

9) ต่อมทอนซิล ในการตรวจต่อมทอนซิลนั้น ใช้เทคนิคการสังเกตเช่นเดียวกับการตรวจฟันและเหงือก

การบันทึกผลการตรวจนั้น บอกขนาดและรอยโรค ดังนี้

1* = มองเห็นขอบของต่อมทอนซิล

2* = ขอบของต่อมทอนซิลมาอยู่ใกล้ ลิ้นไก่ (Uvula)

3* = ขอบของต่อมทอนซิลมาแตะที่ลิ้นไก่

4* = ขอบของต่อมทอนซิลมาอยู่กึ่งกลางคอ

การแปลความหมายนั้น ผู้ที่ต่อมทอนซิลมองเห็นไม่มีการบวมเท่ากันทั้งสองข้างของลำคอไม่มีรอยโรค สีเดียวกับเยื่อช่องปากเท่ากันที่ถือว่าเป็นผู้ที่มีต่อมทอนซิลปกติ นอกจากนี้แล้วถือว่าเป็นผิดปกติ

10) ลักษณะการขยายตัวของปอด การตรวจใช้เทคนิคการคลำ โดยให้ผู้ถูกตรวจอยู่ในท่าหนึ่ง ผู้ตรวจเอาฝ่ามือทาบบนแนวซี่โครงด้านหลัง มือแต่ละข้างอยู่ในบริเวณระดับเดียวกันทั้งสองข้าง โดยที่หัวแม่มืออยู่ตรงแนวกระดูกสันหลัง หัวไหล่จะเป็นศูนย์กลางสำหรับการเคลื่อนไหวของมือผู้ตรวจตามจังหวะการหายใจ

การบันทึกผลนั้น บันทึกลักษณะการเคลื่อนที่ของหัวแม่มือออกจากจุดกลางแนวสันหลังว่าเท่ากันหรือไม่ ในขณะที่มีการหายใจเข้าแต่ละครั้ง

การแปลความหมายนั้น ผู้ที่มีการเคลื่อนของนิ้วมือ ออกจากจุดกลางเท่ากันทั้งสองข้างเท่ากันถือว่าเป็นผู้ที่มีลักษณะการขยายตัวของปอดปกติ นอกจากนี้ถือว่าเป็นผิดปกติ

11) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและขา ตรวจความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขน โดยใช้กล้ามเนื้อข้อศอก โดยมีวิธีการตรวจ 2 ท่า คือ ท่างอข้อศอกต้านแรง และเหยียดข้อศอกต้านแรง ตรวจเหมือนกันทั้ง 2 ข้าง คือ

11.1) ผู้ถูกตรวจงอข้อศอก ผู้ตรวจกำที่ข้อมือออกแรงดึงให้ข้อศอกเหยียดออก

11.2) ผู้ถูกตรวจงอข้อศอก ผู้ตรวจกำที่ข้อมือออกแรงดันให้ข้อศอกหุบเข้า

ตรวจความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา โดยใช้ข้อเข่า มีการตรวจดังนี้

- ผู้ถูกตรวจงอเข้าข้าง ให้ผู้ถูกตรวจเกร็งเข้าเพื่อสู้แรงที่ผู้ตรวจพยายามยึดข้อเข้าออก โดยผู้ตรวจใช้มือจับข้อเท้า อีกมือหนึ่งกดหัวข้อออกแรงดึงให้เข้าเหยียดออก ตรวจทีละข้าง

- ผู้ถูกตรวจงอเข้าข้าง ผู้ตรวจใช้มือช้อนใต้เข้า อีกมือหนึ่งกำที่ข้อเท้าออกแรงกดข้อเท้าให้เข้างอเข้า ตรวจทีละข้าง

การบันทึกผลการตรวจความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้
(กาญจนา รัตนพิบูลย์, ม.ป.ป.:69)

- 0 หมายถึง ไม่มีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ
- 1 หมายถึง สามารถเคลื่อนไหวปลายมือหรือปลายเท้า ได้เล็กน้อย
- 2 หมายถึง สามารถเคลื่อนไหวได้แต่ไม่สามารถต้านแรงดึงได้
- 3 หมายถึง เคลื่อนไหวได้ดีพอควร สามารถต้านแรงดึงได้ แต่ไม่สามารถจะต้านกำลังของผู้ตรวจได้
- 4 หมายถึง เคลื่อนไหวได้ดีพอควร แต่ไม่เต็มที่
- 5 หมายถึง เคลื่อนไหวได้ตามปกติ

การแปลความหมายนั้น ผู้ที่มีการเคลื่อนไหวได้ตามปกติของแขนทั้งสองข้างและขาทั้งสองข้างเท่ากัน ถือว่าเป็นผู้ที่มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกล้ามเนื้อขาปกติ นอกจากนั้นถือว่า ผิดปกติ

12) การดูน้ำตาและโปรตีนในปัสสาวะ

ตรวจโดยการใช้นิวริสติกเทสต์ (Uristix test) ซึ่งสามารถตรวจหาน้ำตาลและโปรตีนในปัสสาวะได้ ในขณะที่เดียวกัน โดยการจุ่มกระดาษสำหรับตรวจลงปัสสาวะยกขึ้นแล้วอ่านผล

การบันทึกผล บันทึกโดยการเปรียบเทียบกับสีกาท์ (Chart) ซึ่งมี 6 ระดับ คือ ไม่ผิดปกติ (Negative), เล็กน้อย (Trace), 1⁺, 2⁺, 3⁺ และ 4⁺ ทั้งน้ำตาลและโปรตีน

การแปลความหมายนั้น ผู้ที่มีน้ำตาและ โปรดีนในปัสสาวะ ทั้งสองอย่างมีผลเป็น
ไม่ผิดปกติ (Negative) เล็กน้อย (Trace) เท่านั้นที่ถือว่าเป็นผู้ที่มีน้ำตาและ โปรดีนในปัสสาวะ
ปกติ นอกจากนั้นแล้วถือว่าผิดปกติ

การตรวจสุขภาพกายนี้ใช้เป็นแนวในการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และสร้าง
เครื่องมือในการวิจัย

6.2 การตรวจสุขภาพจิต การตรวจสภาพจิต กระทำได้โดยการสังเกต พุดคุยในเรื่อง
ดังต่อไปนี้ (ไพร์ตัน พฤษชาติคุณากร, 2533:148-153)

1) พฤติกรรมและลักษณะที่ปรากฏ สิ่งที่ต้องสังเกต คือ

1.1) ระดับความรู้สึกตัว (Consciousness) ดูว่ามีความสับสน งุนงง ง่วง
หาวนอน ซึม ไม่ค่อยรู้สึกตัว หรือรู้สึกตัวดี หรือรู้สึกตัวเป็นบางช่วง ระดับความรู้สึกทดสอบได้โดย
การออกคำสั่ง ให้ปฏิบัติตาม

1.2) รูปร่างลักษณะ อวัยวะประกอบหรือพิการ หน้าตาสมวัย หรือไม่

1.3) การแต่งกาย ผม และอนามัยส่วนบุคคล

1.4) การแสดงออกทางสีหน้าดูว่าขณะสัมภาษณ์ มีสีหน้าอย่างไร เรียบ

เฉย เศร้า โศก บุคบึ้งโกรธ เคร่งเครียด กังวล ระแวงสงสัย พ่อนคลาย หรือเป็นมิตร การ
แสดงออกของสีหน้า เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมกับเรื่องราวที่คุยกันเพียงใด

