกลงในสมุดของตนเอง ทบทวนจนทุกคนเข้าใจตรงกัน

6. มอบหมายให้ผู้สูงอายุนำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่เหมาะสมที่ได้จากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน

สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

1. สุ่มผู้สูงอายุจำนวน 4 คน มานำเสนอวิธีการส่งเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการและด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่นำไปใช้ในชีวิตประจำวันในสัปดาห์ที่ผ่านมา

2. สรุปวิธีการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุนำเสนอร่วมกับให้ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจในการทำกิจกรรม

3. ทบทวนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ซึ่งประกอบด้วย ทัศนคติในตนเอง สามารถถ่ายทอดประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์สู่คนรุ่นหลัง การกำหนดเป้าหมายของชีวิต ความกระตือรือร้นที่จะดำเนินชีวิตตามความมุ่งหวัง และด้านการจัดการกับความเครียดซึ่งประกอบด้วยวิธีการจัดการความเครียดในเชิงสร้างสรรค์

4. นำกรณีศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณและด้านการจัดการกับความเครียดที่ไม่เหมาะสมมาให้ผู้สูงอายุร่วมอภิปราย และใช้การสะท้อนคิดด้วยการใช้กรณีศึกษา การดูวิดีโอที่สั้นเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุร่วมกันอภิปราย

5. แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่มย่อย จากนั้นทีมวิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการเจริญทางจิตวิญญาณและด้านการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม และให้แต่ละกลุ่มสรุปผลการเรียนรู้ที่ได้ นำเสนอความคิดรวบยอดที่ได้แล้วจดบันทึกลงในสมุดของตนเอง ทบทวนจนทุกคนเข้าใจตรงกัน

6. มอบหมายให้ผู้สูงอายุนำวิธีการที่ได้จากกลุ่มไปใช้ในชีวิตประจำวัน

สัปดาห์ที่ 5 ดำเนินโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

1. สุ่มผู้สูงอายุจำนวน 6 คน มาเสนอวิธีการส่งเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การตรวจดูแลสุขภาพส่วนประกอบ วันผลิต วันหมดอายุของอาหารก่อนรับประทาน การตรวจสุขภาพประจำปี ด้านการออกกำลังกาย ตัวอย่างเช่น การทำกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย ติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง ด้านโภชนาการ ตัวอย่างเช่น การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับวัย ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ตัวอย่างเช่น การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและวันสำคัญต่าง ๆ ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ ตัวอย่างเช่น ความภาคภูมิใจในตนเองสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์สู่คนรุ่นหลัง ด้านการจัดการกับความเครียด ตัวอย่างเช่น วิธีการจัดการความเครียดในเชิงสร้างสรรค์ที่นำไปใช้ในชีวิตประจำวันในสัปดาห์ที่ผ่านมา

2. สรุปวิธีการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุนำเสนอร่วมกับให้ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจในการทำกิจกรรม

3. แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่มย่อย จากนั้นทีมวิจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับข้อดีของการปรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน และให้แต่ละกลุ่มสรุปผลการเรียนรู้ที่ได้นำเสนอ

4. สรุปข้อดีของการปรับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน ที่ผู้สูงอายุนำเสนอ ร่วมกับให้ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจในการทำกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 6 สรุปการเรียนรู้

1. สุ่มผู้สูงอายุจำนวน 6 คน มาเสนอวิธีการส่งเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณและด้านการจัดการกับความเครียดที่นำไปใช้ในชีวิตประจำวันในสัปดาห์ที่ผ่านมา

2. สรุปวิธีการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุนำเสนอร่วมกับให้ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจในการทำกิจกรรม

3. ให้ผู้สูงอายุทำแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระยะหลังการทดลองพร้อมกับย้ำเตือนให้ผู้สูงอายุนำวิธีการไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน และนัดหมายผู้สูงอายุมาพบกันอีกครั้งใน 1 เดือนต่อไปเพื่อประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระยะติดตามผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test การเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน วิเคราะห์ด้วยสถิติ repeated measure ANOVA ด้วยวิธีการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 75 เท่ากัน มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.60 และ 56.40 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 84.20 และ 95.80 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.30 และ 72.70 ตามลำดับ มีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด

คิดเป็นร้อยละ 50 และ 41.70 ตามลำดับ มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 1-3 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.70 และ 50 ตามลำดับ มีจำนวนบุตร 2 คนขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.70 และ 58.30 ตามลำดับและรายได้มีความเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 83.30 และ 75 ตามลำดับ

2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และเพิ่มเป็นระดับมากในระยะหลังการทดลองและในระยะติดตามผล ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางทั้งสามระยะ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ติดตามผล	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
กลุ่มทดลอง	2.81	.19	4.08	.21	3.64	.28
กลุ่มควบคุม	2.83	.13	2.82	.19	2.82	.18

หมายเหตุ ระดับคะแนน 1.00-1.50 = น้อยที่สุด 1.51-2.50 = น้อย 2.51-3.50 = ปานกลาง
3.51-4.50 = มาก 4.51-5.00 = มากที่สุด

3. ก่อนทำการทดลองที่มิวิจัยได้ทำการเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง	n	\bar{X}	SD	t	p
กลุ่มทดลอง	30	2.81	.19	.28	.78
กลุ่มควบคุม	30	2.83	.13		

4. ผู้วิจัยทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม และระหว่างระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการเปรียบเทียบวิธีการ (เข้าร่วมโปรแกรมฯ กับไม่เข้าร่วม) พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะเวลาที่แตกต่างกัน (ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 1 เดือน) พบว่า คะแนนพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละช่วงเวลามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมจะมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละช่วงเวลาไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับระยะเวลาที่แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F ^a	p
ภายในกลุ่ม (time)	12.127	1.909	6.354	180.652	.000
ความคลาดเคลื่อน	3.894	110.701	.035		
ระหว่างกลุ่ม (Group)	21.451	1	21.451	340.722	.000
ความคลาดเคลื่อน	3.651	58	.063		
ภายในกลุ่ม*ระหว่างกลุ่ม (time* Group)	12.621	1.909	6.612	188.003	.000
ความคลาดเคลื่อน	3.894	110.701	.035		
กลุ่มทดลอง (n=30)					
ระยะเวลา	24.475	1.898	13.040	246.689	.000
ความคลาดเคลื่อน	2.909	55.032	.053		
กลุ่มควบคุม (n=30)					
ระยะเวลา	.003	1.639	.002	.074	.896
ความคลาดเคลื่อน	.985	47.522	.021		

SS = Sum Square; df = degree of freedom; MS = Mean square

a = Greenhouse-Geisser correction was used to reduce type I error

5. การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง โดยเปรียบเทียบคะแนนระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแต่ละระยะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อทดสอบความแตกต่างรายคู่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระยะหลังการทดลองสูงกว่าระยะติดตามผล 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดง ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	\bar{x}	SD	MD.	p (One-tailed)
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.817	.195		
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.082	.213	1.265	.00
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	2.817	.195		
ระยะติดตามผล	3.643	.282	0.826	.00
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.082	.213		
ระยะติดตามผล	3.643	.282	-0.439	.00

อภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการทดลองเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

