

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในครั้งนี้ ได้ศึกษาถึงผลการให้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กระบวนการกลุ่มและการมีส่วนร่วม เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อมลูกหมากโตเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้การดำเนินชีวิตประจำวันที่ดีขึ้น ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เรื่องโรคต่อมลูกหมากโต
2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
3. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
4. การมีส่วนร่วม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ความรู้เรื่องโรคต่อมลูกหมากโต

ต่อมลูกหมาก (Prostate Gland) เป็นอวัยวะส่วนหนึ่งของระบบทางเดินปัสสาวะเพศชาย มีขนาดและรูปร่างใกล้เคียงกับลูกเกาลัด (Chestnut) (Redman, 1991) อยู่ในอุ้งเชิงกรานระหว่างกระดูกหัวเหน่า (Pubic Symphysis) กับลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (Rectum) ด้านหลังของต่อมลูกหมากจะอยู่ชิดกับถุงเก็บน้ำกาม (Seminal Vesicle) และท่อนำเชื้ออสุจิ (Vasa Deferentia) ส่วนบนจะอยู่ติดกับส่วนคอของกระเพาะปัสสาวะ (Bladder neck) และหุ้มรอบท่อปัสสาวะส่วนต้น (Emil, 2000)

ทารกแรกคลอด ต่อมลูกหมากมีขนาดเล็ก ซึ่งจะเริ่มโตขึ้นอย่างรวดเร็ว ในช่วงวัยรุ่นจะโตเต็มที่ในช่วงอายุ 30 ปี และจะมีขนาดคงที่จนถึงอายุประมาณ 45 ปี ขนาดของต่อมลูกหมากปกติมีความกว้าง 3 – 4 เซนติเมตร ยาวประมาณ 4 – 6 เซนติเมตร จากหัว ถึงท้าย มีความหนา 2 – 3 เซนติเมตร จากหน้าไปหลัง (Joseph & Presti, 2000) มีน้ำหนักประมาณ 20 กรัม ทำหน้าที่สร้างของเหลวและสารที่หล่อเลี้ยงตัวอสุจิ และช่วยนำพาตัวอสุจิออกสู่ภายนอกในช่วงขณะร่วมเพศ (Emil, 2000)

ต่อมลูกหมากถูกแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1. Peripheral Zone ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 70 ของปริมาตรต่อมลูกหมากในผู้ใหญ่วัยต้น 2. Centrel Zone คิดเป็นร้อยละ 25 ของปริมาตรต่อม

ลูกหมาก 3. Transitional Zone คิดเป็นร้อยละ 5 ของปริมาตรต่อมลูกหมาก (McNeal, 1988) การแบ่งแบบนี้มีความสำคัญคือ ร้อยละ 60 – 70 ของมะเร็งต่อมลูกหมากจะเกิดบริเวณ Peripheral Zone (McNeal, 1988) ส่วนภาวะต่อมลูกหมากโตจะเกิดบริเวณ Transitional Zone

โรคต่อมลูกหมากโต (Benign Prostatic Hyperplasia) เป็นเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงพบได้บ่อยที่สุดในผู้ชาย อัตราการเกิดโรคสัมพันธ์กับอายุ ความชุก (Prevalence) ของโรคต่อมลูกหมากโต ศึกษาโดยการผ่าศพพิสูจน์เนื้อต่อมลูกหมาก พบว่ามีภาวะต่อมลูกหมากโต ร้อยละ 20 ในชายอายุ 41 -50 ปี และพบ ร้อยละ 50 ในชายอายุ 51- 60 ปี พบมากกว่าร้อยละ 90 ในชายที่มีอายุมากกว่า 80 ปี (Berry et al., 1984)

ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีพยาธิสภาพต่อมลูกหมากโต จะมีอาการทางคลินิก (Isaacs & Coffey, 1989) อุบัติการณ์ของคนไทยในช่วงอายุ 60 – 69 ปี ประมาณ ร้อยละ 50 และมีอาการทางระบบปัสสาวะส่วนล่าง (Lower Urinary Tract Symptoms LUTS) ปานกลางถึงมาก (Homma et al., 1997)

โรคต่อมลูกหมากโตมักจะเกิดที่ส่วนของ Transitional Zone โดยจะมีการเพิ่มจำนวนเซลล์มากผิดปกติ เป็นผลทำให้ต่อมลูกหมากโตขึ้น มีผลทำให้เบียดท่อปัสสาวะส่วนต้นให้ตีบแคบลง ทำให้ มีการระคายเคือง และอัตราการไหลของปัสสาวะลดลง ปัสสาวะออกยากขึ้น (Joseph & Presti, 2000)

สาเหตุของโรคต่อมลูกหมากโตยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เป็นที่เข้าใจว่ามาจากหลายปัจจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยทางด้านฮอร์โมน

การศึกษาทางห้องปฏิบัติการและทางคลินิก สามารถสรุปสาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคต่อมลูกหมากโต คือ ฮอร์โมน Dihydrotestosterone (DHT) และอายุ (McConnell, 1995) โดยฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (Testosterone) ที่สร้างจากอัณฑะจะถูกเปลี่ยนเป็น Dihydrotestosterone (DHT) โดยเอนไซม์ 5 – Alpha Reductase ซึ่งเป็นผลให้เซลล์ต่อมลูกหมากมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เป็นผลให้ขนาดต่อมลูกหมากโตขึ้น

จากการเฝ้าสังเกตทางคลินิกพบว่า การตัดอัณฑะมีผลทำให้ลดการเกิดโรคต่อมลูกหมากโต และ ทำให้อาการทางเดินปัสสาวะดีขึ้น การให้ฮอร์โมน (Luteinizing Hormone-Releasing Hormone LH-RH) ในผู้ชายสามารถลดขนาดต่อมลูกหมาก และทำให้การวัดค่าการไหลของปัสสาวะ และอาการทางคลินิกดีขึ้น (Peters & Walsh, 1987)

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและต่อมลูกหมากโตเป็นผลมาจากการเพิ่มระดับเอสโตรเจนเป็นเหตุให้เกิดการกระตุ้น Androgen receptor ซึ่งกระตุ้นทำให้ต่อมลูกหมากตอบสนองต่อฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (Partin et al., 1991)

ฮอร์โมนเอสโตรเจน ก็มีผลโดยตรงให้ต่อมลูกหมากโต ซึ่งกลไกไม่ทราบแน่ชัด พบว่า ฮอร์โมนเอสโตรเจน ร่วมกับ ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน จะทำให้ต่อมลูกหมากโตขึ้นได้มากในสัตว์ทดลอง (Coftey & Walsh , 1990)

นอกจากนี้ อาจจะมีปัจจัยทางพันธุกรรม และปัจจัยเรื่องอาหาร พบว่า อุบัติการณ์ต่อมลูกหมากโตในชาวตะวันตก พบมากกว่าชาวตะวันออก การศึกษาพบว่าชาวญี่ปุ่นและชาวจีนที่อพยพในอเมริกาเป็นโรคต่อมลูกหมากโตไม่ต่างจากคนอเมริกัน แสดงว่าปัจจัยเรื่องอาหารมีผลต่อการเจริญเติบโตของต่อมลูกหมาก อาหารของชาวตะวันออกโดยมากเป็นพวกไขมันต่ำ ไฟเบอร์สูง พืชผัก ถั่วเหลือง สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของต่อมลูกหมากได้ (Geller et al, 1998)

พยาธิสรีรวิทยา (Pathophysiology)

การเปลี่ยนแปลงของโรคต่อมลูกหมากโตมีผลต่อทั้งตัวต่อมลูกหมากและกระเพาะปัสสาวะ โดยในระยะแรก ต่อมลูกหมากโตไม่มาก การอุดกั้นทางเดินปัสสาวะทำให้กระเพาะปัสสาวะหนาตัวขึ้น เพื่อชดเชยการอุดตัน การหนาตัวของกระเพาะปัสสาวะ ทำให้ความยืดหยุ่นลดลง มีการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะไวผิดปกติ (Detrusor Instability) อาการทางคลินิกคือ ปัสสาวะบ่อย รู้สึกปัสสาวะจะราดหรือกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urgency) ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (Nocturia) ระยะสุดท้ายการอุดตันมีมากขึ้นและอุดตันเป็นเวลานาน กระเพาะปัสสาวะไม่สามารถชดเชยต่อการปรับตัวต่อภาวะอุดตันได้จึงเกิดภาวะกระเพาะปัสสาวะไม่สามารถปรับตัวได้อีก (Decompensation) ผนังจะบางและมีผิวไม่เรียบมีลักษณะคล้ายร่างแห (Trabeculation) อาจจะมีถุงดันยื่นออกนอกกระเพาะปัสสาวะ (Diverticulum) การบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลง อาการทางคลินิกคือปัสสาวะลำบากมากขึ้น และอาจมีอาการปัสสาวะไม่ออกเลย ถ้าเป็นมากขึ้นอาจมีภาวะปัสสาวะล้นออกมาทีละน้อย (Overflow Incontinence) (ธีรพล อมรเวชสุกิจ, 2546)

การวินิจฉัยทางคลินิก

อาการของต่อมลูกหมากโต เป็นอาการซึ่งเกิดจากต่อมลูกหมากที่โตขึ้นไปอุดกั้นทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง ทำให้มีอาการปัสสาวะต้องรอนาน (Hesitancy) ต้องออกแรงเบ่ง (Straining) ปัสสาวะไม่พุ่งแรง (Weak Stream) ปัสสาวะออกเป็นช่วง ๆ (Intermittency) ต้องใช้เวลาเบ่งนาน (Prolonged Voiding) รู้สึกว่ายังปัสสาวะไม่หมด (Sense of residual urine) ปัสสาวะไหลเป็นหยดหลังปัสสาวะสุด (Postvoid Dribbling) ถ้าเป็นมากก็จะมีอาการปัสสาวะไม่ออกเลย (Urinary Retention) และปัสสาวะล้น (Overflow Incontinence) นอกจากอาการอุดตันทางเดินปัสสาวะที่กล่าวมาข้างต้น ยังมีอาการเนื่องจากการระคายเคือง (Irritative Symptoms) เช่น ปัสสาวะบ่อย (Frequency) รู้สึกว่าปัสสาวะจะราด (urgency) ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน (Nocturia) ปัสสาวะ

เล็ดไปห้อยน้ำไม่ทัน (Urge incontinence) ซึ่งอาการทั้งหมดที่เกิดจากภาวะอุดตันทางเดินปัสสาวะ และอาการระคายเคืองรวมเรียกว่า อาการของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (Lower Urinary Tract Symptoms LUTS) (ธีระพล อมรเวชสุกิจ, 2546; วชิร คชการ, 2548)

นอกจากนี้ ในผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตที่เป็นมาก อาจจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการของ ภาวะแทรกซ้อน เช่น ปัสสาวะไม่ออก มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะไตวาย นี้นั้นในกระเพาะ ปัสสาวะ ปัสสาวะเป็นเลือด (ธีระพล อมรเวชสุกิจ, 2546) ความรู้ทางคลินิกในปัจจุบัน บ่งชี้ว่า อาการ LUTS ไม่ได้สัมพันธ์กับขนาดต่อมลูกหมากและไม่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาที่มีอาการ เพื่อการประเมินความรุนแรงและการติดตามผลการรักษา รวมถึง การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา จึงได้มีการนำอาการ LUTS มารวบรวมเป็นคำถาม และให้คะแนน ประเมินแบบเชิงปริมาณ (Quantitative Evaluation) ซึ่งเรียกว่า Symptom Score ในปัจจุบันมีอยู่หลายระบบ ที่นิยมแพร่หลาย ได้แก่ IPSS (International Prostatic Symptom Score), AUA American Urological Association (AUA) Symptom Index (ธีระพล อมรเวชสุกิจ, 2546; วชิร คชการ, 2548)

การตรวจร่างกาย

โดยทั่วไปจำเป็นต้องตรวจวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ โดยดูสภาพร่างกายทั่วไป ตรวจหน้าท้อง เพื่อตรวจว่ามีกระเพาะปัสสาวะโป่งหรือไม่ การตรวจอวัยวะเพศภายนอก การตรวจทาง ทวารหนัก (Rectal examination) มีความจำเป็นและสำคัญมาก เพื่อประเมินขนาดและลักษณะ ต่อมลูกหมาก ดูว่ามีความแข็งผิดปกติหรือผิวไม่เรียบ ซึ่งเป็นลักษณะที่สงสัยว่าจะเป็นมะเร็ง ต่อมลูกหมาก นอกจากนี้ยังต้องประเมินSphincter tone, Perianal Sensation และ Bulbocavernosus Reflex (ธีระพล อมรเวชสุกิจ, 2546; Joseph & Presti, 2000)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

การตรวจปัสสาวะ การตรวจการทำงานของไต มีความจำเป็นเพื่อประเมินภาวะไตวาย, และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การตรวจ PSA (Prostatic Specific Antigen) ซึ่งเป็น Tumor Marker ของมะเร็งต่อมลูกหมาก อาจจะพิจารณาเป็นราย ๆ ไป เช่น ในรายซึ่งอายุน้อยและ คาดว่าจะมีอายุยืนยาวมากกว่า 10 ปี (วชิร คชการ, 2548)

การตรวจทางรังสี เพื่อหาความผิดปกติอื่น ๆ เช่น พบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะหรือมี อาการปวดร่วมด้วย อาจจะเลือกตรวจโดยใช้อัลตราซาวด์ หรือ Intravenous Pyelography (IVP) ตามความ เหมาะสม การส่องกล้อง (Cystoscopy) สามารถตรวจพยาธิสภาพของท่อปัสสาวะ ต่อมลูกหมากและ กระเพาะปัสสาวะได้ทั้งหมด แต่ไม่จำเป็นต้องทำทุกราย ถือว่าเป็นทางเลือกใน การตรวจวินิจฉัยการตรวจทางยูโรพลศาสตร์ (Urodynamic Studies) เลือกตรวจในบางรายที่สงสัย

โรคที่เกี่ยวกับระบบประสาท (ธีระพล อมรเวชสุกิจ, 2546; วชิร คชการ 2548; Joseph & Presti, 2000)

การรักษาโรคต่อมลูกหมากโต

การรักษาโรคต่อมลูกหมากโต ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค ค่าใช้จ่าย ความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับการอธิบายถึงผลดีผลเสีย และความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในแต่ละรายไป แนวทางการรักษาในปัจจุบัน แบ่งออกเป็นกลุ่มหลัก ๆ ได้ 3 กลุ่ม

1. การติดตามอาการ (Watchful Waiting) เป็นการรักษาโดยการใช้ให้คำแนะนำได้แก่ การลดปริมาณน้ำดื่มหลังอาหารเย็นและก่อนนอน เพื่อลดอาการปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ กาแฟ ยาบางชนิด เช่น ยาลดน้ำมูก, ยาแก้คัดจมูก เป็นต้น ในกลุ่มนี้การติดตามอาการ ตรวจร่างกาย ตรวจการทำงานของไตปีละ 1 – 2 ครั้ง ถ้าอาการแย่ลงควรแนะนำให้ใช้วิธีการรักษาวิธีอื่น เช่น การกินยา การผ่าตัด การติดตามอาการ เป็นวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยซึ่งมีอาการน้อย (IPSS<7) ไม่รบกวนคุณภาพชีวิต เมื่อติดตามผลการรักษาด้วยวิธีนี้ พบว่าหนึ่งในสามอาการดีขึ้น (ธีระพล อมรเวชสุกิจ, 2546; วชิร คชการ 2548; Joseph & Presti, 2000)

2. การรักษาด้วยยา (Medical Treatment) วิธีนี้เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีอาการปานกลางถึงมาก และได้อธิบายถึงผลดีและผลข้างเคียงของยา ยาที่ใช้ในการรักษามีอยู่หลายกลุ่ม กลุ่มแรกเป็นยาลดการบีบตัวของกล้ามเนื้อเรียบในต่อมลูกหมาก ได้แก่ กลุ่มยาด้านอัลฟา (Alpha-Blocker) มีผลทำให้อัตราการไหลของปัสสาวะ และ Symptom Score ดีขึ้น ถือเป็นยากลุ่มแรกที่ใช้ในการรักษาต่อมลูกหมากโต ยาในกลุ่มนี้มีหลายตัวเช่น Alfuzosin Doxazosin, Terazosin Tamsulosin ผลข้างเคียงของยา แต่ละตัวก็แตกต่างกันไป เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด มึนงง เหนื่อย ไม่มีแรง คัดจมูก Retrograde Ejaculation ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก ยาในกลุ่มที่สองเป็นยาลดขนาดของต่อมลูกหมาก คือ ยาด้านเอนไซม์ 5 – อัลฟารีดักเตส ซึ่งยามีผลทำให้การเปลี่ยนแปลงของ Testosterone เป็น Dihydrotestosterone (DHT) ซึ่งเป็น Potent Androgen มีจำนวนน้อยลงเป็นผลให้การเจริญเติบโตของต่อมลูกหมากลดลง เมื่อใช้เป็นเวลานานขนาดต่อมลูกหมากจะเล็กลง ผลการรักษาสูงสุดประมาณ 6 ถึง 12 เดือนภายหลังการให้ยา ยาในกลุ่มนี้คือ Finasteride ยานี้มีผลข้างเคียงน้อยแต่ราคาแพง และจำเป็นต้องใช้ในระยะยาว เมื่อใช้ยาในกลุ่มนี้นาน ๆ สามารถลดการเกิดอาการปัสสาวะไม่ออก (Acute Urinary Retention) และการผ่าตัดต่อมลูกหมากลงได้ (McConnell et al., 1998) นอกจากนี้ยาดังนี้ยังได้ผลดีในการรักษาอาการปัสสาวะเป็นเลือดเนื่องจากต่อมลูกหมากโตได้ (Foley & Solomon, 2000)