1.5) ท่าทางและการเคลื่อนไหว สังเกตว่ามีท่าทางแปลก ๆ หรือการ

กระทำที่ซ้ำ ๆ กันโดยไม่มีจุดหมาย เช่น การแยกเขี้ยวยิงฟัน การบิดตัวแบบแปลก ๆ หรือการ
กระตุก การออกท่าทางประกอบคำพูด ความเป็นระเบียบของเรื่องที่พูด ความสัมพันธ์ระหว่าง
ท่าทางการเคลื่อนไหวกับเรื่องที่พูด การมีสมาธิกับเรื่องที่พูด หรือเหม่อลอย การประสานสายตากับผู้ตรวจ

2) คำพูด (Speech) สังเกตความดัง ความชัด ความกังวล สูง-ต่ำของเสียง

ตลอดจนจังหวะของคำพูด ความเป็นระเบียบของเรื่องที่พูด ได้แก่ การพูดตรงเรื่อง ได้ใจความ
ไม่วกวน ปริมาณของคำพูด มาก-น้อยเพียงใด ความเร็วในการพูด เร็ว-ช้าเพียงใด ภาษาที่พูด
เข้าใจได้ พุดเป็นภาษา เรื่องที่พูดเป็นจริงหรือไม่

3) อารมณ์ (Affective or Emotional State) เป็นสิ่งที่แสดงถึงความรู้สึกต่อสิ่งต่าง ๆ อารมณ์ที่ตรวจพบได้ คือ อารมณ์ปกติ (Normal) เศร้า (Depressed) หงุดหงิด (Irritable) กังวล (Anxious) เป็นต้น

4) ความคิด (Thought Process) จะต้องพิจารณาในเรื่องต่อไปนี้คือ

4.1) กระแสความคิด ได้แก่ ความต่อเนื่องและความสัมพันธ์กันระหว่างเรื่องที่ถูก จังหวะของการพูด

4.2) เนื้อหาความคิดของผู้ป่วย สังเกตความถูกต้อง มีเหตุผลถูกต้องและเหมาะสมหรือไม่ ได้แก่ การย้ำคิดย้ำทำ ความกลัว หวาดระแวง

5) การรับรู้สิ่งเร้า มีหูแว่ว ภาพหลอน หรือประสาทหลอนชนิดอื่น หรือไม่ มีการแปลภาพผิด หรือการแปลเสียงผิดหรือไม่

6) การรับรู้เวลา สถานที่และบุคคล (Orientation) ควรพิจารณาเกี่ยวกับเรื่องดังนี้คือ

6.1) เวลา ควรรู้เกี่ยวกับเวลา (กี่โมง) วัน เดือน ปี

6.2) สถานที่ ควรรู้อยู่ที่ไหน จังหวัดอะไร

6.3) บุคคล ควรรู้จักชื่อของตนเอง บุคคลใกล้ชิด

7) ความจำ (Memory) คำถามต้องครอบคลุมถึงสิ่งต่อไปนี้

7.1) ความจำเก่า เรื่องในวัยเด็ก หรือความจำในสิ่งที่ผ่านไปแล้ว

7.2) ความจำใหม่ ความจำในสิ่งที่เกิดขึ้นในเวลาใกล้ ๆ

8) ความตั้งใจและสมาธิ (Attention and Concentration)

ในการวิจัยครั้งนี้ประเมินภาวะสุขภาพทางกาย โดยการประเมินในเรื่องภาวะโภชนาการ อุณหภูมิของร่างกาย ชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต ความสามารถในการมองเห็น การรับรู้เสียงของหู หัน เหงือก ต่อมทอนซิล ลักษณะการขยายตัวของปอด ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและขา การหาหน้าตาลและโปรตีนในปัสสาวะ ส่วนสุขภาพจิตนั้น ประเมินในเรื่องของระดับการรู้สึกตัว ความจำ ความคิด อารมณ์ การปฏิบัติหน้าที่

6.3 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

ในการประเมินพฤติกรรมสุขภาพได้ดัดแปลงมาจาก การประเมินผลการเรียนรู้ จาก การจัดการเรียนการสอนในส่วนของจุดประสงค์ด้านจิตพิสัย ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้ (คณะกรรมการ การศึกษาเอกชน, 2536: 124-126)

ขั้นที่ 1 กำหนดสมรรถภาพหรือพฤติกรรมหลัก ซึ่งเป็นการกำหนดพฤติกรรมผลการเรียนรู้ ที่ต้องการจะวัดพฤติกรรมสุขภาพ เช่น สุขภาพกาย สุขภาพจิต

ขั้นที่ 2 กำหนดพฤติกรรมย่อย เป็นขั้นที่นำเอาพฤติกรรมหลักจากขั้นที่ 1 มาจัด กระทำให้เป็นพฤติกรรมย่อย ที่มีความชัดเจน และสังเกตพฤติกรรม ดังกล่าวได้ง่ายขึ้น

ขั้นที่ 3 กำหนดพฤติกรรมบ่งชี้ เป็นขั้นที่นำเอาพฤติกรรมย่อยที่ได้จากขั้นที่ 2 มา จำแนกหาตัวพฤติกรรมที่เป็นตัวชี้บ่ง

7. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

7.1 ทฤษฎีการมีส่วนร่วม

ความหมายของการมีส่วนร่วม เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมต่าง ๆ ได้มีนักการศึกษาและนักวิชาการ ได้ให้ความหมายไว้มากมายดังนี้

กรรณิศา ชมดี (2524:11) ได้ให้ความหมาย "การมีส่วนร่วมของประชาชน" ว่าหมายถึง ความร่วมมือของประชาชนไม่ว่าของปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มคนที่เห็นพ้องต้องกัน และ เข้าร่วมรับผิดชอบเพื่อควาเนินการพัฒนาและเปลี่ยนแปลง ไปในทิศทางที่ต้องการโดยกระทำผ่าน องค์การเพื่อให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงที่พึงประสงค์

ในขณะที่เดียวกัน ยุวัฒน์ วุฒิเมธี (2526:25) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม ของประชาชนไว้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น หมายถึงการเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มี ส่วนร่วมในการคิดริเริ่มการพิจารณาตัดสินใจการร่วมปฏิบัติและร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ อันมี ผลกระทบต่อตัวประชาชนเอง การที่สามารถทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบท เพื่อแก้ไขปัญหาและนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนที่ดีขึ้น ได้ดังนี้ ผู้ทำการเปลี่ยนแปลงต้อง ยอมรับปรัชญาพัฒนาชุมชนที่ว่า มนุษย์ทุกคนต้องมีความปรารถนาที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น และพร้อมที่จะ

อุทิศตนเพื่อกิจกรรมของชุมชนขณะเดียวกันต้องยอมรับด้วยความบริสุทธิ์ใจว่ามนุษย์นั้น สามารถพัฒนาได้ถ้ามีโอกาสและได้รับการชี้แนะอย่างถูกต้อง

ส่วน ไพร่ตันน์ เดชะรินทร์ (2527:36-38) ได้เสนอความหมายและหลักการสำคัญ เรื่องนโยบายการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาว่า หมายถึง กระบวนการที่รัฐบาลทำการส่งเสริมชักนำสนับสนุนและสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชนทั้งในส่วนบุคคล กลุ่มคน ชุมรม สมาคม มูลนิธิ และองค์การอาสาสมัครรูปแบบต่าง ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องรวมกัน ในเรื่องต่อไปนี้ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และนโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้คือ

- 1) ร่วมทำการศึกษาค้นคว้าปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น ในชุมชนรวมตลอดจนความต้องการของชุมชน
- 2) ร่วมคิดหาและสร้างรูปแบบวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ไข และลดปัญหาของชุมชนหรือเพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน หรือสนองความต้องการของชุมชน
- 3) ร่วมวางนโยบายแผนงานโครงการหรือกิจกรรม เพื่อขจัดแก้ไข้ปัญหาและสนองความต้องการของชุมชน
- 4) ร่วมตัดสินใจใช้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม
- 5) ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบบริหารงานพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
- 6) ร่วมการลงทุนในกิจกรรมโครงการของชุมชนตามขีดความสามารถของตนเอง และหน่วยงาน
- 7) ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการ และกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