ระยะหลังการเข้าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อระยะผ่านไปหนึ่งเดือน คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก็ยังคงสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 5 ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า หลักสำคัญของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ และการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม โดยองค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ประกอบด้วย 1) ชั้นประสบการณ์ (Experience) เป็นขั้นตอนที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุเล่าประสบการณ์การดูแลตนเองและทำการวิเคราะห์ประสบการณ์ภายใต้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้านของเพนเดอร์ (Pender, 2006) 2) ชั้นสะท้อนคิดและอภิปราย (Reflection and Discussion) เป็นขั้นตอนที่กระตุ้นให้ผู้สูงอายุคิด ทบทวนประสบการณ์การดูแลตนเองและแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาาร่วมกัน และร่วมกันพิจารณาปัญหาถ่ายโอนความรู้จากสถานการณ์หนึ่งไปใช้ในอีกสถานการณ์เพื่อนำไปสู่การพิจารณาหาแนวทางในการแก้ปัญหา มีการทบทวนไตร่ตรองเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ ทศนคติและการกระทำที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน เพื่อให้เกิดความเข้าใจเนื้อหาอย่างลึกซึ้ง 3) ชั้นความคิดรวบยอด (Conceptualize) เป็นขั้นตอนของการกระตุ้นผู้สูงอายุให้ทำการสรุปความรู้ความเข้าใจของตนเองเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ ตลอดจนการวางแผนการนำเอาหลักความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน และ 4) ชั้นการทดลอง/การประยุกต์แนวคิด (Apply) เป็นขั้นตอนการให้ผู้สูงอายุนำหลักการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้านไปใช้ในชีวิตประจำวัน จากนั้นในการเข้ากลุ่มแต่ละครั้งก็จะเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเล่าประสบการณ์การนำไปปฏิบัติ การเล่าปัญหาและอุปสรรคของการดูแลสุขภาพตนเองและมีการอภิปรายแลกเปลี่ยนเพื่อร่วมกันแก้ปัญหาเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างต่อเนื่อง (Thinhanwong, 2018) ซึ่งการให้ความรู้ในลักษณะดังกล่าวจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจตนเอง เข้าใจหลักการส่งเสริมสุขภาพ และสามารถนำความรู้ไปปรับเปลี่ยนให้เข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตปกติได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลอง

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศรีไพร ปอสิงห์ และ อนงค์หาญสกุล (Porsing & Hamsakul, 2019) ที่ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่หนึ่งของจังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษาพบว่า การใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ด้านการส่งเสริมการออกกำลังกาย ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไปและด้านอาหารและโภชนาการ พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความรู้การมีส่วนร่วมต่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ ชูวงศ์ และ ปฏิญา ก้องสกุล (Choowong & Kongsakul, 2012) ที่ทำการทดลองใช้การสอนแบบมีส่วนร่วมสำหรับผู้สูงอายุในเรื่องเกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ซึ่งผลการทดลองพบว่า การสอนด้วยวิธีการเรียนรู้ดังกล่าวช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ในงานวิจัยทั้งสองชิ้นต่างก็ใช้การสอนแบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งนี้การวิจัยต่างให้เหตุผลว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจะเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ ได้นำประสบการณ์ของตนเองมาร่วมอภิปรายในกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจในเชิงลึกจนทำให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมตามมาหลังการเข้าร่วมกลุ่ม

อย่างไรก็ตามในระยะติดตามผล (หลังการทดลอง 1 เดือน) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนทำการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่คะแนนดังกล่าวกลับลดลงกว่าคะแนนหลังสิ้นสุดการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นกัน (ดังแสดงในตารางที่ 4) ซึ่งการลดลงของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระยะติดตามผลนั้นเนื่องจากในช่วงติดตามผลผู้สูงอายุไม่ได้เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มที่มีโอกาสอภิปรายปัญหาสุขภาพหรือทำงานร่วมกัน เป็นเพียงการนำสิ่งที่เรียนรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน จึงส่งผลให้ไม่มีสัมพันธภาพร่วมพูดคุยแก้ไขปัญหาด้วยกันภายในกลุ่มและไม่สามารถนำไปพัฒนาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องได้อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยของการทำงานของสมอง การรู้คิดและเขavn ปัญหาจึงมีความโน้มเอียงที่จะหลงลืมเรื่องราวต่าง ๆ ได้ (Trakulsithichoke, 2018; Bautong, Sapapat & Jitjarat, 2018) ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้ในระยะติดตามผลกลุ่มตัวอย่างอาจจะลืมเนื้อหาและขาดการควบคุมกำกับตนเองเพื่อปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพลดลง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรสุขภาพควรนำเอาแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) ไปใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เพราะเป็นการจัดการเรียนรู้ที่สอดคล้องกันธรรมชาติการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ (Bautong, Sapapat & Jitjarat, 2018) ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ และควรมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการคงอยู่ของความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามในการวิจัยครั้งนี้ยังพบข้อจำกัดในการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อตัวแปรตาม เช่น ระดับเขavnปัญญาของผู้สูงอายุ หรือการรับทราบข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพจากช่องทางอื่น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

รูปแบบการประเมินผลโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมควรใช้วิธีวัดมากกว่า 2 รูปแบบ โดยทั้งลักษณะของข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยมีการสนทนากลุ่มร่วมกัน และในขั้นตอนการวัดผลของความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมควรมีการติดตามผลภายหลังเป็นระยะ ๆ เพื่อทราบถึงความคงทนของกิจกรรมและสามารถใช้ผลการศึกษได้ในระยะยาวได้

References

- Armarmuntee, T., Kankarn, W. & Mongthaweepongsa S. (2018). Cost-effectiveness of sufficiency health promotion program in elders with chronic disease in semi-urban, Yasothon province. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(1), 100-108. (in Thai).
- Bautong, S., Sapapat, S. & Jitjarat, S. (2018). Ageing related to reason method and needs of

- learning. Journal of education silpakorn university, 12(2), 6-16. (in Thai).
- Booncharean T. (2010). The health promotion and quality of life model development of older adults in Nakhon Sawan province. Naresuan University Journal, 18(1), 95-101. (in Thai).
- Boukeaw, P. & Teungfung, R. (2016). Health care and health status of Thai aging. Journal of the Association of Researcher. 21(2), 94-108. (in Thai).
- Choowong, J., Kongsakul, P. (2012). Effects of participatory learning on knowledge of hypertension and food consumption of hypertensive elderly patients in elderly club of Amphur Muang, Trang provice. Journal of Health Science Research, 6(2), 30-37. (in Thai).
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Danyuthasilpe C. (2018). Pender's health promotion model and its applications in nursing practice. Songklanagarind Journal of nursing, 38(2), 132-141. (in Thai).
- Kolb, D. A. (2015). Experiential learning: experience as the source of learning and development. 2nd ed. USA: Pearson Education. Inc.
- Manorath P., Kamfong K., Waengnork W. & Nitirat P. (2016). Self-health care of the buddhist elderly in suburban area: a case study Ban Na-Plong, tambon Tha-Sao, amphur Muang, Uttaradit Province. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal, 8(2), 96-111. (in Thai).
- Pender N.J., Murdaugh C.L., & Parson M.A. (2006). Health promotion in nursing practice. 4th ed. Upper Saddle River, N.J.: Prentia Hall.
- Porsing S., & Harnsakul, A. (2019). Effectiveness of learning programs knowledge and self-care behaviors in participatory learning to elderly's Kongbuakhok sub-district, Chatturat district, Chaiyaphum province. Journal of The Office of DPC 6 Khon Kaen, 19(1), 39-53. (in Thai).
- Romprasert, S. (2014). Articles old age: the age and readiness of the Thai government. Journal of Economics and Public Policy, 5(10), 16-25. (in Thai).
- Rungpichayapichet, P. & Chotyakul, N. (2018). Application of participatory learning process for classroom chatting reduction. Panyapiwat Journal, 10, 242-251. (in Thai).
- Sakcharoen, P. (2015). Adult learning theory and self-directed learning concept: learning process for promoting lifelong learning. Journal of The Royal Thai Army Nurses, 16(1), 9-13. (in Thai).
- Srisong, R. Mahaweerawat, U., & Tangpaisan, P. (2012). The effects of group process application on health behaviors of the elders in elderly clubs in Nong Bua Sub-District, Archsamart district, Roi Et Province. Journal of Social Science for Local Rajabhat Mahasarakham University, 6(2), 179-185. (in Thai).

Tasuwan-int, T. (2016). Fall in elderly. UBRU Journal for Public Health Research, 5(2), 119-131. (in Thai).

Thinhanwong, S. (2018). Participatory learning: from theory to practice in children's literature course. Journal of Humanities & Social Review, 17(1),1-11. (in Thai).

Trakulsithichoke, S. (2018). Prevention of dementia in older persons. Journal of Nursing and Health Care, 36(4), 6-14. (in Thai).

Waichompu, N., Boontud, R., & Singweratham, N. (2019). Elderly health promotion by three main concepts. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 6(2), 262-269. (in Thai).