กลุ่มที่สามเป็นการรักษาโดยใช้ยาร่วมกันระหว่างกลุ่มแรกและกลุ่มที่สอง ซึ่ง National Institute of Health (NIH) ของสหรัฐอเมริกาได้ศึกษาผลการรักษาต่อมลูกหมากโตด้วยยา และการ

ดำเนินโรค พบว่า มีอาการทางคลินิกและความเสี่ยงต่อการเกิดอาการปัสสาวะไม่ออกรวมถึงการผ่าตัด ลดลงอย่างมากและมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการให้ยาตัวใดตัวหนึ่งเพียงตัวเดียว

กลุ่มที่สี่ เป็นการรักษาโดยใช้สารสกัดจากพืช ซึ่งเป็นสมุนไพรนิยมใช้มากในประเทศยุโรป สารที่ออกฤทธิ์ไม่ทราบแน่ชัด แต่ที่ยอมรับก็คือ มีฤทธิ์ Anti Inflammation 5 – Alpha-Reductase inhibitor และ Growth Factor Inhibition (ธีระพล อมรเวชสุกิจ , 2546)

3. การรักษาด้วยการผ่าตัด เป็นการรักษาที่มีการทำมานานแล้ว มีอยู่หลายวิธี วิธีมาตรฐานที่ใช้อยู่ปัจจุบันก็คือ Transurethral Resection of The Prostate Gland (TUR-P) ทำโดยการใช้กล้องส่องท่อปัสสาวะเข้าไปบริเวณต่อมลูกหมากและใช้เครื่องมือตัด โดยใช้ไฟฟ้าทำการตัดชิ้นเนื้อต่อมลูกหมากออกมา ผลดีก็คือ ผู้ป่วยไม่มีบาดแผลภายนอก ผลการผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ผลเสียก็คือ มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น เสียเลือดมาก เกิดการอุดตันทางเดินปัสสาวะจากลิ่มเลือด การเกิดภาวะเกลือโซเดียมในเลือดต่ำ เนื่องจากทำการผ่าตัดเป็นเวลานาน

การผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยผ่านแผลทางหน้าท้องส่วนล่าง ข้อบ่งชี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีต่อมลูกหมากมีขนาดใหญ่กว่า 80 กรัม หรือในกรณีที่ไม่สามารถใส่เครื่องมือผ่าตัดผ่านท่อปัสสาวะได้ เช่น โรคกระดูกสะโพก ซึ่งไม่สามารถจัดทำในการผ่าตัดได้ หรือท่อปัสสาวะตีบ การผ่าตัดมี 2 วิธีคือ Retropubic และ Suprapubic Prostatectomy (ธีระพล อมรเวชสุกิจ , 2546)

4. การรักษาด้วยวิธี Minimal Invasive Treatment ในกลุ่มนี้มีการรักษาอยู่หลายวิธี เช่น การใส่อุปกรณ์ถ่างท่อปัสสาวะ (Stent) ซึ่งมีทั้งใส่ชั่วคราวและถาวร วิธีนี้มีประโยชน์ในผู้ป่วยที่สภาพร่างกายไม่สามารถผ่าตัดได้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้คือ ปัสสาวะบ่อบ แสบขัด กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะเป็นเลือด อาจมีปัญหาเรื่องการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะได้บ่อย ๆ การใช้ความร้อนในการรักษาต่อมลูกหมากโต โดยปกติเนื้อเยื่อต่อมลูกหมากจะทนอุณหภูมิได้ 42 องศาเซลเซียส นาน 90 นาที ถ้าอุณหภูมิสูงและระยะเวลาทำให้เกิด Coagulative Necrosis ได้ การรักษาในกลุ่มนี้มีหลายวิธี เช่น (1) Transurethral Needle Ablation of Prostate (TUNA) เป็นการให้พลังงานจาก Radiofrequency ทำให้เกิดความร้อนผ่านการใส่เข็มเข้าทางกล้องส่องท่อปัสสาวะแทงเข้าไปในเนื้อต่อมลูกหมาก (2) High – Intensity Focused Ultrasound (HIFU) ใช้คลื่นอัลตราซาวด์ทำให้เกิดความร้อน (3) Transurethral Microwave Thermotherapy (TUMT) เป็นการให้พลังงาน Microwave เข้าต่อมลูกหมากโดยใส่ผ่านสายสวนปัสสาวะเข้าทางท่อปัสสาวะ (4) การใช้แสง Laser ซึ่งมีหลายวิธีมีราคาแพงไม่ค่อยได้รับความนิยมในประเทศไทย (ธีระพล อมรเวชสุกิจ , 2546)

การดูแลและการปฏิบัติตัวหรือพฤติกรรมบำบัด (อุณพันธ์ ตันติวงศ์ และคณะ, 2542) ประกอบด้วย

1. การฝึกกระเพาะปัสสาวะ (Bladder Training) คือ การถ่ายปัสสาวะในเวลาและจำนวนที่เหมาะสมเวลาห่างแต่ละครั้งไม่ควรน้อยกว่า 2 ชั่วโมงและจำนวนแต่ละครั้งไม่ควรน้อยกว่า 150 ซีซี การฝึกจะควบคู่กับการสำรวจและบันทึกลงในแบบบันทึกการปัสสาวะ เพื่อให้ผู้สูงอายุทราบว่าปฏิบัติได้ดีหรือไม่เพียงใด และพยายามถ่ายปัสสาวะเมื่อรู้สึกว่าจะปวดปัสสาวะพอควรหรือคาดคะเนว่ามีน้ำปัสสาวะมากพอที่จะถ่ายปัสสาวะได้ดีที่สุด โดยมากจำนวนปัสสาวะที่เหมาะสมที่จะให้ถ่ายปัสสาวะดีที่สุดจะอยู่ระหว่าง 150-400 ซีซี

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior Adjustment) ได้แก่

2.1 ดื่มน้ำให้สม่ำเสมอ เฉลี่ยประมาณวันละ 6-8 แก้ว เพื่อไม่ให้ถ่ายปัสสาวะบ่อยเกินไปหรือถ่ายปัสสาวะน้อยเกินไป

2.2 งดหรือลดน้ำรวมทั้งเครื่องดื่มหรืออาหารที่เป็นน้ำช่วงเย็นจนถึงก่อนนอน เพื่อลดการลุกขึ้นถ่ายปัสสาวะหลังเข้านอนแล้ว

2.3 พยายามออกกำลังกายสม่ำเสมอเพื่อให้สุขภาพแข็งแรง ถ่ายปัสสาวะคล่องขึ้น และป้องกันท้องผูก

2.4 ขมิบก้น ช่วยรีดน้ำปัสสาวะที่ค้างอยู่ในท่อปัสสาวะส่วนต้นและช่วยเพิ่มแรงบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะได้สุดและช่วยลดอาการปัสสาวะหยดซึมหลังถ่ายปัสสาวะเสร็จได้

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ได้รับการพัฒนาโดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมชาวสหรัฐอเมริกา ชื่อ Hochbum, Kegeles, Leventhal และ Rosenstock ซึ่งสนใจจะศึกษาว่าทำไมประชาชนไม่ยอมรับวิธีป้องกันโรค เช่นการตรวจเช็คร่างกาย เพื่อค้นหาโรคก่อนที่จะปรากฏอาการ ทั้งๆ ที่ไม่ได้คิดค่าบริการ โดยมีข้อสมมติฐานว่าบุคคลจะแสวงหาผลและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ภายใต้สถานการณ์เฉพาะอย่างเท่านั้น ซึ่งบุคคลนั้นจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่ง และมีแรงจูงใจต่อสุขภาพ จะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วย จะต้องเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่สามารถควบคุมโรคได้ และเชื่อว่าค่าใช้จ่ายในการควบคุมโรคไม่สูงเกินไปเมื่อเทียบกับผลประโยชน์ที่ได้รับ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2536 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2546) โดยความเชื่อจะเป็นส่วนประกอบด้านความคิด ความเข้าใจในตัวบุคคล ซึ่งจะมีเหตุผลหรือไม่ก็ได้ ดังนั้น ความเชื่อเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิดที่เป็นผลจากการที่บุคคลได้รับประสบการณ์

ต่าง ๆ ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ซึ่งการรับรู้ที่ถูกต้องจะเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการเรียนรู้ เพราะการที่คนเราจะมีความคิด ความรู้ ความเข้าใจ รวมทั้งมีเจตคติที่ดีนั้นจะต้องเริ่มจากการรับรู้ที่ดีก่อน ดังนั้นการรับรู้จึงมีความสำคัญต่อการเรียนรู้ ถ้าไม่มีการรับรู้ การเรียนรู้จะเกิดขึ้นไม่ได้ และมีความสำคัญต่อเจตคติ อารมณ์ และแนวโน้ม ของพฤติกรรมเมื่อเกิดการรับรู้ย่อมเกิดความรู้สึกละมุนและอารมณ์ ต่อมาจึงเกิดการพัฒนาเป็นเจตคติและเกิดพฤติกรรมตามมาในที่สุด (กันยา สุวรรณแสง, 2532 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2546)

สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมีอุปสรรคด้านจิตวิทยาเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บป่วย ความอาย เป็นต้น (Rosenstock, 1974) ต่อมา เบคเกอร์และคณะ ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาอธิบายและทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรค โดยเพิ่มปัจจัยร่วม นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค เพื่อจะได้ครอบคลุมการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลทั้งผู้มีสุขภาพดีและผู้ป่วย มี 5 องค์ประกอบ คือ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility)

หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละ บุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน การหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ (Becker & Marshall, 1974) เบคเกอร์ สรุปได้ว่าบุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจะมีความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคจะมีความสำคัญต่อการมีสุขภาพดี ดังนั้น การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญของการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษาโรคของบุคคลนั้น (Becker & Rosenstock, 1977)

2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)

หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และใช้เวลานานในการรักษาการเกิดโรคแทรกซ้อนหรือการกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม การปฏิบัติตามคำแนะนำ จะไม่เกิดขึ้นได้แม้ว่าบุคคลนั้นมีการ

รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงสูงเกินไป ก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ เจนซ์ และเบคเกอร์ สรุปได้ว่าการศึกษาระบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างปี ค.ศ. 1974 - 1984 พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 85 และทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคได้เพียงร้อยละ 36 (Janz & Becker, 1984)

3. การรับรู้ถึงผลดีและอุปสรรคของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits, Perceived Barriers) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความ เชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำ ให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่า ผลเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งที่มอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย เจนซ์และเบคเกอร์ สรุป ได้ว่าการศึกษาระบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรม การป้องกันโรค เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค (Janz & Becker, 1984) และการคาดการณ์ล่วงหน้าของ บุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่นการตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความเจ็บปวด ไม่สุขสบาย หรือการมารับบริการ หรือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ขัด กับอาชีพหรือการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งบุคคล จึงต้องประเมินระหว่าง ประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ดังนั้นการรับรู้ อุปสรรค จึงเป็นปัจจัย สำคัญต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงสามารถให้ทำนายพฤติกรรม การให้ความร่วมมือในการรักษาได้

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)

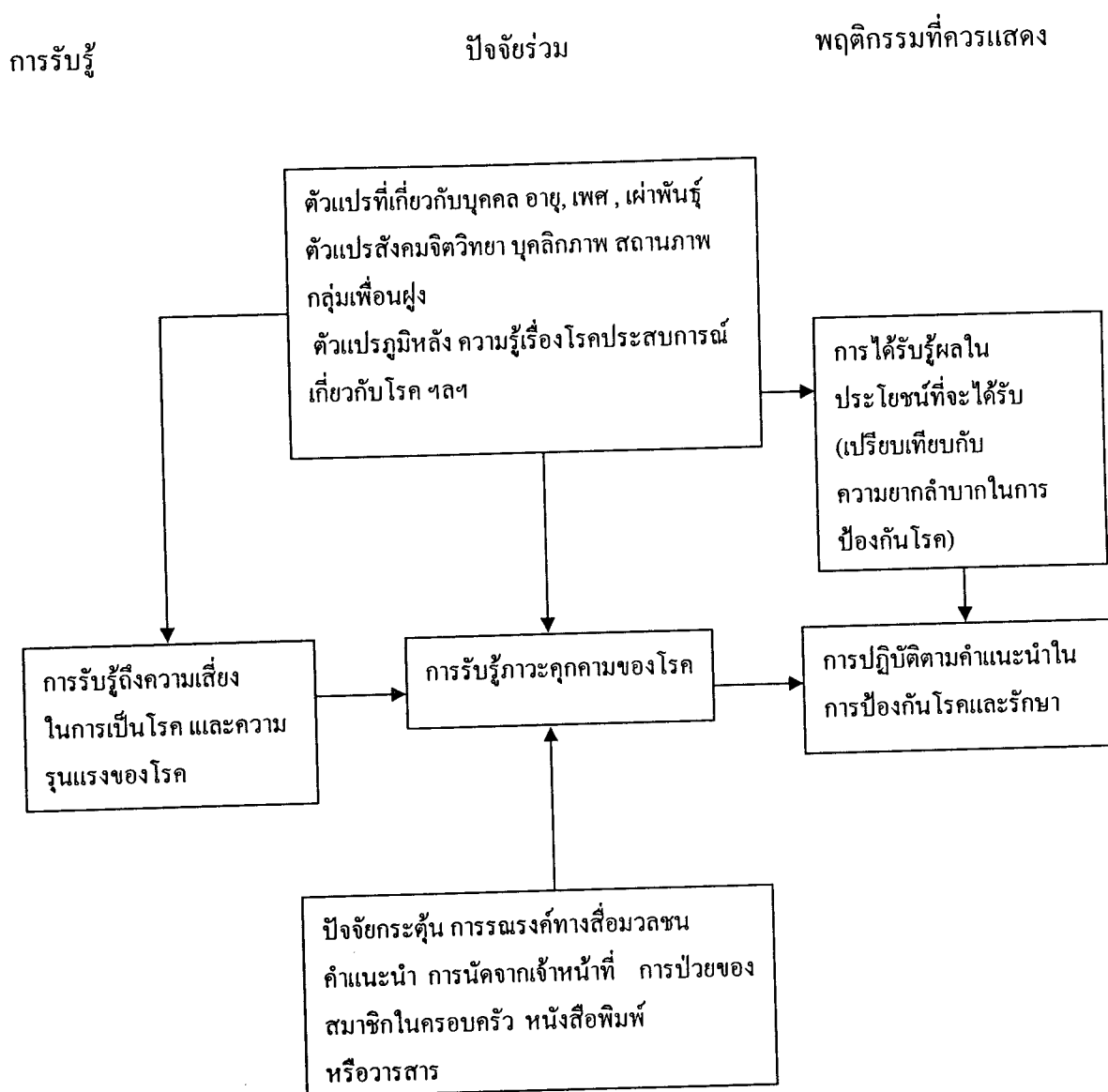
หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้น ของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายในเช่นความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป ความพอใจ ที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก สภาวะของ ร่างกาย อาการของการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งเร้าภายนอกได้แก่ ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกใน ครอบครัว การกระตุ้นเตือน เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจ

ด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจ โดยทั่วไปจะจัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการความร่วมมือ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

5. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors)

หมายถึง ปัจจัยอื่นนอกเหนือจากองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร โครงสร้าง ทัศนคติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนในด้านต่างๆ จึงเป็นตัวแปรทางพฤติกรรมสังคมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันรักษาสุขภาพด้วยเช่นกัน เบคเกอร์และคณะ ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้ในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค ดังภาพที่ 1 (Becker & Maiman, 1975) และเพื่ออธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยเพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมต่างๆ ได้กว้างขวางมากขึ้น ดังภาพที่ 2 (Becker & Marshall, 1974)

จากการศึกษาพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมในการป้องกันโรค และใช้ในผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้มาใช้ในการจัดกระบวนการสุขศึกษาอย่างต่อเนื่องในครั้งนี เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโต มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคต่อมลูกหมากโต และรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตาม คำแนะนำและนำไปสู่การปฏิบัติตัวในผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตในผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องขึ้น ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการทำแผนการให้สุขศึกษา ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าสู่กระบวนการศึกษาอย่างต่อเนื่องในครั้งนี จะมีการรับรู้และปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไป



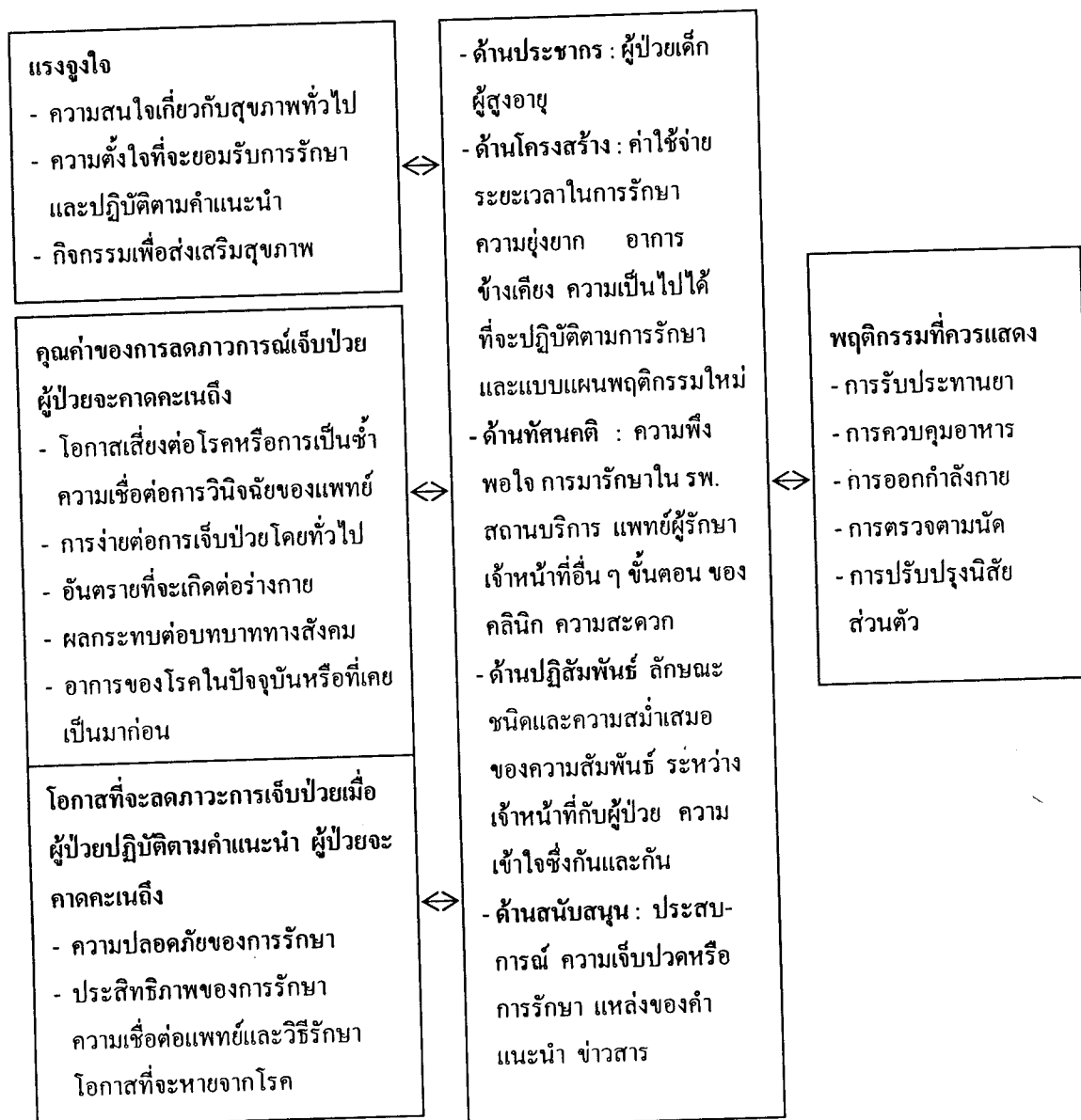
ภาพที่ 1 รูปแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรค

ที่มา : Becker MH, Maiman LA (1975)

ความพร้อมที่จะปฏิบัติ

ปัจจัยร่วม

พฤติกรรมของผู้ป่วย



ภาพที่ 2 “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ” ใช้ทำนายและอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย

ที่มา: Becker (1974)

3. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง พัฒนาการของชีวิตซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงที่ดำเนินไปสู่ความเสื่อมของร่างกาย และจิตใจ โดยทั่วไปถือว่าเริ่มต้นตั้งแต่อายุ 60 ปี ขึ้นไป สภาพเสื่อมของคนเรานั้นจะมีได้เร็วหรือช้า ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น กรรมพันธุ์ อาหาร อาชีพ สภาพความเป็นอยู่ ดินฟ้าอากาศ ถิ่นที่อยู่อาศัย โรคภัยไข้เจ็บ ตลอดจนจิตใจและอารมณ์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในผู้สูงอายุ (กรมการแพทย์, 2544)

สำหรับประเทศไทย ได้กำหนดว่าผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปตามเกณฑ์การปลดเกษียณ (กรมการแพทย์, 2544) ซึ่งตรงกับที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ในปี พ.ศ. 2525 ได้ตกลงใช้อายุ 60 ปี เป็นเกณฑ์มาตรฐานโลกในการที่จะกำหนดผู้ที่将被เรียกว่าเป็นผู้สูงอายุ

การตัดสินใจว่าผู้ใดควรเรียกว่าผู้สูงอายุนั้นเป็นสิ่งที่ตัดสินได้ยาก โดยทั่วไปการแบ่งผู้สูงอายุมี 2 วิธี (สมสนิท แวงวรรณ และคณะ, 2545) คือ

1. แบ่งตามอายุปฏิทิน (Chronological Age) คือ ผู้ที่มีอายุนับตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป
2. แบ่งตามอายุชีวภาพ (Biological Age) การแบ่งตามชีวภาพ เป็นสิ่งที่มีความแตกต่างกันได้มากในแต่ละบุคคล ดังจะเห็นได้จากบุคคลที่มีอายุเท่ากัน คนหนึ่งอาจดูแก่ในขณะที่อีกคนยังดูแข็งแรงและไม่แก่

การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง เป็นผลสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจหรืออารมณ์และทางสังคมดังต่อไปนี้ (กรมการแพทย์, 2544)

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Biological Change) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในวัยสูงอายุสามารถแบ่งตามระบบต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ระบบผิวหนัง ผิวหนังบางลง เซลล์ผิวหนังลดลง ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี ผิวหนังเหี่ยวและมีรอยย่นมากขึ้น ไขมันใต้ผิวหนังลดลงต่อมเหงื่อเสียหน้าที่ไม่สามารถขับเหงื่อได้ ต่อมาไขมันทำงานน้อยลง ผิวหนังแห้งและแตกง่าย สีของผิวหนังจางลงเพราะเซลล์สร้างสีทำงานลดลง จึงมีจุดสีน้ำตาลทั่วไป การสันตะเทือนและความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง เล็บแข็งและหนาขึ้น สีเล็บเข้มขึ้น

1.2 ระบบประสาท ขนาดสมองลดลง น้ำหนักสมองลดลง จำนวนเซลล์สมอง และเซลล์ประสาทลดลง ประสิทธิภาพของสมองน้อยลง ปฏิบัติการตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้า การทรงตัวไม่ดีทำให้หกล้มง่าย ความจำเสื่อม โดยเฉพาะ

เรื่องราวใหม่ๆ แต่สามารถจำเรื่องราวเก่าๆ ได้ ความกระตือรือร้นน้อยลง ความคิดอาจสับสนได้
แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงเวลานอนน้อยลงเวลาตื่นมากขึ้น

1.3 ประสาทสัมผัส การได้ยินของหูลดลง มีอาการหูตึงมากขึ้น เวลาพูดด้วยต้องพูด
เสียงดังและต้องพูดซ้ำ การรับกลิ่นไม่ดีเพราะมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก การรับรสของลิ้นเสีย
ไป เนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนน้อยลง ทำให้รับประทานอาหารไม่อร่อยเกิดภาวะเบื่ออาหาร
สายตาจะมองเห็นไม่ชัด แก้วตาเริ่มขุ่นมัวเกิดอาการของต้อกระจก ความยืดหยุ่นของแก้วตาลดลง

1.4 ระบบการไหลเวียนเลือด ขนาดของหัวใจอาจโตขึ้น ผนังหัวใจห้องล่างซ้าย
หนาขึ้น ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้น มีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ
ลดลง กำลังการหดตัวและอัตราการเต้นของหัวใจลดลง ส่วนหลอดเลือดก็จะมีผนังหนาขึ้น และ
ความยืดหยุ่นน้อยลง มีแคลเซียมและไขมันเกาะมากขึ้น เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว ทำให้เกิด
โรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ส่วนหลอดเลือดฝอยจะเปราะและแตกง่าย
ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง จำนวนเม็ดเลือดแดงลดลง ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย
ทำงานลดลง

1.5 ระบบหายใจ ความยืดหยุ่นของปอดลดลง เยื่อหุ้มปอดแข็งและทึบทำให้ปอดยึด
ขยายและหดตัวได้น้อยลง เหนื่อยง่าย กล้องเสียงเริ่มเสื่อมและเกิดโรกระบบทางเดินหายใจ ได้ง่าย
เช่น โรคปอดบวม

1.6 ระบบทางเดินอาหาร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีฟัน เนื่องจากฟันผุ ทำให้เคี้ยว
อาหารไม่สะดวก ต่อม น้ำลายผลิตเอนไซม์และน้ำย่อยน้อยลง กระเพาะอาหารมีการหลั่งน้ำย่อย
ลดลง ประสิทธิภาพการย่อยอาหารและการดูดซึมอาหารไม่ดี ท้องอืดง่าย เกิดภาวะขาดอาหาร
ได้ง่าย การขับถ่ายไม่ปกติ ท้องผูกได้ง่าย

1.7 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดของเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง
กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง มีพังผืดเข้ามาแทนที่มากขึ้น มีผลทำให้ความแข็งแรงและความ
ว่องไวในการเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง กระดูกมีน้ำหนักลดลง เพราะแคลเซียมสลายออกจาก
กระดูกมากขึ้น ทำให้กระดูกเปราะและหักง่าย ความยาวกระดูกสันหลังลดลง หมอนรองกระดูก
บางลง หลังค่อมมากขึ้น ความสูงลดลงประมาณ 3 - 5 นิ้ว น้ำไขข้อลดลง กระดูกอ่อนบริเวณ
ข้อเสื่อมมีแคลเซียม เกาะมากขึ้น

1.8 ระบบทางเดินปัสสาวะ น้ำหนักและขนาดของไตลดลง การไหลเวียนเลือดในไต
ลดลง อัตราการกรองของไตลดลง ทำให้ทำหน้าที่ของไตเสื่อม ขับของเสียได้น้อยลง ขนาดของ
กระเพาะปัสสาวะลดลง กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลัง เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ทำให้
ปัสสาวะบ่อยครั้ง ในผู้ชายต่อมลูกหมากมักโต

1.9 ระบบต่อมไร้ท่อ ถูกอวัยวะเกี่ยวและมีขนาดเล็กกลึง ผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ขนาดและรูปร่างของเชื้ออสุจิเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการผสมกับไข่ น้อยลง ความหนืดของน้ำเชื้อลดลง ในผู้หญิงรังไข่จะฝ่อเล็กกลึง ช่องคลอดแคบและสั้นลง รอยย่นและความยืดหยุ่นลดลง สารหล่อลื่นภายในช่องคลอดลดลงและมีความเป็นด่างมากขึ้น กล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานหย่อน ต่อมไร้ท่อผลิตฮอร์โมนต่าง ๆ ลดลง

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจหรืออารมณ์ (Psychological Change) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากความเสื่อม ของร่างกาย และสมอง ทำให้ความสามารถในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นลดน้อยลง นอกจากนั้น ความแตกต่างของนิสัย บุคลิกภาพ ความรู้ความสามารถความถนัดตลอดจนประสบการณ์ต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุแต่ละคนมีปฏิกิริยาต่อสิ่งที่มากระทบแตกต่างกัน อาการทางจิตที่แสดงออกจึงมีความแตกต่างกัน ซึ่งมีตั้งแต่ ความวิตกกังวล ซึมเศร้า สับสน หลงลืม เป็นต้น

2.1 ปัจจัยสำคัญที่กระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ได้แก่

2.1.1 การอยู่ในสภาวะของการไร้บทบาท (Rolelessness) ความรู้สึกชัดเจนในบทบาทของตนเอง ทำให้บุคคลรู้ถึงความหมายของการดำรงชีวิตและรู้ถึงทิศทางที่จะประพฤติตนแต่ใน สภาวะของการเป็นผู้ไร้ซึ่งบทบาท เช่น การเกษียณอายุ การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือพิการที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ การพ้นจากตำแหน่งหรือภารกิจที่กระทำอยู่เดิมโดยไม่มีสิ่งทดแทนที่ชัดเจนและอื่น ๆ ซึ่งสภาวะของการไร้บทบาทเช่นนี้อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้บ่อย ทำให้จิตใจของผู้สูงอายุเกิดความเครียดสับสน เสียความเชื่อมั่นและความภูมิใจในตนเองเป็นต้นเหตุให้เกิดอาการต่าง ๆ ทางจิตตามมาได้

2.1.2 การสูญเสีย (Loss) สิ่งสำคัญของชีวิต เช่น การสูญเสียคู่สมรสเพราะการตายจากการสูญเสียบุตรเพราะการแยกไปประกอบอาชีพ หรือเพราะมีครอบครัว การสูญเสียสถานะเดิมทางสังคม เช่น ตำแหน่งหน้าที่ในอาชีพ หรือการสูญเสียการเป็นที่พึ่งพาของครอบครัว เพราะลูก ๆ สามารถพึ่งตนเองได้แล้ว และการสูญเสียอื่น ๆ การสูญเสียสิ่งต่าง ๆ ที่กล่าวมาทำให้จิตใจของผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเกิดความรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว (Emptiness Syndrome)

2.1.3 ความตาย (Death) เป็นปัจจัยที่สำคัญที่คุกคามอยู่ลึก ๆ ในจิตใจของทุกคน สำหรับผู้สูงอายุแล้ว ความตายนับเป็นความคุกคามที่เป็นจริงและใกล้ตัวยิ่งขึ้น ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งอาจมีปฏิกิริยาต่อการคุกคามนี้ในรูปของการเป็นคนขี้บ่น หงุดหงิด กังวลง่าย เช่น กังวลกับความเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายหรือหน้าที่การงานและอื่น ๆ เมื่อไปรับการตรวจจากแพทย์ก็ชอบที่จะร้องขอ ให้มีการตรวจพิเศษเพิ่มเติม โดยที่แพทย์อาจจะเห็นว่าไม่จำเป็น ผู้สูงอายุบางคนก็แสดงออกในรูปของการเรียกร้องความสนใจความเห็นใจอย่างมากจากบุคคลอื่นๆ

จนก่อความหงุดหงิดรำคาญ และเกิดปัญหาสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้ ปฏิกริยาอีกชนิดหนึ่งที่แสดงออกต่อความกังวลในเรื่องความตายคือปฏิกริยาในรูปของการปฏิเสธ (Denial) ซึ่งพบได้บ่อยในทั้งผู้ชายและผู้หญิง ในผู้ชายอาจแสดงพฤติกรรมในรูปของการเที่ยวเตร่มากเกินไป การคิดสุรา ผู้สูงอายุบางคนอาจแสดงพฤติกรรมในรูปของการมีท่าทางคำพูด หรือการแต่งตัวคล้ายวัยรุ่นหรือคนหนุ่มสาว ผู้สูงอายุบางรายที่ป่วยร้ายแรง เช่น เป็นโรคมะเร็ง เป็นอัมพาต หรืออื่น ๆ อาจใช้กลไกการปฏิเสธการเจ็บป่วยนั้น โดยการไม่ยอมรับการวินิจฉัยของแพทย์หรือไม่ยอมรับการรักษา ทำให้เกิดเป็นปัญหาในการดูแลรักษาโรคเหล่านั้น

2.2 ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจที่พบ คือ

2.2.1 การรับรู้ ผู้สูงอายุจะยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตัวเอง การรับรู้ในสิ่งใหม่ๆ จึงเป็นไปได้ยาก ความจำก็เสื่อมลง

2.2.2 การแสดงออกทางอารมณ์ เกี่ยวเนื่องกับการตอบสนองความต้องการของจิตใจ ต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกต่อตนเองในแง่ต่าง ๆ ส่วนใหญ่จะเป็นความท้อแท้ น้อยใจ รู้สึกว่าสังคมไม่ให้ความสำคัญกับตนเองเหมือนที่เคยเป็นมาก่อน ทำให้มีอารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนใจเพียงเล็กน้อย จะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิด โกรธง่าย

2.2.3 ความสนใจสิ่งแวดล้อม จะสนใจสิ่งแวดล้อมเฉพาะที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและตรงกับความสนใจของตนเองเท่านั้น

2.2.4 การสร้างวิถีดำเนินชีวิตของตนเอง การมีอายุมากขึ้น การเข้าใกล้กาลเวลาแห่งการสิ้นสุดของชีวิต การยอมรับสภาพดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุบางคนมุ่งสร้างความดีงามให้แก่ตนเองเพิ่มมากขึ้น