8) ร่วมควบคุมติดตามประเมินผล และร่วมบำรุงรักษาโครงการ

นอกจากนี้สุจินต์ ดาววีระกุล (2527:18) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า "การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการกระทำที่ประชาชนมีความสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดความเปลี่ยนแปลง เพื่อตัวประชาชนเอง โดยให้ประชาชน

ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อตนเอง และมีส่วนดำเนินการเพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ที่ตั้ง
ปรารถนา ทั้งนี้ต้องมีใช่เป็นการกำหนดกรอบความคิดจากบุคคลภายนอก

จากความหมายการมีส่วนร่วมตามที่นักวิชาการ และนักการศึกษาที่ได้กล่าวไว้
พอสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนหมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้าร่วมกิจกรรม
ต่าง ๆ เพื่อก่อให้เกิดความพัฒนาตามจุดมุ่งหมายที่ได้กำหนดไว้โดยประชาชนเป็นผู้ริเริ่ม

ลักษณะและรูปแบบของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นมีหลายลักษณะและหลายรูปแบบ เพราะจุดมุ่งหมาย
ในการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนนั้น บ่อยแตกต่างกันออกไปตามความต้องการของตนเองและ
ท้องถิ่น แต่จุดมุ่งหมายหลักของทุกคนก็เพื่อจะพัฒนาท้องถิ่นของตนเองให้เจริญก้าวหน้า ได้มีนัก
วิชาการและนักการศึกษา ได้จัดลักษณะและรูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมต่าง ๆ
ไว้ดังนี้

อาภรณ์พันธ์ จันทร์สว่าง (2525:13) ได้สรุปรูปแบบของการมีส่วนร่วมของประชาชน
ในโครงการต่าง ๆ ไว้ดังนี้

"การมีส่วนร่วมประชุม การมีส่วนร่วมสัมภาษณ์ การมีส่วนร่วมออกวัสดุอุปกรณ์ การมี
ส่วนร่วมเป็นผู้นำ การมีส่วนร่วมเป็นผู้ริเริ่ม การมีส่วนร่วมเป็นกรรมการ การมีส่วนร่วมเป็นผู้บริโภค
และการมีส่วนร่วมเป็นผู้จ่ายเงิน" ส่วนไพรัตน์ เดชะรินทร์ (2526:25) ได้ชี้ให้เห็นลักษณะ
ของการมีส่วนร่วมว่า "การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนที่แล้มาเป็นการเข้ามามีส่วนร่วมใน
แง่ของการร่วมกันขายแรงงาน สมทบวัสดุ สมทบเงิน ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมกันทำ แต่การมี
ส่วนร่วมในัจจุบันและในอนาคตจะเป็น เมื่อการมีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมทำและร่วม
บำรุงรักษามากกว่าการร่วมสมทบในรูปแบบอื่น ๆ แม้ว่ายังมีลักษณะที่จะให้ร่วมแรง วัสดุและเงิน"

แนวคิดและเงื่อนไขการมีส่วนร่วม

สำหรับแนวคิดของการมีส่วนร่วม พัทม์ บุญรัตนพันธ์ (2517:14) ได้กล่าวถึงการ
มีส่วนร่วมไว้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนจะต้องดีขึ้นโดยตลอด ตั้งแต่การวางแผนโครงการ การ
เสียสละกำลังแรงงาน วัสดุ กำลังเงิน หรือทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนนั้น

ในขณะที่เดียวกัน นีรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2527:25-27) ได้กล่าวถึงเงื่อนไขของการมีส่วนร่วมไว้ว่า

- 1) ประชาชนต้องมีอิสรภาพในการมีส่วนร่วม
- 2) ประชาชนต้องสามารถที่จะมีส่วนร่วม
- 3) ประชาชนต้องเต็มใจที่จะมีส่วนร่วม

ชนิดของการมีส่วนร่วม โคเฮน และอัฟฮอฟ (Cohen and Upholf, 1977: 219-222) ได้สรุปไว้ดังนี้

- 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบไปด้วย สามขั้นตอน คือ ริเริ่มตัดสินใจ ดำเนินตัดสินใจ และตัดสินใจปฏิบัติการ
- 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริหารและการประสานขอความร่วมมือ
- 3) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ไม่ว่าจะเป็ประโยชน์ทางด้าน วัตถุ ทางด้านสังคมหรือผลประโยชน์ส่วนบุคคล
- 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

จากแนวคิดและหลักการของการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยมีความเห็นว่า การที่จะให้ผู้สูงอายุ ปฏิบัติตามโปรแกรมสุขภาพจะต้องให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และความเข้าใจและตัดสินใจเข้าร่วม ปฏิบัติตามโปรแกรมสุขภาพ โดยอาศัยหลักของการมีส่วนร่วมคือร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ ร่วมกันแก้ปัญหา ร่วมประเมินผล เพื่อให้ผลที่เกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้และกิจกรรมของ โปรแกรมสุขภาพสามารถปฏิบัติต่อเนื่องไปตลอด

7.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory)

นักจิตวิทยาทางการศึกษา ได้ให้ความหมายของการเรียนรู้ไว้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมของผู้เรียน ในขณะที่นักพฤติกรรมศาสตร์ได้ให้คำจำกัดความของ การเรียนรู้ว่าเป็น กระบวนการของการได้รับความรู้ ความเข้าใจ หรือ ทักษะ โดยผ่านการมีประสบการณ์ หรือ จาก การได้ศึกษาในสิ่งนั้น ๆ การเรียนรู้อาจจะเกิดขึ้นจากการมีสิ่งเร้า และการตอบสนองอาจจะเกิด จากกระบวนการที่ซับซ้อน ซึ่งรวมถึงการให้เหตุผลการสร้างจินตนาการ การเกิดแนวคิดแบบ

นามธรรมและการแก้ปัญหาในการศึกษา การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้านสุขภาพอนามัย ให้ความสนใจในการเรียนรู้จากกระบวนการที่ซับซ้อน มากกว่าการเรียนรู้ที่เกิดจากสิ่งเร้า (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2532:36)

เบนจามิน บลูม และคนอื่น ๆ (Bloom. et al, 1956:8) ได้แบ่งระดับวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ ออกเป็น 3 ด้าน ตามลักษณะของพฤติกรรมดังนี้

1) พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) เป็นความสามารถและทักษะทางสมองในการคิดเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ นับเป็นการพัฒนาของปัญญาและทักษะซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ขั้นตอน คือ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2532:36-37)

1.1) ความรู้ (Knowledge) เป็นความสามารถในการจำหรือระลึกได้เกี่ยวกับ การนิยามคำ ความจริง กฎเกณฑ์ ผลลัพธ์ และหลักการ ซึ่งรวมประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เคยได้รับรู้มา

1.2) ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถในการแปลความหมาย และขยายความในเรื่องราวและเหตุการณ์ต่าง ๆ

1.3) การนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำสาระสำคัญไปใช้ในสถานการณ์จริง หรือการใช้ความเป็นนามธรรมในสถานการณ์รูปธรรม ซึ่งความเป็นนามธรรมอาจจะอยู่ในรูปความคิดทั่วไป กฎเกณฑ์ เทคนิค และทฤษฎี เป็นต้น

1.4) การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการแยกการสื่อความหมาย ไปสู่ส่วนย่อยเป็นส่วน ๆ เพื่อให้ได้ลำดับขั้นของความคิด ความสัมพันธ์กัน การวิเคราะห์หมู่่งที่จะสื่อความหมายให้มีความหมายชัดเจนยิ่งขึ้น