2.3 ความผิดปกติทางจิตใจในวัยสูงอายุ แยกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

2.3.1 กลุ่มอาการทางจิตเนื่องจากสมองเสื่อม อาการเริ่มแรกผู้สูงอายุจะจำวันเวลาไม่ได้ ความจำเสื่อม ความสามารถทางปัญญาลดลง การปรับตัวและการตัดสินใจช้า กลุ่มอาการจากจิตเนื่องจากสมองเสื่อมมี 4 ลักษณะ คือ

2.3.1.1 สมองเสื่อม อาการระยะแรกจะลืมง่ายการปฏิบัติงาน ประจำวันยังปกติ ถ้าอาการมากขึ้นจะสับสน ขาดสติ ทำอะไรไม่รู้ตัว จำอะไรไม่ได้แต่งตัวเองไม่ได้ อาจขับถ่ายไม่เป็นที่เป็นทาง สาเหตุเกิดจากสมองเสื่อมปล่อยหลุดเล็ดเล็ดแฉ่งตัว เนื้อสมอง ตายเนื้องอกในสมอง โรคพิษสุราเรื้อรัง

2.3.1.2 เพ้อคลั่ง อาการครองสติไม่อยู่ ความจำเสีย ประสาทหลอน แปลภาพผิด อาการอาจเกิดในช่วงสั้น ๆ ทันทีทันใด อาจเป็นชั่วโมงหรือนาน 2-3 วัน สาเหตุเกิดจากสมองหยุดทำงานชั่วคราว จากโรคทางกาย เช่น ไข้สูง ได้รับสารพิษ พิษจากสุรา

2.3.1.3 หลงลืม จำเรื่องปัจจุบันไม่ได้ ไม่มีความคิดริเริ่ม ชอบพูดความยาวสาวความยืด เพราะพยายามจะปะติดปะต่อเรื่องราวให้ได้ สาเหตุเกิดจากพิษสุราเรื้อรัง หรือสาเหตุอื่นที่ทำให้สมองเสื่อมหน้าที่

2.3.1.4 อาการทางอารมณ์ จะมีอาการซึมเศร้า อารมณ์ไม่มั่นคง บางครั้งพุดมาก ครั่นเครงไม่สมเหตุสมผล สาเหตุเกิดจากป่วยเรื้อรังมานาน ระบบประสาทผิดปกติ หรือได้รับสารพิษต่าง ๆ

2.3.2 กลุ่มอาการทางจิตใจ เนื่องจากจิตใจและอารมณ์ผิดปกติมีลักษณะดังนี้

2.3.2.1 อาการเหงาหรือว่าเหว เป็นอาการแสดงออกถึงความผิดปกติทางด้านจิตใจ และอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเครียดทางสังคม ซึ่งคนส่วนใหญ่ให้ความสนใจน้อย เพราะคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดาของคนมีอายุ ความจริงความเหงาเป็นความผิดปกติของจิตใจ รู้สึกว่าเหวอ้างว้าง ขาดที่พึ่ง รู้สึกเศร้า เหม่อลอย คล้ายอยู่คนเดียวในโลก อาจพบอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย ร่วมด้วย สาเหตุ เกิดจากการสูญเสีย การพลัดพราก เช่น การสูญเสียสิ่งที่ตนรัก หน้าที่ การงาน ความไม่สมหวัง

2.3.2.2 อาการวิตกกังวล เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เป็นปฏิกิริยาการปรับตัวให้เข้ากับความเครียด ทำให้เกิดความไม่สบายใจ

2.3.2.3 อาการหวาดระแวง ไม่ไว้วางใจ ไม่มั่นใจในผู้อื่น ถ้ามีอาการระแวงสงสัย ร่วมกับความหวาดกลัว จะมีความรุนแรงถึงขั้นหลงผิดได้

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม (Social Change)

ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหรือพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติเป็นประจำ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการเกษียณอายุ ทำให้มีเวลาว่างมากขึ้น การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำลดลงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือสูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม รู้สึกตนเองด้อยคุณค่า การสมาคมกับเพื่อนฝูงผู้ร่วมงานน้อยลง ทั้งยังทำให้ขาดรายได้จากเดิมที่เคยมีอยู่ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลง ทางครอบครัว โดยเมื่อลูกเจริญเติบโตมีครอบครัวเป็นของตนเองก็ต้องการสร้างครอบครัวใหม่ นุคคณในครอบครัวที่เคยอยู่ด้วยกันก็แยกย้ายกันไป ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะถูกปล่อยให้อยู่ตามลำพัง ผู้สูงอายุจึงต้องเผชิญกับความสูญเสียมากมาย มองโลกในแง่ร้าย ซึมเศร้าและสิ้นหวัง (Arkoff, 1968 อ้างถึงใน สุทิน อ่อนอุบล, 2540)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและสังคม ได้ส่งผลให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาในการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอาการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย แต่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคอะไร ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษากลุ่มผู้สูงอายุ ที่เป็นโรคด้อม

ลูกหมากโต เพราะความชุกของโรคนี้ในชายไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 41.03 (อนุพันธ์
ตันติวงศ์ และคณะ, 2542) และเป็นกลุ่มอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

4. การมีส่วนร่วม

การดำเนินงานที่จะประสบผลสำเร็จยั่งยืนและมีประสิทธิภาพนั้น ปัจจัยที่มีความสำคัญคือ
การมีส่วนร่วม (Participation)

การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่บุคคลหรือคณะบุคคลเข้ามาช่วยเหลือสนับสนุน
ทำประโยชน์ในเรื่องต่างๆ หรือกิจกรรมต่าง ๆ อาจเป็นการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ
หรือกระบวนการบริหาร และประสิทธิผลขององค์การขึ้นอยู่กับความร่วมมือของบุคคลที่เกี่ยวข้อง
กับองค์การนั้นในการปฏิบัติภารกิจให้บรรลุเป้าหมาย วิธีการหนึ่งในการรวมพลังความคิด
สติปัญญาก็คือ การให้มีส่วนร่วม การให้บุคคลมีส่วนร่วมในองค์การนั้น บุคคลจะต้องมี
ส่วนเกี่ยวข้อง (Involvement) ในการดำเนินการหรือปฏิบัติภารกิจต่างๆ เป็นผลให้บุคคลนั้นมีความ
ผูกพัน (Commitment) ต่อภารกิจและองค์การในที่สุด (จุฬารัตน์ โสตะ, 2546)

การมีส่วนร่วมเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งประชาชนในชุมชนจะต้องมี
ส่วนร่วมมือในการดำเนินงานพัฒนานั้นตั้งแต่ต้นจนจบ เริ่มตั้งแต่การให้ความสำคัญกับชาวบ้าน
เท่าเทียมกับนักพัฒนาหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ชาวบ้านจะร่วมกันรับรู้ ร่วมคิด ร่วมวางแผน
ร่วมดำเนินงาน และร่วมประเมินผล ทั้งนี้แนวคิดในการมีส่วนร่วมคือ

1. ความเป็นเจ้าของการเป็นเจ้าภาพ
 2. การมีอำนาจในการตัดสินใจ อำนาจในการดำเนินงาน การบริหารจัดการ
 3. การร่วมรับผลประโยชน์ ผลลัพธ์ และผลกระทบจากการดำเนินงาน
 4. การร่วมประเมินผล เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ
- ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมที่แท้จริงและสมบูรณ์แบบเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนนั้น ประกอบด้วย

กระบวนการตามขั้นตอนต่าง ๆ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการศึกษา การวิเคราะห์ชุมชน วิเคราะห์ปัญหา ค้นหา สาเหตุต้นตอ
ที่แท้จริงของปัญหา และแสวงหาแนวทางแก้ไข
2. การมีส่วนร่วมในการรับรู้ สนใจ เข้าใจ ตระหนักและรวมคิด ร่วมตัดสินใจ
3. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงาน การบริหารจัดการ การกำหนดการใช้
ทรัพยากรต่างๆ

4. การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ โดยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานร่วมลงทุนควบคุมการดำเนินงาน การจัดสรรบริหาร จัดการด้านการเงิน การบริการ และผลประโยชน์ที่จะได้รับ

5. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล การกำหนดรูปแบบในการประเมินผล การค้นหาอุปสรรคปัญหาและแนวทางแก้ไข การประเมินประสิทธิผลการเรียนรู้ เพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน

เงื่อนไขของการมีส่วนร่วม (Conditions for Participant) การที่ประชาชนจะเข้าร่วมในกิจกรรม พัฒนาชุมชนนั้นจะต้องมีเงื่อนไขอย่างน้อย 3 ประการ (จุฬารัตน์ โสตะ, 2546) ดังนี้

1. ประชาชนจะต้องมีอิสรภาพที่จะมีส่วนร่วม (Freedom to Participate)
2. ประชาชนต้องสามารถที่จะมีส่วนร่วม (Ability to Participate)
3. ประชาชนต้องเต็มใจที่จะมีส่วนร่วม (Willingness to Participate)

หากไม่มีอิสรภาพ ไม่มีความสามารถ และไม่มีใจเต็มใจแล้ว การมีส่วนร่วมของประชาชนจะไม่เกิดขึ้นเลยนอกจากเงื่อนไขสำคัญ 3 ประการดังกล่าวแล้ว ความสำเร็จของการมีส่วนร่วมยังขึ้นอยู่กับเงื่อนไขต่อไปนี้

1. ประชาชนต้องมีเวลาที่จะมีส่วนร่วมก่อนเริ่มกิจกรรม การมีส่วนร่วมไม่เหมาะสมสถานการณ์ฉุกเฉิน
3. ประชาชนจะต้องไม่เสียเงินเสียทองค่าใช้จ่าย ในการมีส่วนร่วมมากเกินไปที่เขาประเมินผลตอบแทนที่จะได้รับ
4. ประชาชนต้องมีความสนใจที่สัมพันธ์สอดคล้องกับการมีส่วนร่วมนั้น
5. ประชาชนต้องสามารถสื่อสารรู้เรื่องกันทั้งสองฝ่าย
6. ประชาชนต้องไม่รู้สึกกระทบกระเทือนต่อตำแหน่งหน้าที่หรือสถานภาพทางสังคมหากมีส่วนร่วม

อนึ่ง การที่จะทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานั้นจะต้องมีวิธีการหรือเทคนิค ดังนี้

1. ต้องให้สมาชิกมีความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน
2. สร้างกลุ่มให้เป็นที่ดึงดูดใจของสมาชิก
3. เปลี่ยนแปลงทัศนคติ ค่านิยม และพฤติกรรมตรงกับพื้นฐานแห่งความดึงดูดของกลุ่ม
4. ความมีชื่อเสียงเกียรติยศของสมาชิกในกลุ่ม
5. ไม่เปลี่ยนแปลงปัจเจกบุคคลหรือส่วนย่อยของกลุ่มที่เบี่ยงเบนไปจากปทัสถานของกลุ่ม

7. ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามแรงกดดันจากกลุ่ม โดยการสร้างสัญญาร่วมของสมาชิก
ผู้ต้องการเปลี่ยนแปลง

8. การเสนอข่าว การวางแผน และผลของการเปลี่ยนแปลงจะต้องให้สมาชิกทุกคนใน
กลุ่มมีส่วนร่วม

9. ขจัดกำลังคั่ง (ส่วนที่ไม่ต้องการให้เปลี่ยนแปลง) โดยเริ่มต้นปรับปรุงส่วนที่เกี่ยวข้อง
ใหม่

ความสำคัญของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชนมีความสำคัญ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นสิทธิพื้นฐานอันชอบธรรมของคนทุกคนที่ต้องเคารพ
ให้การยอมรับและยกย่อง โดยการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงออกเกี่ยวกับการ
ปรับปรุงวิถีชีวิตของเขา

2. งานพัฒนาเป็นงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับประชาชนเป็นจำนวนมาก จำเป็นจะต้องให้คน
หมู่มากเหล่านี้มีสิทธิมีเสียงในการแสดงออก

3. กลยุทธ์ทั้งหลายในการพัฒนาที่ผ่านมา ยังไม่สามารถส่งผลถึงกลุ่มประชาชน
ผู้ด้อยโอกาสและยากจน และในทางตรงกันข้ามกลับส่งผลให้กลุ่มผู้คนได้เปรียบมีโอกาสมากขึ้น
จึงจำเป็นต้องปรับ กลยุทธ์ในการพัฒนาใหม่ โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน
มากขึ้น

4. ประสบการณ์ที่ผ่านมาได้พบว่า มีโครงการจำนวนไม่น้อยที่ประสบความสำเเร็จ
โดยอาศัยวิธีให้ประชาชนมีส่วนร่วมในรูปของการรวมกลุ่มและการจัดตั้งองค์กรประชาชน
ในขณะเดียวกันก็มี ตัวอย่างของโครงการที่ล้มเหลวจำนวนมาก อันเนื่องจากไม่เปิดโอกาสให้
ประชาชนมีส่วนร่วม

5. การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นเรื่องของการปฏิบัติการเป็นกลุ่มหรือของกลุ่ม (Group
Action) อันเป็นผลมาจากความรู้สึกผูกพันของสมาชิกแต่ละคนที่เข้ามามีส่วนร่วม เพื่อพิทักษ์
ประโยชน์ของเขาและในขณะเดียวกันก็ได้ประโยชน์จากการพัฒนามากยิ่งขึ้น

6. การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นตัวชี้วัดของการพัฒนาชุมชน ยิ่งประชาชนเข้ามามี
ส่วนร่วมมากเท่าใด ยิ่งแสดงว่าประชาชนจะได้รับประโยชน์จากการพัฒนามากยิ่งขึ้น

7. ประชาชนย่อมรู้ดีกว่าตนเองกำลังต้องการอะไร มีปัญหาอะไร และอยากแก้ปัญหา
อย่างไรถ้าให้โอกาสแก่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนา ย่อมช่วยให้โครงการ
ต่าง ๆ สอดคล้องความต้องการที่แท้จริงของประชาชนได้ดีกว่า

8. การมีส่วนร่วมของประชาชนช่วยให้การปฏิบัติการทางสังคม (Social Action) เป็นไปอย่างสงบสันติ ก่อให้เกิดรูปแบบการเปลี่ยนแปลงที่มีระเบียบเป็นระบบและเป็นที่ยอมรับทุกฝ่าย

9. เป็นนโยบายของรัฐในปัจจุบันที่ให้ทุกโครงการที่ลงสู่ชนบทต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นตามปรัชญาของการพัฒนา

การให้บุคคลหรือชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมขององค์กร หรือหน่วยงานนั้น ๆ จะส่งผลให้การทำงานเกิดประสิทธิภาพบรรลุเป้าหมาย เกิดความประหยัดทรัพยากร การบริหารจัดการ ประหยัดเวลาและเกิดความพึงพอใจของผู้ให้และผู้รับบริการด้วย

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมต่อการวางแผน

1. สามารถค้นหาปัญหาและความต้องการที่แท้จริง พร้อมทั้งจะจัดอันดับความสำคัญของปัญหาได้อย่างถูกต้อง

2. สามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาได้หลากหลายครอบคลุม

3. สามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง แม่นยำและนำมาวางแผนแก้ปัญหานั้นๆ

4. สามารถดำเนินการตามแผนที่วางไว้ โดยความร่วมมือของคนในองค์กรหรือในชุมชนหรือชุมชนอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. สามารถติดตามและประเมินผลให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมาย

ระดับของการมีส่วนร่วม

รูปแบบการมีส่วนร่วมอีกทัศนะหนึ่ง คือ มองในลักษณะของการมีส่วนร่วม การมองในแง่นี้จะแบ่งการมีส่วนร่วมของประชาชนออกเป็นระดับ (Degree) ของการมีส่วนร่วมจากน้อยไปหามาก 7 ระดับ (จุฬารักษ์ โสตะ, 2546) ดังนี้

ระดับที่ 1 ถูกบังคับให้ร่วมโครงการเพราะถูกบังคับโดยไม่มีทางเลือกเลย

ระดับที่ 2 ถูกหลอกให้ร่วม ลักษณะนี้ประชาชนจะถูกล่อใจด้วยผลประโยชน์ในรูปของค่าจ้างแรงงานหรือความสะดวกสบายบางอย่างแต่เบื้องหลังความจริง แล้วเป็นการหาเสียงของนักการเมืองผู้หยิบยื่นโครงการมาล่อเท่านั้น

ระดับที่ 3 ถูกชักชวนให้ร่วม การมีส่วนร่วมลักษณะนี้ส่วนมากเป็นโครงการที่ทางราชการคิดขึ้นเอง เรียบร้อย แล้วพยายามชักชวนประชาชนให้ร่วมมือทุกรูปแบบ โดยอาศัยระบบการโฆษณาประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อมวลชนต่าง ๆ ว่าเป็นโครงการที่ดีขอให้ประชาชนให้ความร่วมมือ

ระดับที่ 4 สัมภาษณ์แล้ววางแผนให้ ลักษณะของการมีส่วนร่วมชนิดนี้ จะปรากฏว่าปัญหาความต้องการและเสียงเรียกร้องของประชาชนจะได้รับการเอาใจใส่ขึ้นบ้าง กล่าวคือ ผู้ที่วางโครงการจะสำรวจปัญหาความต้องการด้วยการเรียกประชุม สอบถาม สัมภาษณ์ แต่การ

ตัดสินใจว่าปัญหาของ ชาวบ้านคืออะไร ควรแก้ไขด้วยวิธีใด จะวางแผนอย่างไรและจะปฏิบัติ ตามแผนอย่างไร ยังคงเป็นเรื่องของทางราชการ

ระดับที่ 5 มีโอกาสเสนอความเห็น ประชาชนจะเริ่มเข้าไปมีส่วนร่วมในการเสนอ เห็นที่เกี่ยวกับการวางโครงการและการดำเนินการตามโครงการ แต่การตัดสินใจยังเป็นของ ส่วนราชการ

ระดับที่ 6 มีโอกาสเสนอโครงการ ในระดับนี้ทางราชการกับประชาชนจะมีการ ปรึกษาหารือกันอย่างใกล้ชิด ประชาชนจะมีโอกาสตัดสินใจว่าปัญหาของตนคืออะไร จะแก้ไขได้ อย่างไรที่ดีที่สุด กระทั่งมีสิทธิเสนอโครงการและเข้าร่วมปฏิบัติด้วย

ระดับที่ 7 มีโอกาสตัดสินใจ ในระดับนี้ประชาชนจะเป็นหลักสำคัญของการตัดสินใจ ในทุกเรื่องตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติตามแผนและการประเมินผลโครงการ

ประเภทของการมีส่วนร่วม (จุฬารณีย์ โสตะ, 2546)

ประเภทที่ 1 การมีส่วนร่วมแบบถูกกระทำ (Passive Participation) ขั้นนี้เป็นขั้นเริ่มแรก ซึ่งถือว่าการมีส่วนร่วมนั้นเป็นการยอมรับ (accepting) หรือการเพิ่ม (Gaining) การเข้าถึงประโยชน์ ที่เป็นรูปธรรม หรือการช่วยเหลือปัจจัยการดำรงชีวิตเฉพาะหน้าบางประการ

ประเภทที่ 2 การมีส่วนร่วมแบบสะท้อนการถูกกระทำ (Passive / Reflective Participation) การมีส่วนร่วมประเภทนี้เป็นส่วนที่ต่อเนื่องจากประเภทที่ 1 โดยถือว่าการมีส่วน ร่วมเป็นกิจกรรมทางการศึกษาบางประเภท ที่สามารถช่วยให้ประชาชนเข้าใจสาเหตุของ สภาพการณ์แห่งการค่อยพัฒนาและเข้าใจปัญหาซึ่งจะต้องแก้ไขโดยการจัดทำโครงการพัฒนา รูปแบบของวิธีการศึกษาแบบนี้เป็นการแสวงหาความรู้ ซึ่งบางทีอาจจะเรียกว่า การสร้าง มโนธรรมสำนึก (Conscientization) หรือการศึกษาแบบบูรณาการ (Integral Education) เพราะว่า เป้าหมายหลักของการศึกษาแบบนี้คือ การทำให้ประชาชนมีจิตสำนึก (Conscious) และตระหนัก (Aware) ในมิติด้านโครงสร้างและประวัติศาสตร์ (Structural and Historical Dimension) ของ ปัญหาที่เขาเผชิญอยู่ในชีวิตประจำวัน

ประเภทที่ 3 การมีส่วนร่วมแบบกระตือรือร้น (Active Participation) การมีส่วนร่วมใน ขั้นที่ 3 นี้เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับองค์การของบุคคลระดับพื้นฐาน (Grass Roots) ซึ่งเป็นผู้รับ ประโยชน์จากโครงการ ซึ่งการมีส่วนร่วมในระดับนี้ก็ถือ การส่งเสริม (Promote) หรือการผลักดัน ให้องค์กรของพวกเขาเข้าดำเนินการควบคุม หรือติดตามผลของโครงการ หรือทำการกระตุ้น การมี ส่วนร่วมของประชาชนในระดับกว้างๆ จากกลุ่มอื่น ๆ ทั่วไปที่มีอยู่ในส่วนต่าง ๆ ของสังคม ที่นอกเหนือไปจากกลุ่มผลประโยชน์เอง โดยปกติแล้ว การมีส่วนร่วมในมิตินี้รวมไปถึงองค์การ

ในท้องถิ่นที่มีอยู่แล้ว มีขอบข่ายที่ขยายครอบคลุมไปถึงกลุ่มอื่นๆ นอกเหนือจากการจำกัดอยู่แต่ภายในตัวโครงการที่แคบ

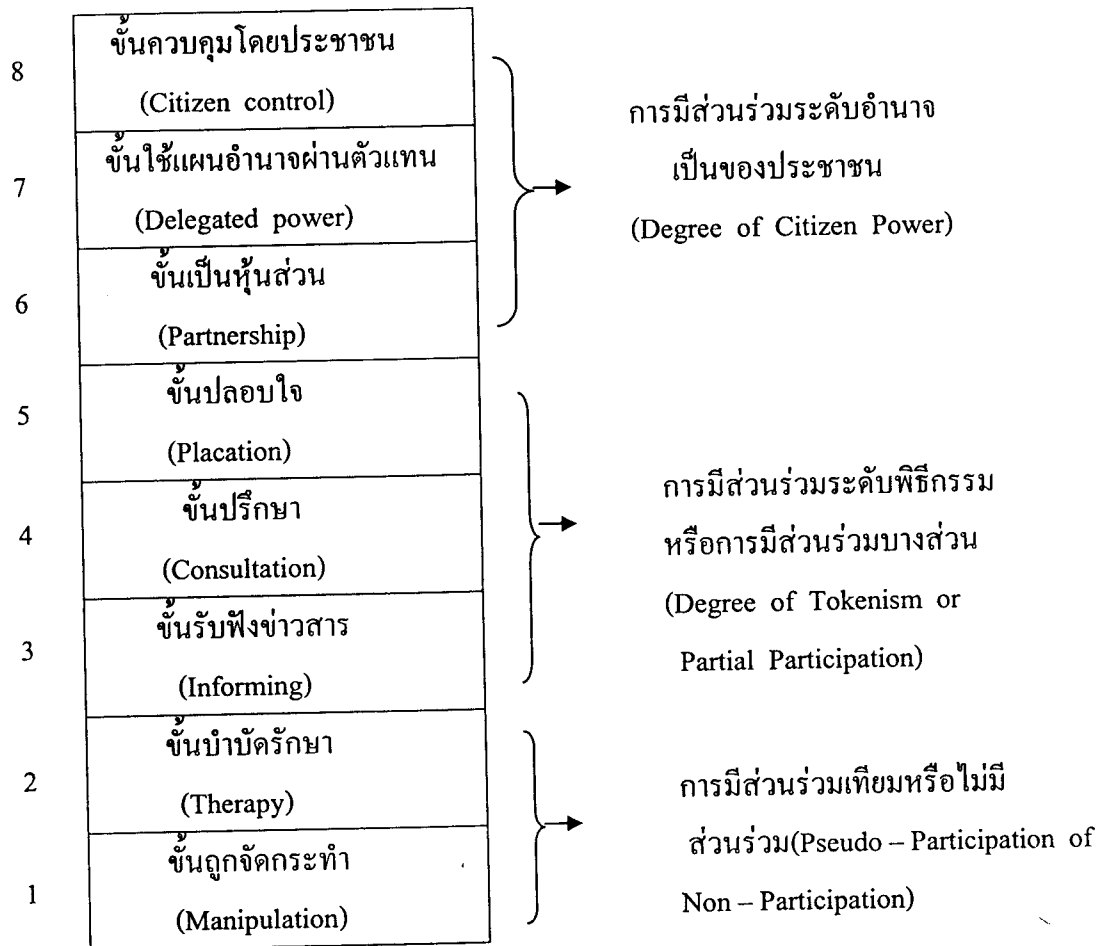
ประเภทที่ 4 การมีส่วนร่วมแบบสะท้อนความกระตือรือร้น (Active / Reflective Participation) เป็นรูปแบบที่ซับซ้อนของการมีส่วนร่วมของแบบต่อเนื่องนี้ ขั้นนี้เสริมต่อจากขั้นการมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้น ขั้นนี้เป็นการสะท้อนหรือการประเมินเกี่ยวกับข้อจำกัดและความหมายของโครงการภายใต้บริบทระดับชาติ และภายใต้เงื่อนไขทางประวัติศาสตร์ที่โครงการดำรงอยู่โดยปกติจะรวมถึงการออกแบบการก่อรูปหรือการประเมินเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ทางเลือกของการพัฒนา ซึ่งเกี่ยวข้องกับลักษณะเฉพาะของโครงการและลักษณะทั่วไปของสังคม

ขั้นตอนการมีส่วนร่วม 8 ขั้น (Participation Ladder)

บันไดขั้นที่ 1 และขั้นที่ 2 รวมเรียกว่าเป็นขั้นที่มีส่วนร่วมเทียมหรือไม่มีส่วนร่วมหมายถึงไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างแท้จริง แต่เป็นการสั่งให้ประชาชนกระทำตาม

บันไดขั้นที่ 3 – 5 รวมเรียกว่าเป็นการมีส่วนร่วมระดับพิธีการหรือการมีส่วนร่วมบางส่วน หมายถึง เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมได้ในบางส่วน บางเรื่องเท่านั้นเพราะบางส่วนผู้มีอำนาจเต็มสงวนเอาไว้ แต่ก็นับว่ายังดีกว่าขั้น 1 - 2

บันไดขั้นที่ 6 – 8 รวมเรียกว่าการมีส่วนร่วมระดับอำนาจของประชาชนซึ่งเป็นระดับที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมาก โดยพัฒนาจากขั้นที่ 6, 7 จนถึงขั้นที่ 8 ขั้นควบคุมโดยประชาชนเป็นการใช้อำนาจตัดสินใจของประชาชน โดยผ่านตัวแทนหรือประชาชนเป็นผู้ใช้อำนาจนั่นเอง ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 บันไดของลักษณะการมีส่วนร่วม 8 ขั้นของอาร์นสไตน์

ที่มา : Journal of American Institute of Planners. July 1969 (อ้างใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2546)

กล่าวโดยสรุป รูปแบบและลักษณะของการมีส่วนร่วมของประชาชนนั้นมีการมีส่วนร่วมที่แท้จริง โดยประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการตั้งแต่ต้นจนจบ และการมีส่วนร่วมที่ไม่แท้จริง คือ เข้าไปร่วมในกระบวนการเพียงบางส่วนเท่านั้น นอกจากนี้การมีส่วนร่วมยังแบ่งออกเป็นระดับจากน้อยไปหามากแบ่งตามลักษณะของการปฏิบัติการและแบ่งตามขั้นตอน ตั้งแต่การมีส่วนร่วมเทียมเท่าการมีส่วนร่วม บางส่วน และการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม

ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชนอยู่ที่การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การริเริ่ม การวางแผน การตัดสินใจ การร่วมรับผิดชอบ ตลอดจน

การร่วมประเมนผลมาน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับเรื่องของปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมดังกล่าว และ
มีผู้ได้ทำการศึกษาไว้ ดังนี้

ความสำเร็จของการพัฒนาแบบระดมความร่วมมือขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ 3 ประการคือ

1. การเข้ามาในการตัดสินใจของประชาชนตั้งแต่เริ่มว่า มีปัญหา สาเหตุของปัญหาการ
แก้ไขปัญหา ด้านการคิดว่าจะทำโครงการอะไรที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชนโดยใช้ประโยชน์จาก
แรงงาน ทหารพรานท้องถิ่นอย่างเต็มที่

2. การผสมผสานแผนงานและโครงการของส่วนราชการด้วยการพัฒนาความรู้ทักษะ
ความสามารถด้านประชาชนและคุณภาพของเจ้าหน้าที่ เพื่อแก้ปัญหาเดือดร้อนสนองผลประโยชน์
ได้ถูกต้องตามเวลาและสถานที่

3. การสร้างองค์กรท้องถิ่น กลไกการประสานงาน งบประมาณ ปัจจัยดำเนินงานทั้งภาครัฐ
และเอกชน ตามความต้องการอันจำเป็นของประชาชน

สำหรับปัจจัยที่ผลักดันการมีส่วนร่วมของประชาชนมี 4 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล เป็นแรงผลักดันหรือแรงจูงใจที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล
2. ปัจจัยสภาพแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ เศรษฐกิจ สังคม และการเมือง
3. ปัจจัยผลักดันจากบุคคลอื่น
4. รางวัลตอบแทน คือ ประชาชนเข้าร่วมกิจการพัฒนาโดยหวังประโยชน์ตอบแทน

สรุปได้ว่าการมีส่วนร่วม (Participation) เป็นมติที่นำไปสู่การเป็นเจ้าของความภาคภูมิใจ
ร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนในทุก ๆ ด้าน โดยใช้กระบวนการประชุมวางแผนแบบมี
ส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์

กระบวนการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control : AIC) ความเป็นมาของกระบวนการประชุมวางแผนมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ สมาคม
พัฒนาประชากรและชุมชน ร่วมกับสถาบันวิจัยและพัฒนาประเทศไทย ได้นำมาทดลองเผยแพร่ใน
ประเทศไทยตั้งแต่ปี 2533 ต่อมาได้ดัดแปลงร่วมกับกรมพัฒนาชุมชน เพื่อนำไปปฏิบัติงานใน
หมู่บ้าน ตำบล และพบว่ากระบวนการนี้ช่วยกระตุ้นให้ประชาชนตื่นตัวในการพัฒนาชุมชน
ของตน มีพลังในการรวมกลุ่มรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ช่วยให้
นักพัฒนาทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเข้าใจและใกล้ชิดประชาชนมากขึ้น จนสามารถจัดโครงการให้
การสนับสนุนการพัฒนาตรงกับความต้องการของชุมชนและสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง
มากขึ้น (ธีระพงษ์ แก้วหาญ, 2543)

ความหมายกระบวนการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์

AIC เป็นเทคนิคการประชุมอย่างมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ เป็นการระดมสมองที่ทำให้เกิดความเข้าใจสภาพปัญหา ชัดจำกัด ความต้องการและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องในเรื่องต่าง ๆ งานที่ได้จากการประชุมมาจากความคิดทุกคน ประกอบด้วย

A – Appreciation คือ การยอมรับชื่นชม (Appreciate) ความคิดเห็นความรู้สึกร่วมของเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม ความเข้าใจในประสบการณ์ สภาพและขีดจำกัดเพื่อนสมาชิกแต่ละคน จึงไม่รู้สึกต่อต้านหรือวิจารณ์เชิงลบในความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิก ทุกคนในกลุ่มมีโอกาสให้ข้อมูลข้อเท็จจริง เหตุผล ความรู้สึกและการแสดงออกตามที่เป็นจริง เกิดการยอมรับซึ่งกันและกันเกิดพลังร่วมและความรู้สึกเป็นเครือข่าย เป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

I – Influence คือ การใช้ประสบการณ์ ความคิดเห็นริเริ่มสร้างสรรค์ของแต่ละคนที่มีอยู่มาช่วยกันกำหนดวิธีการสำคัญ ยุทธศาสตร์เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ร่วมหรืออุดมการณ์ร่วมของกลุ่มสมาชิกในกลุ่มจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันมาก มีการถกแถลงด้วยเหตุผลทั้งในประเด็นที่เห็นด้วยและเห็นแย้งจนได้วิธีการที่กลุ่มเห็นร่วมกัน

C – Control คือ การนำเอายุทธศาสตร์ วิธีสำคัญ มากำหนดแผนปฏิบัติการโดยละเอียด สมาชิกจะเลือกว่าตนเองสามารถจะรับผิดชอบในเรื่องใดด้วยความสมัครใจ ทำให้เกิดพันธะสัญญาข้อผูกพัน(Commitment) แก่ตนเองเพื่อควบคุมตนเอง (Control) ให้ปฏิบัติตามบรรลุผลตามเป้าหมายร่วมของกลุ่ม

กระบวนการ AIC จะใช้การวาดภาพเพื่อสะท้อนประสบการณ์ในอดีต/สภาพปัจจุบันกับจินตนาการ ถึงความมุ่งหวังในอนาคตของสมาชิกทุกคน โดยให้แต่ละคนวาดภาพของตนเองก่อนนำภาพของแต่ละคนมาวางบนกระดาษแผ่นใหญ่ แล้วจึงต่อเติมรวมภาพของแต่ละคนให้กลมกลืนเป็นภาพใหญ่ของกลุ่มเพียงภาพเดียว

การวาดภาพเป็นการกระตุ้นให้สมาชิกสะท้อนสิ่งที่อยู่ภายในจิตใจออกมาอย่างแท้จริง สะดวกที่จะพูดโดยเปิดเผยก็สามารถสะท้อนออกมาเป็นภาพหรือสัญลักษณ์ รูปทรง สี แทนการพูด การเขียนหนังสือเปิดโอกาสให้ผู้อื่นสามารถซักถามข้อมูล ความหมายจากภาพได้อย่างละเอียดลึกซึ้ง ใช้เป็นสื่อกระตุ้นให้สมาชิกที่ไม่กล้าพูดได้ร่วมอธิบายความคิดและประสบการณ์ของตนเอง การวาดภาพช่วยสร้างบรรยากาศของความเป็นกันเอง