1.5) การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการนำหน่วยต่าง ๆ หรือส่วนต่าง ๆ ประกอบเข้าเป็นเรื่องเดียวกัน จัดเรียงเรียงและรวบรวมเพื่อสร้างแบบแผนหรือโครงสร้างที่ไม่เคยมีมาก่อน

1.6) การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสินคุณค่าของเนื้อหา วัสดุอุปกรณ์ และวิธีการทั้งในเชิงปริมาณ และคุณภาพที่สอดคล้องกับสถานการณ์ ซึ่งอาจจะเป็นการกำหนดเกณฑ์ขึ้นเอง หรือเป็นการกำหนดของบุคคลอื่น

2) พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มเจตพิสัย (Affective Domain) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ลักษณะนิสัย คุณธรรม ความสนใจ เจตคติ คุณค่าและค่านิยม แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2532:38)

2.1) การรับรู้ (Receiving) เป็นความสามารถในการรู้ หรือความฉับไวในการรับรู้สิ่งต่าง ๆ

2.2) การตอบสนอง (Responding) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสนใจ เต็มใจ และพอใจในสิ่งเร้า

2.3) การสร้างคุณค่าหรือค่านิยม (Value) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกซึ่งความรู้สึก หรือสำนึกในคุณค่า หรือคุณธรรมของสิ่งต่าง ๆ จนกลายเป็นความนิยมและเชื่อถือในสิ่งนั้น

2.4) การจัดระบบ (Organization) เป็นการจับรวบรวมค่านิยมต่อสิ่งต่าง ๆ เข้ามาเป็นระบบ

2.5) การมีลักษณะที่ได้จากค่านิยมหรือลักษณะนิสัยเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาเป็นนิสัยตามธรรมชาติ เป็นคุณลักษณะหรือบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากระบบค่านิยมที่บุคคลยึดถือ

3) พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มทักษะพิสัย (Psychomotor Domian) เป็นความสามารถในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพเกี่ยวข้องับระบบทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกาย แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้คือ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2532:38)

3.1) การเลียนแบบ (Imitation) เป็นเลือกตัวแบบหรือตัวอย่างที่สนใจ

3.2) การทำตามแบบ (Manipulation) เป็นการลงมือกระทำตามแบบที่สนใจ

3.3) การกระทำอย่างต่อเนื่อง (Articulation) เป็นการกระทำในสิ่งที่เห็นว่าถูกต้องนั้นอย่างเป็นเรื่องเป็นราว เป็นธรรมชาติ

3.4) การกระทำโดยธรรมชาติ (Naturalization) เป็นการกระทำจนเกิดทักษะสามารถปฏิบัติโดยอัตโนมัติเป็นธรรมชาติ

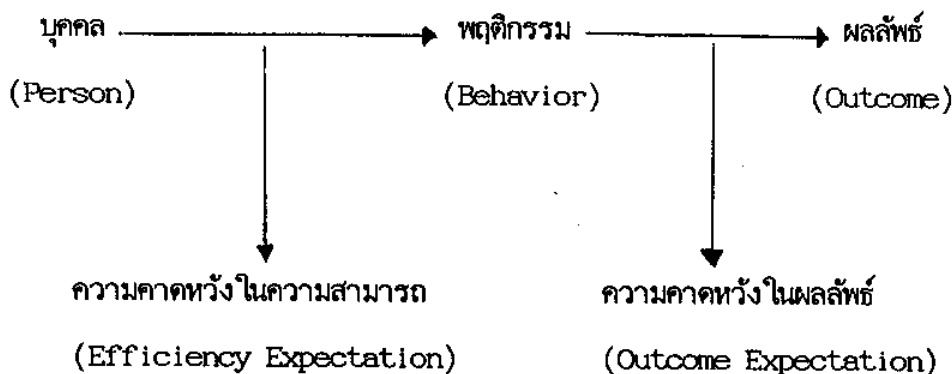
ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้นำพฤติกรรมกรรมการเรียนรู้ ด้านพฤติกรรมนิสัยและ เจตพิสัยเป็นแนวทางในการประเมินตัวผู้สูงอายุ เรื่องการดูแลสุขภาพ การกำหนดวัตถุประสงค์ของการให้ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุ ได้มีการเปลี่ยนแปลงในด้านเจตคติและค่านิยมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง

7.3 ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory)

ความสามารถตนเองมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีปัญญาทางสังคม (Social Cognitive Theory) ของอัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่ขยายมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) โดยแบนดูรา กล่าวว่า ความสามารถตนเอง หมายถึง การที่บุคคลสามารถกระทำพฤติกรรมให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ความสามารถของตนเองอาจได้รับจากการสังเกต ตัวอย่าง หรือจากการสื่อสารกับผู้อื่น และได้เสนอแนะให้บุคคลได้ฝึกทักษะ การสร้างสรรตนเอง ให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองให้ได้ก่อนจึงจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ทั้งนี้เพราะ เมื่อบุคคลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถตนเองแล้ว จะสามารถเชื่อมโยงระหว่างความเข้าใจที่จะต้องทำอะไรบ้าง (Knowing What to Do) กับสิ่งที่จะต้องปฏิบัติจริง ๆ (Actually Doing) เห็นความสำคัญของสิ่งที่จะต้องปฏิบัติ มีความรู้สึกและความต้องการที่จะปฏิบัติ เช่น ผู้สูงอายุ เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ(ศุภวดี ลิมปพานนท์, 2537 : 38)

ทฤษฎีพื้นฐาน แนวคิด เกี่ยวกับความสามารถตนเองของแบนดูรา เชื่อว่า การศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์ จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไขและสิ่งเร้าพฤติกรรม ซึ่งเป็นการเสริมสร้างโดยให้เงื่อนไขนั้นคงอยู่ การมีปฏิสัมพันธ์ของพฤติกรรม จะมีความสัมพันธ์ระหว่าง 3 องค์ประกอบ คือ พฤติกรรม บุคคล สิ่งแวดล้อม จากแนวคิดของแบนดูรามองพฤติกรรมของสิ่งแวดล้อมไม่แยกจากกัน และเชื่อว่าบุคคลจะใช้สภาพเงื่อนไขของสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของบุคคล จะมีส่วนในการตัดสินใจในการปฏิบัติครั้งต่อไป พฤติกรรมของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใดย่อมขึ้นอยู่กับ การเรียนรู้ที่ได้รับจากสังคม เช่น ความคิด อารมณ์ ความคาดหวัง การศึกษาพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะต้องวิเคราะห์เงื่อนไข และสิ่งเร้าที่มีต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งสิ่งเร้าเหล่านี้จะเป็นตัวเสริมแรง ที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

โครงสร้างที่สำคัญของทฤษฎีมีดังนี้(ศุภวดี ลิมปพานนท์, 2537 : 39)



จากโครงสร้างของทฤษฎี แสดงให้เห็นส่วนประกอบที่สำคัญของทฤษฎี คือ

1) ความคาดหวังในความสามารถ (Efficiency Expectation) แบบดูราให้ ความหมายความคาดหวังในความสามารถว่า เป็นความเชื่อของบุคคลที่ว่าตนสามารถทำ พฤติกรรมต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ได้ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการเป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อน กระทำพฤติกรรม

2) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome Expectation) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคล ประเมินค่าพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่ปฏิบัติ จะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังใน ผลที่เกิดขึ้น ที่สืบเนื่องจากพฤติกรรมที่ได้ทำ

โดยสรุปทฤษฎีความสามารถตนเอง เมื่อบุคคลมีทักษะที่จะปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมและมี กำลังใจอย่างเพียงพอ ความคาดหวังในความสามารถซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำนายหรือตัดสินใจ ว่าบุคคลจะ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องต่อไป