การรวมภาพความคิดของแต่ละคนเป็นภาพรวมของกลุ่มทำได้ง่าย และเป็นรูปธรรมกว่าการพยายามรวมแนวคิดของแต่ละคนโดยการอภิปรายหรือการเขียน และเป็นการสื่อถึงความรู้สึกเป็นเจ้าของภาพร่วมกันและการมีส่วนร่วมในการสร้างกรอบความคิดตามภาพของกลุ่ม

โดยทั่วไปผู้ใหญ่มักกังวลว่าไม่มีความสามารถในการวาดภาพ จึงควรชี้แจงว่าการวาดภาพไม่เน้นความสวยงาม แต่เน้นถึงความหมายที่ปรากฏเป็นภาพ ผู้วาดอาจใช้สีเป็นสัญลักษณ์แทนภาพเหมือนก็ได้

ขั้นตอนกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ A-I-C

A-0 ความเป็นมาจากอดีต

เพื่อให้เข้าใจสภาพปัจจุบัน การทบทวนอดีตของชุมชนหรือทบทวนการทำงานที่ผ่านมาจะช่วยให้สมาชิกมองเห็นภาพปัจจุบันและอนาคตชัดเจนขึ้น อาจขอให้ผู้อาวุโสในกลุ่มเป็นผู้เล่าเริ่มต้น สมาชิกอื่นร่วมให้ประสบการณ์ ข้อมูลเพิ่มเติม ถือเป็นการอุ่นเครื่องก่อนเข้าสู่กระบวนการ A-1

A-1.1 สภาพ สถานการณ์ปัจจุบัน

1) สมาชิกทุกคนในกลุ่มย่อย วาดภาพลงบนแผ่นกระดาษจากมุมมองของตนเอง กลุ่มย่อยอาจใช้กลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มหญิงล้วน กลุ่มชายล้วน กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มข้าราชการให้เวลาวาดภาพประมาณ 10 – 15 นาที

2) สมาชิกแต่ละคนเล่าภาพของตน สมาชิกคนอื่นตั้งใจฟังและสอบถามได้แต่ไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์ เพื่อเปิดโอกาสให้รับฟัง รับรู้ จดจำ ข้อมูล ประสบการณ์ ความรู้สึกของผู้อื่นอย่างเต็มที่

3) ทุกคนนำภาพของตนมารวมบนกระดาษแผ่นใหญ่ และช่วยกันเติมให้เป็นภาพรวมภาพเดียวของกลุ่ม เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมและยอมรับความคิดซึ่งกันและกัน วิทยากรกระตุ้นให้ทุกคนวาดภาพ

A-1.2 นำเสนอเข้าใจสภาพปัจจุบัน

ผู้แทนกลุ่มนำเสนอ อธิบายความภาพรวมของกลุ่ม สมาชิกกลุ่มอื่นที่จะซักถามหรือให้ข้อมูลเพิ่มเติม วิทยากรควรช่วยตั้งคำถามเพื่อให้การอธิบายชัดเจนยิ่งขึ้น

A-2.1 เป้าหมายอนาคตที่ปรารถนา

1) สมาชิกทุกคนในกลุ่มย่อย วาดภาพจินตนาการถึงภาพชุมชน สภาพที่ตนเองอยากเห็นในอนาคต ให้เวลาวาดภาพ 10 – 15 นาที

2) แต่ละคนเล่าถึงภาพของตน แล้วจึงนำภาพของทุกคนมารวมกันเป็นภาพเดียว โดยช่วยกันต่อเติมให้เป็นภาพเดียวของกลุ่มที่สมบูรณ์

3) นำเสนอภาพรวมของกลุ่ม โดยให้ผู้แทนกลุ่มคนใหม่นำเสนอ

C-2.1 ทำแผนปฏิบัติการ

1) จัดทำแผนปฏิบัติการที่ทำได้เอง โดยนำแนวทาง กิจกรรมต่าง ๆ ที่จำแนกจัดกลุ่มไว้แล้วมาทำแผนปฏิบัติการโดยตอบคำถามดังนี้

- ทำอะไร (ชื่อโครงการ)
- ทำแล้วจะได้อะไร (ผลที่คาดว่าจะได้รับ/เกิดขึ้น)
- ทำอย่างไร (กิจกรรม/วิธีดำเนินการ)
- ต้องใช้ทรัพยากร วัสดุ อุปกรณ์อะไร งบประมาณเท่าไร
- ทำที่ไหน (สถานที่ที่จะดำเนินโครงการ)
- ทำเมื่อไร (วัน เวลาที่จะดำเนินโครงการ)
- ใครบ้างจะช่วยทำ
- ใครรับผิดชอบ (ผู้ดูแลประสานงาน)

2) กิจกรรมที่ต้องขอความร่วมมือสนับสนุนจากองค์กรอื่น นำมาทำแผนโดยตอบคำถามดังนี้

- ทำอะไร (ชื่อโครงการ)
- ทำแล้วได้อะไร (ผลที่คาดว่าจะได้รับ/เกิดขึ้น)
- ประสานงานกับหน่วยงานอะไร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร
- ใครเป็นผู้ประสานงาน ติดตามความก้าวหน้า

C-2.2 เสนอแผนปฏิบัติการ

1) นำเสนอรายละเอียดของกิจกรรม

2) อภิปรายเพิ่มเติมและตกลงดำเนินงาน มอบหมายงานกำหนดวัน เวลา สถานที่

สรุปกระบวนการ AIC จะสร้างพลังสร้างสรรค์ขึ้นเมื่อฝ่ายต่าง ๆ เข้ามาทำกิจกรรมร่วมกันด้วยความรัก ความเมตตาตัว “A” (Appreciation) นั่นคือ ธรรมะอย่างสูง ได้แก่ ความรัก ความเมตตาคนอื่น ต้องรับฟัง อดทน และยอมรับฟังความคิดเห็นของคนอื่น ซึ่งตรงกับหลักของพระพุทธศาสนา เพราะฉะนั้น “A” ทำให้เกิดพลังความดีเข้ามา อาจเรียกว่าเป็น การพัฒนาทางจิตวิญญาณ เมื่อคนที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความรักความเมตตาต่อกันแล้ว ก็จะเกิดการเรียนรู้ร่วมกันจากการทำงานด้วยกันที่เรียกว่า “Interactive learning Through Action” จึงทำให้การพัฒนาเกิดความสำเร็จเพราะทำให้เกิด “การเรียนรู้” อย่างแท้จริง ซึ่งมีพลังมาก ปกติแล้วคนมักจะเรียนรู้กันยาก เพราะฉะนั้น “การพัฒนา” ต้องการ “การเรียนรู้” อย่างมากจากทุกฝ่ายนั่นคือ ต้องมี “I” (Influence) ได้แก่ การเรียนรู้ร่วมกันให้เกิดพลัง และต้องมี “C” (Control) ซึ่งได้แก่การ

จัดการ (Management) และแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่กำหนดว่าใครจะทำอะไร อย่างไร เมื่อใด มีค่าใช้จ่ายเท่าไร จะได้เงินจากไหน ถ้าไม่พอจะทำอย่างไร เป็นต้น

การวิเคราะห์ สภาวะการณ์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส ภาวะคุกคาม (SWOT) (สมชาติ โตรักษา, 2543)

เป็นเทคนิคในการวิเคราะห์สภาวะการณ์ที่เป็นที่นิยมมาก SWOT เป็นอักษรย่อมาจากอักษรต้นของคำที่เป็นหลักในการวิเคราะห์สภาวะการณ์ 4 คำ คือ

1) Strength = จุดแข็ง หมายถึง สิ่งหรือคุณลักษณะที่ทำให้ดี เชี่ยวชาญ ได้เปรียบคู่แข่ง ชี้อเสียง ความนิยม มีเทคโนโลยีที่สูงกว่า ฯลฯ เป็นสิ่งที่จะนำไปสู่การเริ่มต้นของการดำเนินงานที่ดี และรวดเร็ว

2) Weakness = จุดอ่อน หมายถึง สิ่งหรือคุณลักษณะที่ยังขาดอยู่ ยังทำได้ไม่ดี ขาดความเชี่ยวชาญ ข้อเสียเปรียบกับคู่แข่ง ฯลฯ เป็นสิ่งที่จะเป็นอุปสรรคขัดขวางการดำเนินงานหรือความสำเร็จ

3) Opportunity = โอกาส หมายถึง สิ่งหรือคุณลักษณะที่จะก่อให้เกิดหรือนำไปสู่การดำเนินงานที่ได้ผลดี ประสบความสำเร็จ สามารถตั้งตัวได้ แข่งขันกับผู้อื่นได้ ฯลฯ

4) Threat = ภาวะคุกคาม หมายถึง สิ่งหรือคุณลักษณะที่จะก่อให้เกิดอันตราย ความเสียหาย ความยุ่งยาก ฯลฯ ต่อสิ่งที่วิเคราะห์

Strength กับ Weakness นั้น ถือเป็นสิ่งหรือ ปัจจัยภายใน ของสิ่งที่ต้องการวิเคราะห์ ส่วน Opportunity กับ Threat นั้น ถือเป็น ปัจจัยภายนอก

ในการทำ SWOT Analysis นั้น บางครั้งจะใช้ TOWS คือ เรียงลำดับตัวอักษรใหม่ โดย เริ่มจากการวิเคราะห์ ภาวะคุกคาม (Threat) ก่อน ให้รู้ว่าเรตกอยู่ในสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายและความเสียหายอะไรบ้าง ในลักษณะใด แล้ววิเคราะห์ว่า มีอะไรบ้างที่เป็น โอกาส (Opportunity) ที่เราจะดำเนินการ เพื่อนำไปสู่ความอยู่รอด ความสำเร็จ หรือความก้าวหน้า ด้วยเงื่อนไขอะไร แล้ววิเคราะห์ต่อไปว่า เรามี จุดอ่อน (Weakness) อะไร มีจุดแข็ง (Strengths) อะไรบ้าง นำผลการวิเคราะห์ที่ได้ ไปประกอบการตัดสินใจ เลือกวิธีการ และกลยุทธ์ที่เหมาะสม นำไปสู่การวางแผนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพสูงต่อไป

การประยุกต์ SWOT ในการวิเคราะห์สภาวะการณ์

ในการดำเนินการของงานหนึ่งงานใดนั้น สมควรประยุกต์ SWOT มาใช้ในการวิเคราะห์ สิ่งต่อไปนี้

- 1) การวิเคราะห์ ตนเอง
- 2) การวิเคราะห์ เศรษฐกิจ

- 3) การวิเคราะห์ ผู้ส่งมอบ
- 4) การวิเคราะห์ กฎ ระเบียบ
- 5) การวิเคราะห์ คู่แข่งขัน
- 6) การวิเคราะห์ สังคม
- 7) การวิเคราะห์ ลูกค้า
- 8) การวิเคราะห์ กลยุทธ์

จากแนวคิดกระบวนการ AIC และการวิเคราะห์ SWOT ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการวิเคราะห์ตนเองในการจัดโปรแกรม โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยต่อมลูกหมากโต นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวให้เกิดประสิทธิผลอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

กรอบแนวคิด 7 เอส ของแม็คคินซีย์ (McKinsey's 7-S Framework)

บริษัทแม็คคินซีย์ ได้พัฒนารูปแบบที่เป็นที่รู้จักกันในนามกรอบแนวคิด 7-เอส ที่ใช้สำหรับประเมินผลการดำเนินกลยุทธ์ โดยที่รูปแบบแม็คคินซีย์นี้อาจถูกใช้เพื่อประเมินองค์ประกอบต่าง ๆ ขององค์การทั้งหมด ในขั้นตอนการพิจารณาเหตุผลสำหรับการเปลี่ยนแปลงของการควบคุมเชิงกลยุทธ์ กรอบแนวคิด 7-เอส เป็นรูปแบบสำหรับสอบความเหมาะสมของกลยุทธ์ (Strategic Fit) หรือการจับคู่ระหว่างกลยุทธ์กับองค์การ กรอบแนวคิด 7-เอส ของแม็คคินซีย์นั้นประกอบด้วย กลยุทธ์ (strategy) โครงสร้าง (Structure) ระบบ (System) แบบการบริหาร (Style) บุคลากร (Staff) ทักษะ (Skills) และค่านิยมร่วม (Shared Values) (ทองหล่อ เดชไทย, 2544) ได้แก่

- 1) กลยุทธ์ (strategy หมายถึง กลุ่มการกระทำที่กลมกลืนกันซึ่งมุ่งเพื่อให้ได้มาซึ่งความได้เปรียบเหนือคู่แข่ง การปรับปรุงตำแหน่งขององค์การในสายตาของลูกค้าหรือการจัดสรรทรัพยากร
- 2) โครงสร้าง (Structure) หมายถึง แผนภูมิการจัดองค์การและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าใครรายงานต่อใคร และงานถูกแบ่งและผสมผสานกันอย่างไร
- 3) ระบบ (System) หมายถึง กระบวนการและการไหลเวียนที่แสดงให้เห็นว่าองค์การดำเนินงานให้สำเร็จอย่างไร ซึ่งรวมถึงระบบข้อมูลข่าวสาร ระบบการงบประมาณ ระบบการให้บริการ ระบบการควบคุมคุณภาพและระบบการวัดผลงาน เป็นต้น
- 4) แบบการบริหาร (Style) หมายถึง เหตุการณ์ที่สังเกตได้เกี่ยวกับการให้ความสำคัญในการบริหารจัดการเกี่ยวกับเวลา ความสนใจ และการแสดงพฤติกรรม

5) บุคลากร (Staff) หมายถึง บุคคลภายในองค์กรซึ่งเน้นที่ลักษณะประชากรขององค์กรไม่ใช่คุณลักษณะส่วนบุคคล

6) ทักษะ (Skills) หมายถึง ความสามารถขององค์กรในภาพรวม ซึ่งสะท้อนมาจากบุคลากรทั้งหมดขององค์กร

7) ค่านิยมร่วม (Shared Values) หมายถึง ค่านิยมในส่วนลึก ซึ่งอาจรวมถึงข้อความเป้าประสงค์ที่เรียบง่าย อันแสดงถึงจุดหมายปลายทางขององค์กร ซึ่งจะต้องมีการรับรู้ร่วมกัน

ข้อกำหนดพื้นฐานของกรอบแนวคิดนี้ก็คือ ตัวแปรทั้ง 7 ประการดังกล่าวต้องมีความสอดคล้องซึ่งกันและกัน การดำเนินตามกิจกรรมจึงจะสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ซึ่งก็หมายความว่าองค์ประกอบทั้งหมดต้องมุ่งไปในทิศทางเดียวกัน จึงจะทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพดี

กระบวนการกลุ่ม

กระบวนการกลุ่มเป็นสิ่งที่ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้พัฒนาการทางทัศนคติ ค่านิยม และพฤติกรรม เพราะกระบวนการกลุ่มเป็นกิจกรรมที่นำไปสู่การปฏิบัติจริงเป็นการทำให้สมาชิกรู้จักตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ยิ่งกว่านั้นสมาชิกยังยอมรับข้อบกพร่องของตนเอง และพร้อมจะแก้ไข ปัญหา มีเหตุผล เห็นอกเห็นใจผู้อื่น และรู้จักทำงานกับผู้อื่น (ชไมพร มุขโต, 2525 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2546)

ในทางจิตวิทยาได้ค้นพบว่า "กลุ่ม" มีอิทธิพลอย่างมากต่อบุคคลโดยเฉพาะในด้านของความคิด และการปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มสังคมหรือกลุ่มครอบครัว หรือกลุ่มเล็ก ๆ อื่น ๆ อิทธิพลของกลุ่มจะทำให้ บุคคลมีพฤติกรรมตามกลุ่มต้องการได้ สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีสติ และช่วยให้เกิดการเรียนรู้เป็นไปอย่างกว้างขวาง และได้ผลดี สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

ลักษณะการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม

1) ผู้เรียนจะมีบทบาทในการแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง
2) ผู้ให้ความรู้มีหน้าที่คอยประสานและจัดกิจกรรม เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน

3) การเรียนรู้ไม่ได้เกิดจากผู้ให้ความรู้แต่เพียงผู้เดียว แต่ผู้เรียนทุกคนจะเป็นแหล่งที่มาของความรู้โดยทุกคนจะมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นซึ่งกันและกันเพราะฉะนั้นผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนจึงมาจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่มเป็นสำคัญ

4) การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในกลุ่ม เป็นการเรียนรู้ที่มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับความต้องการและประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่ม

5) การเรียนรู้ เกิดขึ้นได้ 3 ลักษณะ คือ จากตนเอง จากสมาชิกและจากกลุ่ม

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม จะต้อง มี 3 ระยะ ดังนี้ (Marram, 1978)

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะนี้เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่ม และสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่มในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรช่วยให้สมาชิกกลุ่มทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม ในการปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่มสร้างความรู้สึกละเอียดอ่อนคลาสิกขึ้นในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นของตนเองออกมา เพื่อก่อให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่มเห็นว่าสมาชิกทุกคนจะต้องต่อสู้ปัญหาหรืออุปสรรคเหมือนกัน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ สมาชิกมีความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่ม ตลอดจนผู้นำกลุ่ม ความใกล้ชิดสนิทสนมและความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกในกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการเปิดเผยตัวเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งสนใจที่ปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา หาทางแก้ปัญหาและเลือกวิธีแก้ปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุน การที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มที่จะทำให้เกิดความคิดใหม่ ๆ มาใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาของตน นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกสามารถรับรู้ข้อมูล ย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกจะมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับ ระยะนี้เป็นระยะระดมเอาพลังของสมาชิกทุกคนออกมาเพื่อแก้ไขปัญหา

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม ระยะนี้ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาของตนเอง และความสำเร็จของกลุ่ม ก่อนสิ้นสุดการทำกลุ่มผู้นำควรจะบอกให้สมาชิกทราบล่วงหน้า สมาชิกบางรายอาจเกิดความวิตกกังวลที่จะมีการสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกนึกคิดอย่างเต็มที่

ดังนั้น หลักกระบวนการกลุ่มที่ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ในการจัดกิจกรรมสุขศึกษาสำหรับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีการรับรู้ที่ถูกต้อง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตในผู้สูงอายุต่อไป

กลไกการทำงานของกระบวนการกลุ่ม

ในการเข้ามาอยู่ร่วมกันของผู้ป่วยประเภทเดียวกันและปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ ซึ่งยารอม (Yalom, 1975) ถือว่าเป็นปัจจัยที่นำมาสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมของสมาชิกในกลุ่ม ได้แก่

1) มีลักษณะเป็นสากล (Universality) เมื่อทราบว่าคนอื่น ๆ มีปัญหาเช่นเดียวกับตนจะเกิดความรู้สึกว่า ตนไม่ได้แตกต่างจากคนอื่น ตนไม่ได้อยู่คนเดียวในโลก ไม่รู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง เพราะยังมีเพื่อนที่มีปัญหาเช่นเดียวกับตนเอง ตนจึงมีลักษณะเป็นสากล

2) เมื่อเกิดความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน จะทำให้เกิดการยอมรับคำแนะนำในการแก้ปัญหาบนพื้นฐานของความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ซึ่งคำแนะนำที่ได้รับนั้นจะเป็นคำแนะนำที่ง่ายและสามารถปฏิบัติได้จริง

3) การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกได้ระบายความทุกข์ ความกลัว ความวิตกกังวล และได้รับการยอมรับในสิ่งเหล่านั้นอย่างจริงจัง จึงทำให้เกิดความรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือและมีกำลังใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามคำแนะนำ

4) การได้เห็นผู้ที่มีปัญหาล้ายตนและสามารถเผชิญปัญหาได้ จะเป็นแบบอย่างที่ดีที่ทำให้อยากทำตาม ซึ่งทำให้เกิดการเลียนแบบ (Identification) ขึ้น ซึ่งนำไปสู่ความหวัง (Instillation of Hope) ว่าตนควรจะเผชิญปัญหาได้เช่นเดียวกัน

5) ความช่วยเหลือที่สมาชิกแต่ละคนให้กับกลุ่มจะสะท้อนกลับมาสู่ตนเองเกิดเป็นลักษณะของผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

6) การได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่นให้ได้รับข้อมูลความรู้ กำลังใจ หรือสิ่งของอื่น ๆ ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา และการให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ต่อเพื่อนสมาชิก จะทำให้เกิดความรู้สึก มีคุณค่าต่อสังคม และยอมรับสภาพการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น

7) การเข้ากลุ่มอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สมาชิก รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มกล้าที่จะเปิดเผยตนเองมากขึ้น มีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกับเพื่อนสมาชิก (Cohesiveness) เกิดเป็นความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง

8) การได้รับคำชี้แนะแนวทางจากผู้นำกลุ่ม และสมาชิกในการกระทำบางสิ่งบางอย่าง จะทำให้สมาชิกได้ทราบแนวทางในการแก้ปัญหา เพื่อนำไปทดลองปฏิบัติ จนเกิดเป็นทักษะในการแก้ปัญหาขึ้นได้

9) สมาชิกที่เข้ากลุ่มจะเข้าใจธรรมชาติของชีวิตที่เป็นอยู่ เนื่องจากได้พบกับสมาชิกที่ประสบผลสำเร็จ และไม่ประสบผลสำเร็จในการแก้ปัญหา ซึ่งความจริงข้อนี้จะทำให้สมาชิกหรือวิธีการแก้ปัญหาจากกลุ่ม และเลือกใช้ให้เหมาะสมกับตนเองมากที่สุด

ชนิดของกลุ่ม

การแบ่งชนิดของกลุ่มอาจแบ่งตามจุดมุ่งหมายที่จะให้สมาชิกได้เรียนรู้จากกลุ่มหรือทำกิจกรรมในกลุ่ม ในที่นี้จะอธิบายเฉพาะชนิดของกลุ่มที่พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยได้แก่ (กองการพยาบาล, 2540)

1) กลุ่มประคับประคอง (Support Groups) ประกอบด้วยสมาชิก 4 – 12 คน มาพบกันเดือนละครั้ง หรือ อาทิตย์ละ 1 – 2 ครั้ง สมาชิกแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ของตนเองในกลุ่ม ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความรู้สึกร่วมกัน (Universality) และได้เรียนรู้จากผู้อื่นที่ประสบปัญหาเช่นเดียวกับตนเองว่ามีความรู้สึกนึกคิด มีอารมณ์อย่างไร ตัวอย่างของกลุ่มประคับประคองได้แก่ กลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV และญาติ กลุ่มผู้ป่วย จากโรคมะเร็ง กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น หัวใจ เบาหวาน กลุ่มผู้พิการ วัตถุประสงค์หลักของกลุ่มชนิดนี้คือ การมุ่งให้กำลังใจ และประคับประคอง อารมณ์ ความรู้สึกของสมาชิกกลุ่ม เพื่อให้ตระหนักคุณค่าแห่งตน ผู้นำจะมีหน้าที่ในการกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มแสดงความคิดเห็น อารมณ์ ความรู้สึกของตนออกมาร่วมกัน

2) กลุ่มเรียนรู้ (Education Groups) เป็นกลุ่มที่จัดเพื่อให้สมาชิกได้รับข้อมูลและการเรียนรู้จากผู้นำกลุ่มในกิจกรรมบางอย่าง ตัวอย่างของกลุ่มเช่น กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เรียนรู้การดูแลตนเองเรื่อง อาหาร กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวที่ต้องการเรียนรู้ การดูแลผู้ป่วย กลุ่มวัยรุ่นในเรื่องยาเสพติด เช่น การใช้เข็มฉีดยาอย่างไรจึงจะไม่ติด AIDS กลุ่ม ผู้พิการที่จะเรียนรู้วิธีใช้เครื่องช่วยต่าง ๆ เช่น รถเข็นคนพิการ

ผู้นำกลุ่มชนิดนี้ต้องเป็นผู้มีความรู้และผู้อำนวยความสะดวก เพื่อให้ข้อมูลกับสมาชิกและกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็น กลุ่มเรียนรู้นี้จะจัดไม่บ่อยครั้ง แต่ครั้งอาจใช้เวลาานกว่ากลุ่มแรก คือ ตั้งแต่ 2 – 8 ชม. สัปดาห์ละ 2 ชม.

3) กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self – Help Groups) เป็นกลุ่มที่เกิดจากบุคคลที่มีลักษณะอย่างเดียวกัน มารวมกันด้วยความสมัครใจ เพื่อให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการสนองตอบความต้องการเอาชนะความพิการ หรือแก้ปัญหาชีวิตที่มีร่วมกัน เช่น กลุ่มผู้ติดเชื้อ กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านม กลุ่มผู้ป่วยโคลอสโตมีย์ กลุ่มไร้กล่องเสียง โดยสมาชิกจะใช้ประสบการณ์ที่แต่ละคนเคยได้รับ มาร่วมกันอภิปรายเพื่อหาแนวทาง หรือเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง การทำงานของกลุ่มเกิดจาก ปฏิสัมพันธ์และความไว้วางใจ ความร่วมมือในฐานะลงเรือลำเดียวกันของสมาชิกในกลุ่ม

4) การสนทนากลุ่ม (Focus Groups Discussion) มักใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยเป็นการสนทนากลุ่มเล็ก ลักษณะแบบเจาะลึกในหัวข้อหรือแนวคิดเฉพาะเรื่อง สามารถสำรวจค้นพบปัจจัยและกระบวนการต่าง ๆ ในสภาพที่เป็นธรรมชาติ สามารถเข้าถึง

ปัญหาและความต้องการกลุ่มเป้าหมายได้อย่างลึกซึ้ง ข้อมูลที่ได้รับจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนดำเนินการต่าง ๆ ดังนั้นจึงอาจใช้การสนทนากลุ่มนี้ในการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยก่อนการวางแผนจัดกลุ่ม

5) การใช้บริการปรึกษาแบบกลุ่ม (Groups Counseling) เป็นกลุ่มที่ผู้ให้บริการปรึกษาจัดขึ้น เพื่อผู้ที่มาปรึกษาในลักษณะกลุ่มคือ ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้มาปรึกษามีโอกาสสำรวจตนเอง ทำความเข้าใจตนเองและสามารถค้นหาศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ แล้วนำออกมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการตัดสินใจแก้ปัญหาที่เขา กำลังเผชิญ หรือปรับตัวกับภาวะวิกฤติได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถวางแผนที่จะเผชิญปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้ ผู้ให้บริการปรึกษาจะใช้ทักษะ หลักการของการให้บริการปรึกษาร่วมกันกับการใช้กระบวนการกลุ่มในการสร้างบรรยากาศของความเห็นใจ ความเข้าใจ และความไว้วางใจ ซึ่งจะนำไปสู่การเปิดเผยตนเองของสมาชิก และก่อให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของกันและกัน ซึ่งผู้นำกลุ่มในลักษณะนี้ต้องเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมความรู้ หลักการทฤษฎีต่าง ๆ ทางจิตวิทยาและที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งฝึกทักษะด้านการบริการปรึกษาจนเกิดความชำนาญ นั่นคือเป็นผู้มีความรู้ในระดับวิชาชีพ จึงจะเอื้ออำนวยประโยชน์ต่อสมาชิกอย่างแท้จริง

องค์ประกอบในการให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม

การนำเอากระบวนการกลุ่มมาใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้ ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ ดังนี้ คือ การจัดตั้งกลุ่ม (Group Formation) ผู้ดำเนินการกลุ่มหรือผู้นำกลุ่ม และการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม (Phase of Group Experience) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การจัดตั้งกลุ่ม (Group Formation) สิ่งสำคัญที่ต้องการคำนึง คือ

1.1) การกำหนดวัตถุประสงค์ของกลุ่มซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ วัตถุประสงค์ทั่วไป และวัตถุประสงค์เฉพาะ มาแรม (Marram, 1978) ได้ให้แนวคิดไว้ 3 ประการ

- ในการกำหนดวัตถุประสงค์ต้องคำนึงถึงความรู้พื้นฐานของทฤษฎีต่าง ๆ ในการทำวิจัยครั้งนี้ นำเอาทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ (Maslow's Theory) ทฤษฎีการติดต่อสื่อสาร (Communication Theory) ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Theory) และทฤษฎี แรงจูงใจ (Motivation Theory) มาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดวัตถุประสงค์

- ในการกำหนดวัตถุประสงค์ทั่วไป ต้องคำนึงถึง ความรู้ที่ได้รับ ความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกรู้สึกคิด และพฤติกรรมที่ดี ไม่รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังไร้ค่า และสร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยได้เปิดเผยความรู้สึกอย่างอิสระ ได้เรียนรู้ปัญหา และประสบการณ์จากกลุ่ม

- กำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะให้ผู้ช่วยยอมรับฟังความคิดเห็นและปัญหาของผู้อื่น ให้ผู้ช่วยอธิบายความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมของตนเองเพื่อเป็นข้อมูลย้อนกลับแก่กลุ่มได้

1.2 การเลือกประเภทผู้ช่วยที่จะนำมาเข้ากลุ่ม ผู้ช่วยที่จะนำเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ต้องเป็นผู้ที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในระดับปกติ สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ สามารถเรียนรู้ได้จากกระบวนการกลุ่ม สามารถเข้าใจความหมาย และวิธีดำเนินการ ซึ่งได้รับคำชี้แจงและแนะนำจากผู้วิจัย หลังจากคัดเลือกให้เข้ากลุ่มแล้ว ควรจัดให้มีการทำสัญญาตกลงยินยอมในการเป็นสมาชิกกลุ่ม โดยในสัญญานั้นจะแจ้งให้ผู้ช่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่ม ประโยชน์ที่ได้รับและแนวทางในการปฏิบัติตัวในฐานะสมาชิกกลุ่ม การทำสัญญาอาจทำเป็นลายลักษณ์อักษรหรือวาจาก็ได้ (Clark, 1977)

1.3 ขนาดของกลุ่ม จำนวนสมาชิกกลุ่ม มีความสำคัญต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม การกำหนดจำนวนสมาชิกมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับลักษณะของงานในกลุ่มเป็นหน้าที่ของผู้นำที่จะจัดกลุ่มขนาดใดนอกจากนั้นยังขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์เฉพาะกลุ่ม และความสามารถของสมาชิกที่จะใช้ข้อมูลย้อนกลับจากกลุ่ม เพื่อประโยชน์ของตนเอง (Marram, 1978) กลุ่มควรประกอบด้วยสมาชิกไม่น้อยกว่า 3 คน แต่ไม่เกิน 20 คน สำหรับกลุ่มย่อย ควรมีสมาชิก 5 – 7 คน ซึ่งจะเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด สำหรับกลุ่มใหญ่ควรมีสมาชิกจำนวน 4 – 12 คน จะเป็นกลุ่มที่มีขนาดเหมาะสมที่สุด จะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์มากที่สุดและมีความเป็นปึกแผ่นมากที่สุด (Clark, 1977)

การจัดรูปแบบ กลุ่มที่มีขนาดเล็กควรจัดให้สมาชิกนั่งเป็นวงกลม หันหน้าเข้าหากัน (face to face group) จะช่วยให้สมาชิกมีส่วนร่วมมากขึ้น เพราะการสื่อสารของสมาชิกเป็นไปอย่างใกล้ชิด จะทำให้ความรู้สึกนึกคิดเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

1.4 เวลาและสถานที่ในการจัดประชุม ในการทำกลุ่ม ควรจัดสถานที่ให้เป็นสัดส่วน (Privacy) เงียบสงบ ไม่มีสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจ จัดบรรยากาศให้เหมาะกับการเรียนรู้มากที่สุด เช่น ห้องไม่แออัด ที่นั่งสบาย

เวลาที่ใช้ ควรเป็นเวลาว่างจากกิจกรรมอื่น ๆ และต้องกำหนดวัน เวลาที่แน่นอน โดยต้องเริ่มและสิ้นสุดให้ตรงเวลา และควรใช้เวลาครั้งละ ประมาณ 1 – 8 ชั่วโมง ซึ่งความถี่ในการจัดจะเป็นเท่าใดนั้นขึ้นอยู่กับกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ (Marran, 1978)

2. ผู้ดำเนินการกลุ่ม หรือผู้นำกลุ่ม

ผู้นำกลุ่ม มีบทบาทที่สำคัญมากในการทำกลุ่ม ดังนั้น ผู้นำกลุ่มจึงต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเป็นอย่างดี และดำเนินการโดยถูกต้อง (Marram, 1978)

ความเป็นผู้นำ เป็นพื้นฐานของการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในกลุ่มให้มีประสิทธิภาพเพราะความเป็นผู้นำจะช่วยให้กลุ่มได้บรรลุวัตถุประสงค์ สมาชิกในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีประสิทธิภาพ หน้าที่ของผู้นำกลุ่ม (Leadership) มี 4 ประการ

2.1 เอื้ออำนวยให้สมาชิกทุกคนได้รับความรู้สึกปลอดภัย (Security) มีความรู้สึกเป็นสมาชิกกลุ่ม (Belonging) มีความรู้สึกเป็นเพื่อนกับผู้อื่น (Companionship) ผู้นำต้องให้โอกาสแก่สมาชิกทุกคน และตระหนักถึงความสามารถเฉพาะตัวของสมาชิก

2.2 สร้างบรรยากาศที่มีชีวิตชีวา ให้ทุกคนมีอิสระในการแสดงความรู้สึก ความคิดเห็นในปัญหาต่าง ๆ และมีอิสระในการหาทางแก้ไขปัญหา สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกให้เกิดความรู้สึกเป็นกันเอง เกิดความไว้วางใจ

2.3 ดูแลความก้าวหน้าของการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มมีความรับผิดชอบโดยตรงต่อการดำเนินการให้กลุ่มได้บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ และควรได้มีการประเมินความก้าวหน้าเป็นระยะ ๆ