แบบดูรากล่าวว่า ความสามารถตนเองเกิดขึ้นได้จาก 4 แนวทางด้วยกันคือ (ศุภวดี ลิมปพานนท์, 2537 : 40)

1) ความสำเร็จในการกระทำ (Performance Accomplishment) เป็นประสบการณ์ตรงจึงมีผลต่อความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลอย่างมากความสำเร็จในการกระทำจะเป็นตัวเพิ่มความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคล และการไม่ประสบผลสำเร็จในการกระทำหลายครั้งซ้ำกัน จะเป็นตัวลดความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตน ในกรณีที่ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถเกิดจากประสบผลสำเร็จหลายครั้ง จะทำให้บุคคลไม่ท้อถอยในการทำงานนั้น

2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experience) เป็นสิ่งแนะหรือต้นแบบที่บุคคลนำมาพิจารณาความสามารถของตน เมื่อบุคคลสังเกตเห็นผู้อื่น ได้รับความสำเร็จในการทำงานยากโดยไม่มีผลเสียตามมา ทำให้เกิดความคาดหวังว่าตนก็สามารถทำงานนั้น ได้ถ้าตั้งใจและพยายาม

3) การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) เป็นการรับเอาคำแนะนำชักจูงของผู้อื่นมาเป็นข้อมูล เพื่อพิจารณาความสามารถของตน ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะทำงานได้สำเร็จ ถึงแม้ว่าจะเคยทำงานไม่สำเร็จมาแล้ว เป็นการเพิ่มกำลังใจและความเชื่อมั่น

4) ความตื่นตัวทางอารมณ์ (Emotional Arousal) บุคคลที่จะรับรู้ว่าคุณตื่นตัววิตกกังวลจากอาการกระตุ้นของร่างกาย ในสภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นมากจะทำให้การทำงานได้ผลไม่ดี โดยถ้าบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความวิตกกังวลสูง บุคคลจะคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนในการทำกิจกรรมต่ำ แต่ให้การปลุกเร้าความรู้สึกอยากทำด้วยตนเอง ด้วยความสำนึกในตนเองอย่างแท้จริง

แบนดูรา ได้เสนอแนวคิดเพิ่มเติมว่า ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถของบุคคล อาจแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับมิติ (Dimension) 3 มิติ คือ (สคูวตี ลิมปพานนท์, 2537:41)

1) มิติตามระดับความคาดหวัง (Magnitude) หมายถึงระดับความคาดหวังของบุคคลในทางกระทำสิ่งต่าง ๆ บุคคลที่มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ หรือขีดความสามารถจำกัด ทำงานได้เฉพาะเรื่องง่าย ๆ การมอบหมายงานให้ทำกิจกรรมควรเป็นเรื่องที่ไม่ยากเกินความสามารถ

2) มิตีความเข้มแข็งของความมั่นใจ (Strength) หมายถึงความสามารถที่จะพิจารณา ตัดสินความเป็นไปได้ ในความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติงาน โดยใช้กระบวนการ 2 ขั้นตอน ประการแรกคือ การมอบหมายภารกิจรวมทั้งจะปฏิบัติ ประการที่สองให้ ได้ชักถามถึงแนวทาง รูปแบบของกิจกรรมเหล่านั้น

3) มิตีความเป็นสากล (Generality) เป็นความคาดหวังกับความสามารถของตนในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่น ก่อให้เกิดความสามารถในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์อื่นที่ คล้ายกัน แต่ในปริมาณที่แตกต่างกันได้ประสบการณ์บางอย่าง ไม่ทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถนำไปใช้ในสถานการณ์อื่นได้

ในการวิจัยครั้งนี้ได้นำเอาแนวคิดต่าง ๆ ของทฤษฎีนี้มาประยุกต์ใช้กับการกำหนด กิจกรรมในด้านส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน ทฤษฎีความสามารถตนเอง เป็น ทฤษฎีที่ครอบคลุมแนวคิดต่าง ๆ ที่ค่อนข้างสมบูรณ์เหมาะสำหรับนำมาประยุกต์ใช้กับการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ เช่น โปรแกรมการลดความอ้วนการลดน้ำตาลในเลือด การออกกำลังกาย เป็นต้น การนำทฤษฎีมาใช้จะ ได้ผลดี ควรพิจารณาการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ต้อง ให้มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความสามารถตนเองและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่เหมาะสม

7.4 ทฤษฎีการสร้างสัมพันธภาพ (Relationship)

แฮรี่ แสตท ซัลลิแวน (Harry Stach Sullivan) เป็นผู้ริเริ่มแนวคิดของทฤษฎี สัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้น โดยเชื่อว่าสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาการ ของชีวิตของบุคคล พฤติกรรมและบุคลิกภาพในมนุษย์เป็นผลมาจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนั้น บุคคลไม่สามารถแยกความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ได้นับตั้งแต่เกิด

ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเชื่อว่า มนุษย์มีความต้องการดังนี้ (ศุภวดี สิมปพานนท์, 2537: 43)

- 1) ความพึงพอใจ (Satisfaction) เป็นความต้องการทางสรีรวิทยา เช่น ความหิวความกระหาย ความต้องการอากาศ
- 2) ความต้องการความมั่นคง (Security) เป็นความต้องการทางด้านจิตสังคม รวมถึงความสุขกายสบายทางใจ และมีความคิด และค่านิยมที่อยู่ในกรอบกับการยอมรับทางสังคม

สิ่งเหล่านี้จะ เกิดขึ้น ได้ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

สัมพันธภาพ (Relationship) หมายถึง กระบวนการนำสัมพันธภาพที่บุคคลตั้งแต่สอง คนขึ้นไปทำความรู้จักกัน ติดต่อกันสัมพันธ์สร้างความคุ้นเคยสนิทสนมกัน บุคคลที่สัมพันธ์กันจะได้รับผลกระทบจากกันและกัน

สัมพันธภาพสามารถแบ่งได้ 2 แบบคือ (ศุภวดี ลิ้มพานนท์, 2537:44)

1) สัมพันธภาพทางสังคม (social relationship) เป็นสัมพันธภาพที่ตามครรลองของการดำเนินชีวิตที่มนุษย์ต้องอยู่ร่วมกันในสังคมอาจเป็นสังคมในบ้าน ที่ทำงาน หรือสังคมส่วนตัว การดำเนินของสัมพันธภาพจะเป็นไปตามระเบียบ กฎเกณฑ์ แบบแผนความนิยมในแต่ละสังคมและวัฒนธรรมซึ่งแตกต่างกันออกไป มีจุดประสงค์เฉพาะ เพื่อตอบสนองความต้องการในการอยู่ร่วมกัน

2) สัมพันธภาพทางวิชาชีพ เป็นสัมพันธภาพระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพกับผู้รับบริการโดยอาศัย ความรู้ ความสามารถและทักษะที่ได้รับการฝึกฝนจากสถาบันการศึกษาทางวิชาชีพ การให้บริการต้องเป็นไปตามกฎเกณฑ์ทางกฎหมาย และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างอาจารย์กับลูกศิษย์ แพทย์กับผู้ป่วย พยาบาลกับผู้ป่วย เป็นต้น

สัมพันธภาพเพื่อการบำบัดซึ่งเป็นขบวนการระหว่างบุคคลที่เกิดขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการช่วยเหลือ สัมพันธภาพเพื่อการช่วยเหลือ ก่อให้เกิดสภาพที่บุคคลสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานจำเป็นได้แก่ ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย ความรัก การยอมรับนับถือ ความชื่นชมในตนเอง การสามารถตัดสินใจและพัฒนาตนให้ประสบความสำเร็จในชีวิตใน กระบวนการของสัมพันธภาพเพื่อการช่วยเหลือนี้เป็นระบบที่มีขั้นตอนโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาและการเรียนรู้ดังนี้

ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ (ศุภวดี ลิ้มพานนท์, 2537:45)

1) ระยะเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสนทนาทำความรู้จักคุ้นเคยสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ ความเข้าใจ โดยขณะพูดกับคู่สนทนา ยิ้มแย้มแจ่มใส สบตา แนะนำตนเอง ขณะสนทนายังมีสีหน้าที่แสดงความเอาใจใส่ไม่เย็นชา เบื่อหน่ายให้เกิดความอบอุ่น

2) ขั้นตอนดำเนินสัมพันธภาพ ในขั้นนี้สร้างเสริมบรรยากาศที่ดีในการสนทนา โดยแจ้งวัตถุประสงค์ ร่วมกันสืบค้นปัญหา วิเคราะห์ปัญหา แก้ปัญหาในการช่วยเหลือในขอบเขตของผู้ให้บริการ

มีการแจ้งระยะเวลาที่สนทนา นัดหมายเพิ่มเติมในกรณีที่มีเรื่องติดต่อไปอีก

3) **ขั้นสิ้นสุดสัมพันธภาพ** ต้องแจ้งการสิ้นสุดสัมพันธภาพ แก่ผู้รับบริการไว้ล่วงหน้า มีการสรุปว่าการสนทนา การปฏิบัติตามที่ผ่านมานั้น มีเรื่องอะไรบ้างทำอะไรไปแล้วบ้าง สรุปประเด็นสำคัญขั้นตอนการสิ้นสุดสัมพันธภาพนี้จะสิ้นสุดเมื่อเสร็จสิ้นโครงการหนึ่ง ๆ เท่านั้น แต่ต้องแสดงให้เห็นว่า ความสัมพันธ์และการปฏิบัติต่อกิจการนั้น ๆ ยังอยู่ตลอดไป

เทคนิคการสนทนาเพื่อให้เกิดผลดีต่อสัมพันธภาพคือ (ศุภวดี ลิ้มพานนท์, 2537:48)

- 1) การฟัง เป็นทักษะที่สำคัญยิ่ง การฟังที่ดีมีเพียงแต่ได้ยินเท่านั้น แต่ต้องจับใจ และฟังอย่างกระตือรือร้น แสดงความสนใจ
- 2) การใช้คำตามกว้าง ๆ เพื่อกระตุ้นการสนทนา
- 3) การพูดซ้ำ เป็นการแสดงว่ากำลังฟัง และสนใจอยู่
- 4) การสะท้อนกลับ เป็นการสะท้อนเนื้อหาที่ผู้มารับบริการพูดเพื่อเป็นการตรวจสอบหรือแสดงให้ผู้รับบริการเห็นว่า สนใจ เอาใจใส่และเข้าใจถูกต้องหรือไม่
- 5) การเน้น ช่วยให้อธิบายความเนื้อหาหรือเน้นเรื่องที่สำคัญ
- 6) การร่วมรับรู้ เป็นการถามคำถาม เพื่อให้เข้าใจความรู้สึกกันมากขึ้น
- 7) การค้นหาประเด็นสำคัญ
- 8) การเงี่ยบ เป็นการให้เวลาผู้มารับบริการ สำหรับคิด และช่วยให้สัมพันธภาพดำเนินไปอย่างเหมาะสม

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ได้นำหลักการสร้างสัมพันธภาพมาเป็นแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุและช่วยให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับสถานการณ์และพฤติกรรมที่เป็นอยู่ของผู้สูงอายุในขณะนั้น

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในปัจจุบันนี้งานวิจัยที่เกี่ยวกับ ผู้สูงอายุ และทฤษฎี การมีส่วนร่วม การเรียนรู้ การสร้างสัมพันธภาพ และทฤษฎีความสามารถตนเอง นั้น ได้มีการศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวาง และหลายแง่ หลายมุม ซึ่งพอจะสรุปเฉพาะงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ได้ดังต่อไปนี้

8.1 งานวิจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ

เขาลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529:95-105) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางกายจิต สังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันไปตามระดับการศึกษาและ เพศ ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันจะมีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแตกต่างกัน และผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคมต่างกันแต่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกันและยังพบว่าการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้สูงอายุอย่าง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสำคัญทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

ในขณะที่ นภาพร ชัยวรรณ และมาลินี วงษ์สิทธิ์ (2532:7-13) ได้ศึกษาเรื่องผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจ สังคมและประชากรของผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทั่วประเทศ จำนวน 3,252 ราย เกี่ยวกับเรื่องภาวะสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ การดูแลรักษาและทัศนคติต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องพบว่า ภาวะสุขภาพทางกาย ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ผู้สูงอายุหญิงมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุชาย และผู้สูงอายุในเมืองจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุในชนบท โดยผู้สูงอายุในชนบทมีโรคประจำตัวมากกว่า ในเมือง ปัญหาเรื่องสุขภาพต่าง ๆ ในผู้สูงอายุน่าจะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติที่ไม่ถูกในเรื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกายและการพักผ่อนภาวะสุขภาพทางใจ ผู้สูงอายุไทยอย่างน้อย 1 ใน 10 คน ที่มีปัญหาเกี่ยวกับจิตใจและระดับของปัญหาจะมีมากขึ้นตามอายุ ผู้หญิงจะมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพใจมากกว่าผู้ชาย และผู้สูงอายุในชนบทมีปัญหาทางใจมากกว่าผู้สูงอายุในเมือง ส่วนด้านการบริการด้านสุขภาพอนามัยและการดูแลรักษา ผู้สูงอายุไทย ยังขาดความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้สูงอายุร้อยละ 8 มีโรคประจำตัว และ 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุ ชอบพึ่งร้านขายยาไปหาหมอแผนโบราณ หรือ พระ

บรรลุ ศิริพานิชและคณะ (2532:70-72) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทย ที่อายุยืนยาวและแข็งแรงในผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 70-74 ปีพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสมบูรณ์ร่างกายอยู่ในระดับอ่อนแอ แต่มีความสมบูรณ์ทางจิตดีมาก กระทบพื้นที่อาหารและสิ่งแวดล้อม มีส่วนเกี่ยวข้องทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวและสมบูรณ์แข็งแรง สำหรับพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย สนใจสุขภาพตนเองน้อย ไม่เคยดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ไม่เคยดื่มน้ำชา กาแฟ รักษาพยาบาลกับแพทย์แผนปัจจุบัน นอกแต่หัวค่ำและตื่นเช้า ขับถ่ายอุจจาระปกติทุกวัน สนใจปฏิบัติศาสนกิจสม่ำเสมอ มีการเตรียมตัวเพื่อการดำรงชีวิต เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุและปรึกษาลูก ๆ เมื่อมีปัญหา ปัญหาที่ผู้สูงอายุพบมากที่สุด คือ ปัญหาเรื่องสุขภาพ รองลงมาคือ ปัญหาเรื่องการเงิน กลุ่มผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนและสุขภาพแข็งแรงจะกระทำกิจกรรมส่งเสริมส่งเสริมสุขภาพมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง

ในขณะที่ สิริินทร์ พิบูลย์นิยม (2533:25-28) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรม การบริโภค วิตามินและสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าปัญหาด้านโภชนาการในผู้สูงอายุซึ่งมีหลายประเด็นด้วยกัน ที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ นิสัยการบริโภคในผู้สูงอายุนั้น นอกจากจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระแล้ว ผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมการบริโภคที่ฝังแน่นมาเป็นเวลานาน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับขนบธรรมเนียม ประเพณี และความเชื่อต่าง ๆ ซึ่งนิสัยการบริโภคนี้จะ เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหา โภชนาการในผู้สูงอายุ และนำไปสู่ผลของภาวะสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุด้วย

ทางด้าน ประดิษาน ปานทอง (2537:81-82) ได้ศึกษาเรื่องผลของการให้บริการด้านสุขภาพที่มีต่อภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการรักษาสุขภาพ ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพพบเรียงตามลำดับ คือ ระบบหายใจและความแข็งแรงของปอด ความหนาของไขมันหน้าท้อง การมีโรคประจำตัว และการมองเห็น ส่วนปัญหาด้านพฤติกรรม การรักษาสุขภาพ พบเรียงตามลำดับคือ การรับรู้ข่าวสารน้อย การรับประทานอาหารไม่ถูกโภชนาการ ขาดการออกกำลังกายอย่างถูกต้อง และวิธีการรักษาอาการเจ็บป่วย เล็ก ๆ น้อย ๆ ไม่เหมาะสม ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนกับหลังการรับบริการด้านสุขภาพ ไม่แตกต่างกันโดยที่ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ได้รับการบริการด้านสุขภาพดีกว่า

กลุ่มควบคุมไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพ แต่พฤติกรรมกรรมการรักษาสุขภาพไม่แตกต่างกัน

อีกทั้งไพเราะ วรทัต และสุรัตน์ ไสยศิริ (2538:47) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในเขตตำบลคอโค อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ ผลการศึกษาพบว่า ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยที่จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความเชื่ออำนาจภายในคนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจโชคเคราะห์ ความบังเอิญด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพและความรู้ด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งอยู่ในคะแนนเฉลี่ยปานกลาง

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีความเสื่อมของร่างกายขาดความแข็งแรง คล่องแคล่ว่องไว เกิดปัญหาเกี่ยวกับระบบต่าง ๆ ของร่างกาย พฤติกรรมด้านสุขภาพก็ขาดความรู้มักมีความเชื่ออยู่กับวัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อต่าง ๆ ในปัจจุบันนี้ทั้งภาครัฐบาลและเอกชน จึงต้องพยายามช่วยเหลือสนับสนุนให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นโดยนำผลการวิจัยผลจากการวิจัยมาปรับปรุงวิธีการและกระบวนการในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

8.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม

อารยา วัฒนากิจ (2526:79) ได้ศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ในกิจกรรมศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตอำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี พบว่า การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือกลุ่มหลังต่าง ๆ จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กสูงกว่าผู้ปกครองที่ไม่เป็นสมาชิกกลุ่ม

ในขณะที่ ณรงค์ ทองใบ (2537:100-106) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชน ในกิจกรรมของที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้านในจังหวัดสตูล ผลการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมของที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน มีคะแนนเรียงตามคะแนนเฉลี่ยดังนี้ ด้านร่วมคิด ด้านร่วมปฏิบัติตามโครงการ ด้านร่วมตัดสินใจ และด้านร่วมติดตามประเมินผล มีผลทำให้กิจกรรมของที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน สามารถดำรงอยู่ได้นาน

ในด้านสุขภาพ ชนิมัฐ วโรทัย และคณะ (2538:บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางละมุง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการรวมกลุ่มออกกำลังกาย ทำให้

คนมีสุขภาพแข็งแรง หายปวดเมื่อยจิตใจแจ่มใสและมีความพึงพอใจเห็นความสำคัญในการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตลอดจนการรวมกลุ่มออกกำลังกายเป็นแรงกระตุ้นทำให้เกิดความต้องการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องตลอดไป

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม จะเห็นได้ว่าการที่จะทำให้งานประสบความสำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์นั้นต้องให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ตั้งแต่ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ ร่วมกันแก้ปัญหาและร่วมประเมินผล

8.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้

วีณา ทองวิเศษกุล (2528:75-76) ได้ทำการวิจัยเชิงทดลอง เรื่องผลการให้แรงเสริมทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนระดับประถมศึกษา โดยศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ด้านเจตคติ และการปฏิบัติของนักเรียน โรงเรียนสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา ผลการทดลองพบว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติของนักเรียนที่ได้รับแรงเสริมทางบวกดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติของนักเรียนกลุ่มที่ได้รับแรงเสริมทางบวกมีความแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่ได้รับแรงเสริมในระยะทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

ทางด้านกับศุภวดี ลิ้มพานนท์ (2537:บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ และการปฏิบัติตัว ในเรื่อง การดูแลสุขภาพในด้าน การควบคุมอาหารการออกกำลังกาย การดูแลเท้า และการลดการสูบบุหรี่ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้ดีขึ้น

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ จะเห็นได้ว่าการให้ ความรู้ ความเข้าใจ ไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยผ่านการมีประสบการณ์ หรือการกระตุ้นจากการมีสิ่งเร้า สามารถทำให้เกิดแนวคิด และเกิดการแก้ปัญหา สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการได้

8.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถตนเอง

พนมพร เลขะเจริญ (2532:บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของความคาดหวังในความสามารถของตนเอง การให้สุขศึกษารายบุคคล และรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคุณ

งานในโรงงานอุตสาหกรรมเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 80 คน พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในเรื่องบุหรี ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการรงค์สูบบุหรี ความคาดหวังในผลของการรงค์สูบบุหรี และการปฏิบัติเกี่ยวกับการรงค์สูบบุหรี สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ

ในส่วนของรำไพ ศรีนวล (2534:บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของการใช้กระบวนการปรับพฤติกรรมต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี ระยะแพร่เชื้อ ณ โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 72 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบบี และการปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถตนเอง จะเห็นได้ว่าการสร้างความคาดหวังในความสามารถ การได้เห็นประสบการณ์ การซักจูง การสร้างความมั่นใจ สามารถที่จะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ได้

8.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสัมพันธภาพ

นิภา ณีสกุล (2534:บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวในด้านการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายของเชื้อโรคเอดส์ในผู้ป่วยติดเชื้อโรอื่นจำนวน 70 คน ที่โรงพยาบาลรัตนารักษ์ โดยที่กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาทางสุขภาพโดยเน้นทักษะการสร้างสัมพันธภาพผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญอย่างมีสถิติ

เช่นเดียวกับเพ็ญศรี หงษ์พานิช (2536:บทคัดย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 100 คน ที่โรงพยาบาลราชวิถี โดยในกลุ่มทดลองได้รับขบวนการให้คำปรึกษา โดยมีขั้นตอนเริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพ พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการปฏิบัติตัวดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

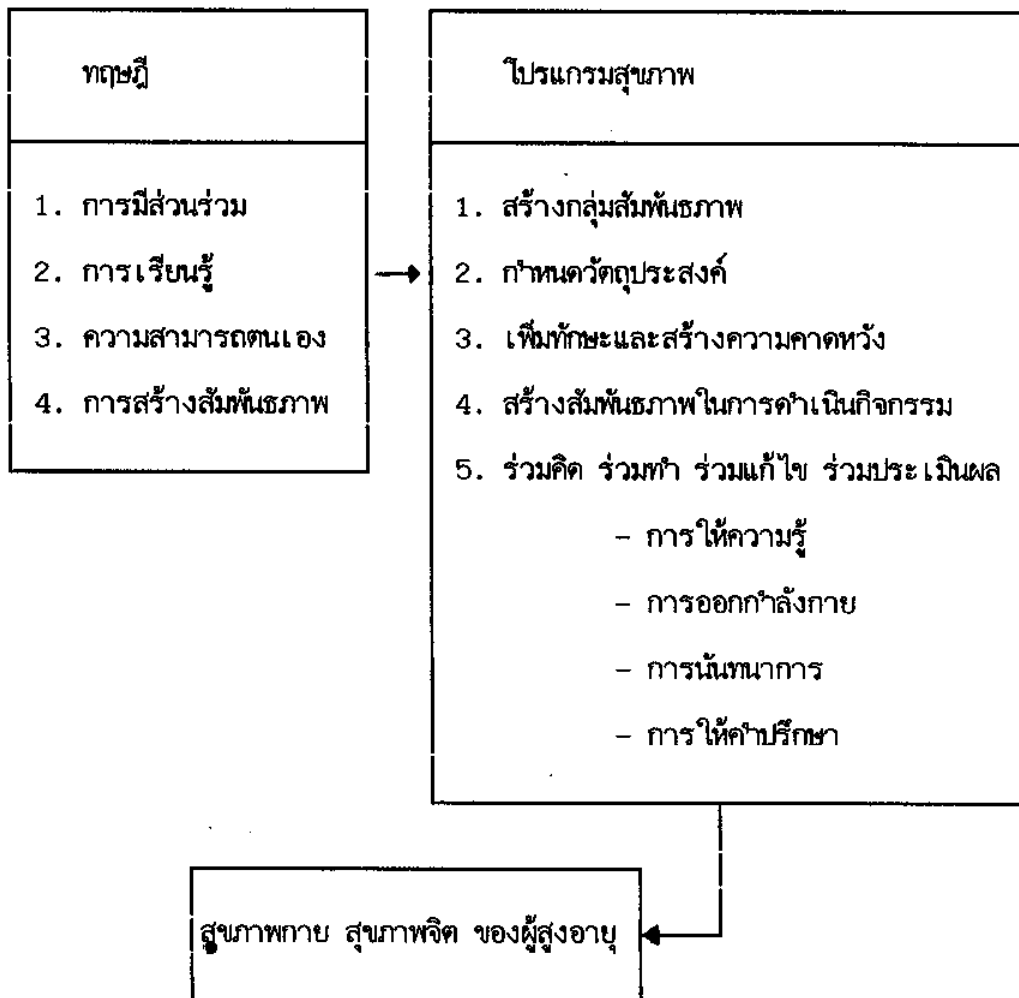
จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสัมพันธภาพ จะเห็นได้ว่าการที่จะให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมนั้นต้องสร้างความไว้วางใจ ความเข้าใจ สร้างเสริมบรรยากาศที่ดีและความเป็นกันเองแก่บุคคลนั้นด้วย

จากการศึกษา แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยพิจารณาเห็นว่าปัญหา การดูแลสุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจาก ผู้สูงอายุขาดความรู้ ความสามารถ และทักษะที่ถูกต้อง ในการดูแลสุขภาพตนเอง และผลการศึกษาการวิจัยดังกล่าว พบว่า การที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง และประสบผลสำเร็จนั้น ต้องกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้มีความเข้าใจ จนสามารถนำความรู้ไปใช้ และปฏิบัติได้ การปลูกเร้าที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการปฏิบัติที่เหมาะสมต่อไป นอกจากนี้หลักการสร้าง สัมพันธภาพที่ดีและเน้นการมีส่วนร่วม โดยใช้หลักแนวคิดร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ ร่วมกันแก้ปัญหา ร่วมประเมินผล เพื่อให้ผู้สูงอายุเห็นว่ากิจกรรมนั้นเป็นของผู้สูงอายุเอง ที่จะช่วยในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และช่วยกันทำกิจกรรมตามที่โปรแกรมกำหนดไว้ทำให้ผลของกิจกรรมต่าง ๆ จะประสบความสำเร็จได้ดี และสามารถอยู่คงทนตลอดไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปได้ว่า สุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับตัวแปรต่าง ๆ มาก แต่ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัย ได้สนใจศึกษาในเชิงทดลอง โดยอาศัยทฤษฎี การมีส่วนร่วม การเรียนรู้ ความสามารถตนเอง และการสร้างสัมพันธภาพ มาสร้างโปรแกรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมและฝึกปฏิบัติไปสู่ความมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ได้ดังภาพประกอบ 1

ภาพประกอบ 1 กรอบแนวความคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)
 ผลการจัดโปรแกรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ



วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 2.1 เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนกับหลังทดลองใช้โปรแกรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลอง
- 2.2 เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนกับหลังทดลองใช้โปรแกรมสุขภาพทั่วไปของกลุ่มควบคุม
- 2.3 เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังทดลองใช้โปรแกรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลองกับ โปรแกรมสุขภาพทั่วไปของกลุ่มควบคุม

สมมติฐาน

จากแนวคิดเชิงทฤษฎีและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงตั้งเป็นสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. สุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองหลังทดลองใช้โปรแกรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมดีกว่าก่อนใช้โปรแกรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม
2. สุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลองใช้โปรแกรมสุขภาพทั่วไปไม่แตกต่างกัน

3. สุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หลังทดลองใช้ โปรแกรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมดีกว่ากลุ่มควบคุมหลังใช้ โปรแกรมสุขภาพทั่วไป

ความสำคัญและประโยชน์

จากการศึกษาเรื่อง ผลการจัดโปรแกรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ จะมีความสำคัญและประโยชน์ดังต่อไปนี้

1. ด้านความรู้

1.1 ทราบความแตกต่างของสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก่อนกับหลัง ใช้โปรแกรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลอง

1.2 ทราบความแตกต่างของสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ก่อนกับหลังทดลองใช้โปรแกรมสุขภาพทั่วไปของกลุ่มควบคุม

1.3 ทราบความแตกต่างของสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังทดลองใช้โปรแกรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลองกับ โปรแกรมสุขภาพทั่วไปของกลุ่มควบคุม

2. ด้านการดูแลสุขภาพ

2.1 ผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการให้บริการ ด้านส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้ดียิ่งขึ้น

2.2 ผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคคลทั่วไป ผู้สูงอายุจะนำเอาขั้นตอน และหลักการไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจได้

2.3 ผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข จะได้ปรับปรุงวิธีการและส่งเสริมบทบาทของเจ้าหน้าที่รับผิดชอบผู้สูงอายุในการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและให้คำปรึกษา ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขอบเขตของการวิจัย

เพื่อให้การวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่วางไว้ จึงกำหนดขอบเขตของการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

1. ประชากร คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 25 คน เป็นกลุ่มทดลองและผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นกลุ่มควบคุม
3. ตัวแปรในการวิจัย
 - 3.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) คือ โปรแกรมสุขภาพที่จัดให้ผู้สูงอายุมี 2 กลุ่มคือ โปรแกรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และ โปรแกรมสุขภาพทั่วไป
 - 3.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variable) คือ สุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปของชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช

สุขภาพกาย หมายถึง ผลจากการตรวจสุขภาพร่างกายทั่วไป คือ ภาวะโภชนาการ อุดมภูมิของร่างกาย ชีพจร การหายใจ ความดันโลหิต ความสามารถในการมองเห็น การรับรู้เสียงของหู ฟัน เหงือก ต่อทอนซิล ลักษณะการขยายตัวของปอด ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและขาและการหาน้ำตาลและ โปรตีนในปัสสาวะ

สุขภาพจิต หมายถึง ผลจากการวัดตามแบบวัดสุขภาพจิต ซึ่งจะวัดอาการที่เกิดขึ้นกับจิตใจ ได้แก่ความรู้สึกสบายใจ กังวลใจ หงุดหงิดในชีวิตประจำวัน ความสมหวังในสิ่งที่ต้องการ ความคิด และอารมณ์

โปรแกรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม หมายถึง โปรแกรมที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น และนำมาทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

โปรแกรมสุขภาพทั่วไป หมายถึง โปรแกรมสุขภาพที่ทางโรงพยาบาลได้จัดให้กับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในชมรมผู้สูงอายุ โดยจัดตามนโยบายของรัฐบาล