2.4 กำหนดจุดมุ่งหมายเฉพาะของสมาชิกแต่ละคนเนื่องจากสมาชิกแต่ละคนบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มได้ต่างกัน พัฒนาการของกลุ่ม

ได้แบ่งพัฒนาการกลุ่มได้เป็น 5 ขั้น ดังนี้ (Tuckman, 1965)

ขั้นที่ 1 ก่อตัว (Forming) กลุ่มมารวมกันเป็นครั้งแรก สมาชิกอาจจะยังแปลกหน้ากันอยู่ จึงเป็นระยะที่เริ่มทำความรู้จักกัน มีปฏิสัมพันธ์กัน มีบรรยากาศของความตื่นตัวมองโลกในแง่ดี แต่มีความกังวลและความสับสนอยู่ด้วย สมาชิกกลุ่มจะสุภาพ อ่อนน้อม ระมัดระวังในการแสดงความคิดเห็น

ขั้นที่ 2 ปะทะ (Storming) เมื่อระยะเวลาผ่านไปจะมีความสนิทสนมกันเพิ่มขึ้น ระยะนี้จะเป็นการแสดงความคิดเห็น การโต้ตอบ การโต้แย้ง แสดงอารมณ์ ความรู้สึก สมาชิกแต่ละคนยังมีความเป็นปัจเจกชนอยู่ ความร่วมมือยังไม่ดีนัก บางทีอาจมีการจับผิด จึงอาจมีความขัดแย้ง ไม่พอใจเกิดขึ้น จึงมักมีการละลายพฤติกรรมเพื่อลดความขัดแย้ง

ขั้นที่ 3 ลงตัว (Norming) หลังจากทีคนในกลุ่มได้แสดงความคิดเห็น อารมณ์ ความรู้สึกแล้ว สมาชิกต่างเริ่มเรียนรู้ซึ่งกันและกัน มีการยินยอมรับฟังเหตุผล เริ่มเกิดความสงบ ความขัดแย้ง ซึ่งบ่อนทำลายลดลง มีการปรับตัวยอมรับบรรทัดฐานของกลุ่ม สมาชิกกลุ่มเริ่มต้นช่วยเหลือซึ่งกันและกัน บทบาทของสมาชิกกลุ่มชัดเจน แต่ละคนปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย ระยะนี้จึงสามารถสร้างพลังกลุ่มได้

ขั้นที่ 4 ได้งาน (Performing) สมาชิกกลุ่มเข้าใจ จุดแข็งและจุดอ่อนของตนเอง มีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างราบรื่น สามารถจัดการกับความขัดแย้งระหว่างบุคคลได้เป็นระยะที่กลุ่มลงมือปฏิบัติงานตามที่กลุ่มตกลงกันเพื่อให้งานสำเร็จตามเป้าหมาย เกิดผลงานของกลุ่ม ประสิทธิภาพของกลุ่ม พิจารณาได้จากความคิดสร้างสรรค์ของกลุ่ม (Creative) ผลผลิตของกลุ่ม (Reproductivity) ความพอใจของสมาชิก (Satisfaction) การมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม (Participation)

ขั้นที่ 5 ก่อตัวใหม่ (Reforming) มีสมาชิกใหม่เข้าร่วมกลุ่ม กำหนดเป้าหมายใหม่ ของกลุ่มและพัฒนาการเป็นขั้นก่อตัวต่อไป

บทบาทของ Facilitator

ในขณะทำหน้าที่ของผู้นำคือการดำเนินการตามวาระการประชุม หน้าที่หลักของ facilitator คือการรักษาเวลา จัดการเรื่องคนและกระบวนการประชุม เปรียบเสมือนตำรวจจราจร ผู้ตัดสิน และผู้รักษาเวลาในขณะเดียวกัน (อนุวัฒน์ สุภษุติกุล และคณะ, 2544)

1) คึงกลุ่มให้อยู่ในประเด็นเดียวกัน อาจจะต้องจัดจังหวะหรือเตือนสมาชิกว่า เป้าหมายที่ทีมจะต้องทำคืออะไร

2) กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วม

3) ควบคุมการจราจร เป็นบทบาทที่หนักที่สุดในการที่จะบอกให้สมาชิกที่กำลังพูด อยู่กล่าวสรุปหรือขอให้เปิดโอกาสแก่ผู้อื่นบ้าง

4) จับเวลาที่ใช้กับแต่ละประเด็น ควรบอกให้ผู้ร่วมประชุมทราบเมื่อมีการใช้ เวลาที่กำหนดไว้หมดไปแล้ว ถามความเห็นของที่ประชุมว่าต้องการต่อเวลาในประเด็นนี้ หรือจะไป พุดคุย กันก่อนนอกที่ประชุม หรือจะสรุปเพื่อพิจารณาประเด็นอื่นต่อไป

5) เสนอทางเลือกในวิธีการประชุม เมื่อเห็นว่าการประชุมที่กำลังดำเนินการอยู่ ไม่ได้ผลหรือไม่มีประสิทธิภาพ facilitator อาจจะชักชวนให้ทีมพิจารณาทางเลือกในการประชุม แบบอื่น เช่น ใช้วิธีระดมสมองแทนการอภิปราย

6) ปกป้องการโจมตีสมาชิกหรือความคิดเห็นของสมาชิก เมื่อมีการโจมตี กล่าวโทษ กดดัน ต่อสมาชิกของทีม facilitator มีหน้าที่เข้ามาระับการกระทำได้กล่าวนั้นโดยที่ สมาชิกไม่ควรจะถือว่าเป็นการหักหน้า เพราะ facilitator คือผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่รักษา กฎของทีม

7) จัดการกับปัญหาเรื่องคน หากมีปัญหาพฤติกรรมของสมาชิกไม่เหมาะสมแล้ว ไม่มีการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง จะทำให้สมาชิกรู้สึกคับข้อง facilitator มีหน้าที่ดำเนินการ กับปัญหาเหล่านี้้อย่างเหมาะสม

8) วางตัวเป็นกลางเมื่อมีความไม่ลงรอยกัน เมื่อมีความเห็นไม่ลงรอยกัน จำเป็นต้องมี ผู้ไกล่เกลี่ยหรือผู้ชี้ขาด facilitator จะทำหน้าที่นี้ได้ดีกว่าผู้นำ เนื่องจากผู้นำไม่ใช่ผู้สังเกตที่เป็นกลาง เป็นผู้ที่ยู่เกี่ยวกับเนื้อหาการประชุม ในขณะที่ facilitator เป็นกลางมากกว่า เพราะสนใจแต่เรื่องกระบวนการประชุม

สรุปรูปแบบการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมมากโต ใช้เทคนิคหรือวิธีการสอนโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Partipatory Learning) โดยทักษะหรือพฤติกรรมที่มุ่งเน้น คือการนำเสนอความคิดเห็น ประสิทธิภาพ การสื่อสารปฏิสัมพันธ์ แลกระบวนการกลุ่มซึ่งบทบาทผู้เรียนนั้นต้องมีส่วนร่วมในการอภิปรายแสดงความคิดเห็น หรือปฏิบัติงานได้ข้อสรุป ซึ่งเป็นกิจกรรมที่นำไปปฏิบัติได้จริง

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

กัญนิภา อยู่สำราญ (2548) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะ นักตัวเกินของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ณ โรงเรียนในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 91 คน พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีเจตคติในการบริโภคอาหารเพื่อป้องกันภาวะน้ำหนักตัวเกินมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ธีระ ภักดิ์จรัส (2548) ได้ศึกษาการใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนของครอบครัว ในการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนช่องสามหมอ อำเภอกอนสวรรค์ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 58 คน พบว่าการใช้กระบวนการกลุ่ม ร่วมกับแรงสนับสนุนของครอบครัวในการควบคุมโรคในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น

ปรารธนา เพียรทอง (2545) ได้ศึกษาผลของการให้โปรแกรมโภชนศึกษา โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 60 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พงศ์พัฒน์ ขวโรกร (2544) ได้ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดา ในการเลี้ยงดูบุตรอายุ 2 - 5 ปี อำเภอกะทู้มแบน จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 160 คน พบว่าโปรแกรมสุขศึกษา ทำให้กลุ่มมารดามี

ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของ เจ้าหน้าที่ที่ต้องเพิ่มมากขึ้น มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่ต้องเพิ่มมากขึ้น มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนเรื่องความรู้เรื่อง โรคอุจจาระร่วงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

อรพิน โขนันต์ (2540) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันอันตราย และพฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชกับอาการพิษจากการใช้สารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ในอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 387 คน พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากสารกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญ

อัญชลี จูติดำรงค์พันธ์ (2539) ได้ศึกษาการประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มในการส่งเสริมพฤติกรรม การมาตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 100 คน พบว่าหลังการจัดโปรแกรมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้องมากขึ้น และการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ผลดีและความตั้งใจในการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น ผลการ ประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มในการส่งเสริมให้มารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น

วรเดช ช้างแก้ว (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้หน้ากากป้องกันฝุ่นของพนักงานโรงงานชลประทานซีเมนต์ชะอำ จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 180 คน พบว่าพนักงาน ร้อยละ 76.1 มีพฤติกรรมการใช้หน้ากากป้องกันฝุ่นมีความเชื่อด้านสุขภาพ ร้อยละ 76.1 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอันตรายจากฝุ่น ร้อยละ 88.3 การรับรู้ความรุนแรง ร้อยละ 85.6 และรู้ประโยชน์ ร้อยละ 55.6 เนื่องจากการศึกษาแบบสำรวจจึงไม่มีการให้ความรู้ ระหว่างการวิจัย จึงทราบแต่เพียงการรับรู้เดิม ๆ ของพนักงาน

สุวิชา จันทรสุริยกุล (2536) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่ ได้ใช้กระบวนการกลุ่มในการก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้องในกลุ่มผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อความรุนแรง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง การรับรู้ต่อผลประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงดีขึ้น หลังการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เพราะผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในชีวิตมาก และมี ความเชื่อมั่นในตัวเองสูง การได้ร่วมสนทนา ชักถาม อภิปราย แสดงความ

คิดเห็น ได้รับรู้สภาพการเจ็บป่วย และซักถามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง ก่อให้เกิดความเข้าใจ รับรู้ และยอมรับ นำไปปฏิบัติด้วยตนเอง

รุ่งศรี ศศิธร (2536) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงานก่อสร้างในบริษัทรับเหมาก่อสร้างบางแห่งจังหวัดราชบุรี จำนวน 200 คน พบว่าอายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ คนงานมีการปฏิบัติเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุปานกลาง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคในการป้องกันอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน และยังพบว่าปัจจัยลักษณะงาน และสิ่งชักนำภายนอกมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานด้วย

Wyper (1990) ได้ศึกษาเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองกับความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 202 ราย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพบว่าการรับรู้อุปสรรคในการตรวจมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

Hallon (1982) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในหญิงที่อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 207 คน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้ประโยชน์ของการทำการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็น ปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวทำนายการปฏิบัติที่ดีที่สุด

Becker & Rosenstock (1977) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลให้บุตรรับประทานยาโรคหอบหืดในมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด ที่มารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลฮอบกินส์ จำนวน 111 ราย พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการรับประทานยา การรับรู้ผลเสียของการรับประทานยามีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการปฏิบัติ ทั้งการรายงานด้วยตนเอง และการตรวจเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคต่อมลูกหมากโต

อนุพันธ์ ดันติวงศ์ และคณะ (2542) ได้ศึกษาการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมาก จำนวน 1,110 คน เฝ้าติดตามจำนวน 1 ปี พบว่า สอบถามอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้วยแบบมาตรฐานสากล ประเมินอาการ โรคต่อมลูกหมากโต (IPSS) ในชุมชน ความชุกของโรคต่อมลูกหมากโต เท่ากับร้อยละ 41.3 และรักษาด้วย

พฤติกรรมบำบัดได้ผลดีกว่าการเฝ้าติดตามธรรมชาติของโรค ทั้งผลอาการโดยรวม คะแนนอาการต่อมลูกหมาก และคะแนน คุณภาพชีวิต ผลอาการโดยรวมดีขึ้น เพิ่มจากร้อยละ 7.9 - 10.6 เป็นร้อยละ 27.3 - 27.7 และอาการเลวลงก็ลดลงจากร้อยละ 13.8 - 19.2 เป็นร้อยละ 5.7 - 6.1 ส่วนคะแนนอาการต่อมลูกหมาก (IPSS) และคะแนนคุณภาพชีวิต เปลี่ยนแปลงดีขึ้นด้วยพฤติกรรมบำบัดตรงกันข้ามกับการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่ทำให้เกิดผลแทรกซ้อนแตกต่างกันด้วย พฤติกรรมบำบัดเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาโรคต่อมลูกหมากโตที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่มีอาการหนักมาก ควรพิจารณาทำวิธีนี้ก่อนการรักษาด้วยยาเพื่อลดการใช้ยาโดยไม่จำเป็น หรือใช้ร่วมกับการใช้ยาหรือการรักษาวิธีอื่น ๆ เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

อนุพันธ์ ดันติวงศ์ และคณะ (2542) ได้ศึกษาวิธีที่เหมาะสมและคุ้มค่าในการวินิจฉัยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ จำนวน 928 คน พบว่า มีข้อเสนอแนะในการตรวจหามะเร็งต่อมลูกหมากในผู้ป่วยที่มีอาการของโรคต่อมลูกหมากโตเป็นเรื่องที่น่าสนใจศึกษา เพราะมีถึงร้อยละ 40ของผู้สูงอายุที่มีอาการโรคต่อมลูกหมากโต ถ้าพบมะเร็งต่อมลูกหมากสูงกว่าผู้สูงอายุทั่วไป น่าจะใช้เป็นกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรองต่อไป ถ้าไม่มีการคัดกรองผู้ป่วยก่อนจะมาหาแพทย์เมื่อโรคเป็นมากแล้ว ไม่สามารถผ่าตัดรักษาได้ จำเป็นต้องใช้จ่ายซึ่งมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 76,830 บาทต่อคนต่อปี ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ประมาณ 1 - 5 ปี จำนวนผู้ป่วยที่เสียโอกาสผ่าตัดและต้องใช้จ่ายรักษาแทน มี 1 หมื่นคน ดังนั้น ค่าใช้จ่ายที่รัฐต้องเสียเท่ากับ 768 ล้านบาทต่อปี ถ้ารัฐทำโครงการตรวจคัดกรองจะทำให้ประหยัดเงินได้เกือบ 400 ล้านบาทต่อปี

ศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี (2540) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต จำนวน 100 คน พบว่า ความรุนแรงของการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมากโต โดยเน้นเรื่องการดูแลตนเองเพื่อลดความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ ตลอดจนแนะนำแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตนในการดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคต่างก็มีความสัมพันธ์ในทางบวกเป็นส่วนใหญ่

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ และไมแมน (Becker and Maiman, 1975) มาใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

และการมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการ AIC และวิเคราะห์ SWOT ตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมเพื่อกลุ่มกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโต ซึ่งยังไม่มีการศึกษา ผู้วิจัยเชื่อว่า ตัวแปรเหล่านี้จะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโต และสามารถทำนายและอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย ดังกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 4

6. กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรควบคุม

- ผู้สูงอายุชาย อายุ 60 ปี ขึ้นไป ตำบลโนนสูง อ.เมือง จ.อุดรธานี
- เป็นโรคต่อมลูกหมากโต ยังไม่เคยได้รับให้คำแนะนำอย่างจริงจัง
- มีอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ แต่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือมีอาการมากที่ต้องรับการรักษา

ตัวแปรอิสระ

- โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้การมีส่วนร่วม ใช้กระบวนการ AIC และการวิเคราะห์ SWOT และกระบวนการกลุ่ม ดังนี้
- การให้ศึกษารายกลุ่ม โดยคำแนะนำเสนอวิธีทัศน์ ภาพประกอบคำบรรยายเน้นความรู้ เจตคติ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัว
 - การประชุมกลุ่มย่อยเพื่อฝึกปฏิบัติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโต
 - ประชุมกลุ่มเพื่อรับทราบผลการปฏิบัติและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นและหาแนวทางแก้ไข
 - การกระตุ้นเตือนผู้ป่วยโดยให้คำแนะนำเพิ่มเติม รวมทั้งเผยแพร่เอกสาร แผ่นพับ เชื่อมบ้าน หรือ โทรศัพท์เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวถูกต้อง

ตัวแปรตาม

1. ความรู้เรื่องโรคต่อมลูกหมากโต
 2. เจตคติเรื่องโรคต่อมลูกหมากโต
 3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค/และโรคแทรกซ้อน
 4. การรับรู้ความรุนแรงของโรค
 5. การรับรู้ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติ
 6. แรงจูงใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำ
 7. การได้รับการตรวจสุขภาพในคลินิก
- ผู้สูงอายุ

- มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัว
- การดื่มน้ำ 6-8 แก้วต่อวัน
 - การงด/ลดดื่มน้ำ เครื่องดื่ม ทุกชนิด ฯลฯ ช่วงค่ำ และก่อนนอน
 - ออกกำลังกาย
 - การขับถ่าย

ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย