

## บทที่ 2



### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพตาของผู้สูงอายุ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์กับกลุ่มที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากตำราวารสาร บทความและงานวิจัยต่างๆในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
2. แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้
3. การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ สรีรวิทยา และจิตสังคม ในผู้สูงอายุ
4. การเปลี่ยนแปลงในดวงตาของผู้สูงอายุ
5. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตาและการป้องกันโรคตาในผู้สูงอายุ
6. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในผู้สูงอายุ
7. บทบาทของพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูง
8. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพตา
9. โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของผู้สูงอายุ
10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

Pender (1987: 57-60) ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งได้กล่าวถึงความสำคัญของกระบวนการรับรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเป็นการอธิบาย พฤติกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน ภายใต้พื้นฐานของงานวิจัย เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบาย แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคคลที่เกิดขึ้น

แบบแผนการดำเนินชีวิตในลักษณะส่งเสริมสุขภาพนี้เพนเดอร์ (Pender, 1996: 34) เรียกว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยให้ความหมายว่า เป็นการกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมทางด้านบวกที่ แสดงออกถึงความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับสุขภาพเพื่อความผาสุก (Well-being) ของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ในปี 2002 Pender ได้นำเสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่มีการ

## 1. ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual Characteristic and Experience)

บุคคลแต่ละคนมีลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งจะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคลในทุกครั้ง ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์จะมีความสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคลมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเป้าหมายในขณะนั้น ลักษณะส่วนบุคคลหรือพฤติกรรมในอดีต มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเฉพาะบางพฤติกรรมหรือมีผลต่อกลุ่มประชากรบางกลุ่มเท่านั้น แต่จะไม่มีอิทธิพลต่อการแสดงพฤติกรรมทั้งหมด หรือกับกลุ่มประชากรทุกกลุ่ม โดยประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคลประกอบด้วย

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต (Prior related behavior) ตัวทำนายพฤติกรรมที่ดีที่สุดคือ ความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่คล้ายกันในอดีตมีผลกระทบ ซึ่งมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมที่จะนำไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลกระทบโดยตรงอาจทำให้เกิดเป็นรูปแบบนิสัย ซึ่งนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมโดยอัตโนมัติโดยให้ความสนใจในรายละเอียดเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย พฤติกรรมที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งจะเพิ่มพูนความหนักแน่นและลักษณะนิสัยขึ้น และยิ่งหนักแน่นมากขึ้นด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ ส่วนผลกระทบโดยทางอ้อมของพฤติกรรมในอดีต มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านการรับรู้ความสามารถในตนเอง ประโยชน์อุปสรรค และความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม สอดคล้องทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) ของ Bandura ที่กล่าวว่า เมื่อแสดงพฤติกรรมแล้วได้ข้อมูลย้อนกลับ จะเป็นแหล่งสำคัญของข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถหรือทักษะของตน ผลประโยชน์ที่เคยได้รับจากพฤติกรรมในอดีต ซึ่ง Bandura เรียกว่า การคาดหวังในผลของการกระทำ (Outcome expectation) จะทำให้บุคคลนั้นมีโอกาสที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นซ้ำได้มากขึ้น อุปสรรคที่เกิดจากการกระทำพฤติกรรมเป็นประสบการณ์และแหล่งข้อมูลในความทรงจำที่เป็นเครื่องกีดขวาง ที่ต้องผ่านพ้นเพื่อจะได้ประสบความสำเร็จในการแสดงพฤติกรรม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นทุกครั้งจะมีอารมณ์หรือความรู้สึกร่วมด้วย ความรู้สึกทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อนระหว่าง หรือภายหลังพฤติกรรม จะถูกเก็บรวบรวมไว้ในความทรงจำ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเมื่อจะเข้าสู่พฤติกรรมในครั้งต่อไป

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมาย ซึ่งถูกปรับเปลี่ยนโดยการใช้ความคิดพิจารณาไตร่ตรอง ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย

1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพของบุคคล (Personal biologic factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ เช่น อายุ (Age) ดัชนีมวลสารของร่างกาย (Body mass index) ภาวะเจริญพันธุ์ (Pubertal status) ภาวะหมดฤดู (Menopausal status) ความสามารถในการออกกำลังกาย (Aerobic capacity) ความแข็งแรง (Strength) ความกระฉับกระเฉง (Agility) หรือความสมดุลของร่างกาย (Balance)

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยาของบุคคล (Personal psychologic factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) แรงจูงใจในตนเอง (Self-motivation) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status)

1.2.3 ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมของบุคคล (Personal sociocultural factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ เช่น เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ (Ethnicity) วัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงตามยุคสมัย (Acculturation) การศึกษา และภาวะเศรษฐกิจและสังคม

ปัจจัยส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่อความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมสุขภาพ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลบางอย่างไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นจึงไม่นิยมนำมาเป็นตัวแปรในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกิจกรรมพยาบาล

2. ความคิดและความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) ตัวแปรในกลุ่มนี้ได้รับการพิจารณาว่าเป็นตัวแปรหลักที่สำคัญในการจูงใจและนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยผ่านกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits of action) การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ จะมีการคาดการณ์ถึงประโยชน์ หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรม การคาดการณ์ถึงประโยชน์เป็นการแสดงออกทางจิตใจโดยคำนึงถึงผลทางบวกหรือการเสริมแรงของการกระทำพฤติกรรมนั้น สอดคล้องกับทฤษฎีการคาดหวังคุณค่า (Expectancy-Value Theory) ที่กล่าวว่า การคาดการณ์ถึงประโยชน์เป็นสิ่งสำคัญของการจูงใจที่อยู่บนพื้นฐานของผลลัพธ์ที่บุคคลได้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาโดยตรง หรือประสบการณ์ที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น บุคคลมีแนวโน้มที่จะใช้เวลาและแหล่งประโยชน์ในการทำกิจกรรมที่น่าจะเพิ่มประสบการณ์ของตนเองไปในทางบวก ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ทั้งภายในและภายนอก ตัวอย่างของประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายใน ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของการตื่นตัว (Increased alertness) และการลดความรู้สึกเหนื่อยล้า (Decreased feeling of fatigue) ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายนอก ได้แก่ รางวัลที่เป็นทรัพย์สินเงินทองหรือการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งเหล่านี้เป็นผลที่ได้จากการมีพฤติกรรม ในระยะแรกประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายนอกอาจจะเป็นแรงจูงใจสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรม แต่ต่อมาประโยชน์ภายในอาจจะมีพลังจูงใจให้มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องมากกว่า ความสำคัญของการคาดหวังประโยชน์และความสัมพันธ์ของประโยชน์ที่เกิดจากการกระทำจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers to action) เป็นการคาดการณ์ถึงอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น อาจเป็นสิ่งที่คาดคะเน หรือเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงก็ได้ อุปสรรคมักจะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้หลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการกระทำและมีอุปสรรคมีมาก การกระทำจะเกิดขึ้นได้ยาก แต่มีความพร้อมในการกระทำสูงและอุปสรรคมีน้อย ความเป็นไปได้ที่จะกระทำมีมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคในการกระทำเสนอในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนี้ มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง โดย

เป็นตัวชี้วัดของการกระทำ และมีผลโดยอ้อมในการลดความตั้งใจในการวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรม

2.3 การรับรู้ความสามารถในตนเอง (Perceived self-efficacy) ความสามารถในการตัดสินใจเป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลในการกระทำกิจกรรม โดยไม่คำนึงว่าบุคคลนั้นจะมีทักษะหรือไม่ แต่เป็นการตัดสินใจว่าบุคคลสามารถใช้ทักษะที่ตนมีได้อย่างไร การตัดสินใจความสามารถของบุคคลแตกต่างจากความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectations) โดยการรับรู้ความสามารถในตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จในขณะที่ความคาดหวังในผลลัพธ์ เป็นการตัดสินใจที่ผลลัพธ์ เช่น ผลประโยชน์ ค่าใช้จ่าย เป็นต้น การรับรู้เกี่ยวกับทักษะและความสามารถเป็นแรงจูงใจสำคัญของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่ดีและถูกต้องเหมาะสม

2.4 ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Activity-related Affect) ความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และภายหลังพฤติกรรม เป็นพื้นฐานการกระตุ้นพฤติกรรมของตนเอง การตอบสนองทางด้านอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ อาจเป็นระดับน้อยๆ ปานกลาง หรือรุนแรง และถูกตัดสินใจโดยความคิด เก็บไว้ในความทรงจำ และนำมาเป็นกระบวนการติดต่อการกระทำพฤติกรรมในเวลาต่อมา การตอบสนองทางด้านอารมณ์ความรู้สึกต่อพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำในขณะนั้น (Activity-related) อารมณ์ของตนเองในขณะนั้น (Self-related) อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมในขณะนั้น (Context-related) ผลของความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะมีอิทธิพลต่อบุคคลในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำอีก หรือคงพฤติกรรมนั้นให้ยาวนานขึ้น

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) ตามแนวคิดของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคล คือ ความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมความเชื่อ หรือทัศนคติของบุคคลอื่น ความคิดเหล่านี้อาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงได้

2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situational influences) การรับรู้และความคิดความเข้าใจของบุคคลต่อสถานการณ์หรือบริบทใดๆที่อำนวยความสะดวกหรือขัดขวางต่อการแสดงพฤติกรรม อิทธิพลสถานการณ์ที่มีต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม คุณลักษณะที่ต้องการ และในเรื่องของความสวยงามของสิ่งแวดล้อม อิทธิพลของสถานการณ์อาจเป็นกุญแจสำคัญที่จะพิจารณาสิ่งใหม่ขึ้นมาและเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพสำหรับเอื้ออำนวยและคงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้นไว้

3. ผลที่เกิดจากพฤติกรรม (Behavioral outcome) การกำหนดความตั้งใจเพื่อวางแผนการกระทำเป็นจุดเริ่มของการเกิดพฤติกรรม ความตั้งใจนี้จะดึงให้บุคคลเข้าสู่และผ่านพฤติกรรมไปได้ นอกจากนี้มีความต้องการอื่นเข้ามาแทรกที่บุคคลนั้นไม่ได้กระทำสิ่งที่ตั้งใจไว้

3.1 ความตั้งใจในการวางแผนการกระทำ (Commitment to a plan of action) พฤติกรรมของมนุษย์โดยทั่วไปจะเป็นระบบมากกว่าไม่เป็นระบบ ตามที่ Ajzen and Fishbein ได้กล่าวไว้ว่าความตั้งใจนั้นเป็นตัวสำคัญที่กำหนดการแสดงพฤติกรรมนั้นด้วยความเต็มใจ (Pender, 2002: 73) ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ในรูปแบบใหม่ของแบบจำลองพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ภายใต้กระบวนการทางด้านความรู้สึกความเข้าใจ ได้แก่

3.1.1 ความตั้งใจที่มีต่อการกระทำเฉพาะ ในเวลา และสถานที่ที่กำหนดกับบุคคลที่เฉพาะหรือโดยละพัง โดยไม่คำนึงถึงว่าจะมีสิ่งใดๆเข้ามาแทรก

3.1.2 วิเคราะห์หาวิธีการที่จะทำให้เกิดแรงเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป ต้องการหาวิธีการที่เฉพาะในการปฏิบัติที่จะใช้กับพฤติกรรมที่มีความแตกต่างกัน เพื่อให้กลายเป็นความตั้งใจที่จะวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรม การวางแผนเพื่อการกระทำนี้ทำร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการปฏิบัติได้สำเร็จ

3.2 ปังจัยความต้องการและความพอใจที่แทรกแซงในทันทีทันใด (Immediate competing demands and preferences) ปังจัยความต้องการและความพอใจที่แทรกแซงในทันทีทันใด หมายถึง พฤติกรรมทางเลือกอื่นที่แทรกเข้ามาในความคิด ซึ่งสามารถจะกระทำได้ก่อนที่เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ ความต้องการแทรกแซงถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับต่ำ เนื่องจากเงื่อนไขสิ่งแวดล้อม เช่น ความรับผิดชอบในการทำงานหรือการดูแลครอบครัว ถ้าไม่ตอบสนองความต้องการนั้นจะส่งผลร้ายต่อตนเองหรือบุคคลสำคัญในชีวิตได้ ส่วนความพอใจแทรกแซงถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมทางเลือกที่ให้ผลตอบแทนที่มากกว่าหรือเหนือกว่าที่บุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับสูง ซึ่งสามารถทำให้ล้มเลิกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ เมื่อพอใจพฤติกรรมที่มาแทรกแซงความสามารถในการเอาชนะปังจัยความพอใจที่แทรกแซงขึ้นอยู่กับความสามารถของเขาที่จะควบคุมตนเอง (Self-regulating) ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ปังจัยความต้องการและความพึงพอใจที่แทรกแซงเข้ามาในทันทีทันใด กระทบโดยตรงต่อความเป็นไปได้ที่จะเกิดพฤติกรรมสุขภาพและมีผลต่อความตั้งใจได้พอประมาณ

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-promotion behavior) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้าย หรือผลลัพธ์ของการกระทำในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามควรระลึกไว้เสมอว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะใช้เพื่อคงไว้ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจากสุขภาพในทางบวก (Attaining positive health outcomes) ของผู้รับบริการโดยตรง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อผสมผสานไปกับแบบแผนชีวิตจะส่งผลให้เสริมสร้างสุขภาพ เพื่อความสามารถในการทำหน้าที่และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตลอดพัฒนาการทุกระยะของชีวิต

แนวคิดตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2002) กล่าวถึงตัวแปรที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของแต่ละบุคคลว่าขึ้นอยู่กับตัวแปรหลักอยู่ 2 ตัวแปร คือปังจัยด้านลักษณะส่วน

บุคคลและประสบการณ์ และปัจจัยด้านความรู้ความเข้าใจ และความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมนั้น เป็นตัวแปรหลักสำคัญที่พยาบาลสามารถใช้วิธีการพยาบาล เพื่อทำให้เกิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลได้ โดยมีตัวแปรย่อยทั้งหมด 6 ตัวแปร ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลด้านสถานการณ์ ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงศึกษาผลของตัวแปรย่อยเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งตัวแปรย่อยเหล่านี้เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาในผู้สูงอายุได้ (วีระ อิงคภาสกร และคณะ, 2545) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาที่ดีต่อไป

## 2. แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้

### 2.1 การเรียนรู้

การเรียนรู้ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการได้รับประสบการณ์หรือการฝึกฝน พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปนี้ควรเป็นไปในลักษณะค่อนข้างถาวร และจะเปลี่ยนแปลงไปในพฤติกรรมที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมก็ได้ (ศิริเพ็ญ วานิชานันท์, 2544)

นักจิตวิทยาได้ แบ่งขั้นตอนการเรียนรู้ เป็นระยะๆ ไว้ดังนี้ คือ

1. ระยะตื่นตัว (Awareness Stage) การเรียนรู้จะเกิดขึ้นโดยได้ยิน ได้เห็น ได้สนทนา หรือได้ฟังคำบอกเล่าของเพื่อนฝูง คนแปลกหน้า รู้จากอุปกรณ์สื่อสารทางใดทางหนึ่ง ส่วนมากความรู้ใหม่ๆที่ได้รับมักเป็นเรื่องคร่าวๆและมีประจักษ์พยานอ้างอิงน้อย

2. ระยะสนใจ (Interesting Stage) บุคคลที่ได้รับฟังเรื่องคร่าวๆมาแล้วจากคำบอกเล่าก็ติดจากการได้ยินทางวิทยุหรือโทรทัศน์ที่ดี จะเกิดความสนใจตามมา ยิ่งถ้าเป็นเรื่องที่อยู่ในความสนใจของตนหรือกำลังหาทางแก้ไขอยู่แล้ว ความสนใจจะมีมากจนทำให้บุคคลนั้นพยายามที่จะไต่หาที่มาของความรู้หรือหาความรู้เพิ่มเติม เพื่อความกระฉ่างแจ้งจากผู้ที่ตนเองเชื่อถือ จากองค์กรที่เกี่ยวข้องหรือจากหนังสือวิชาการต่างๆ

3. ระยะประเมินผล (Evaluation Stage) ภายหลังจากการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจนเป็นที่พอใจแล้ว ก็นำความรู้ที่ได้รับใหม่มาไตร่ตรองคำนวณถึงผลได้ผลเสียที่เกิดขึ้นถ้าได้ปฏิบัติการไปตามความรู้ใหม่ รวมทั้งหาวิธีการที่ตนเองเห็นว่าเหมาะสมที่สุดในการปฏิบัติ การไตร่ตรองแก้ปัญหานี้เป็นผลที่เกิดแก่ร่างกายและจิตใจ ไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง

4. ระยะทดลองปฏิบัติ (Trial Stage) ระยะนี้จะเกิดขึ้นภายหลังจากที่ได้คำนวณครุ่นคิดและไตร่ตรองโดยรอบคอบแล้วว่า ผลดีจะบังเกิดแก่ตนเองและครอบครัวทั้งร่างกายและจิตใจแน่นอน บุคคลนั้นจะเริ่มปฏิบัติการในรูปทดลองปฏิบัติในระยะต่อมาหรืออาจดูผู้อื่นปฏิบัติก่อนก็ได้

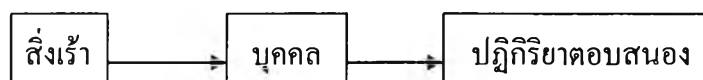
5. ระยะยอมรับและปฏิบัติตาม (Adoption Stage) ระยะนี้เกิดขึ้นภายหลังที่ได้ผ่านการทดลองปฏิบัติและมองเห็นผลดีจะเกิดกับตนเองและครอบครัวแล้ว บุคคลนั้นจะล้มเลิกความเชื่อถือที่มีอยู่เดิม และหันกลับมาเชื่อถือความรู้ใหม่ๆ และเริ่มปฏิบัติตามความรู้ตลอดไป (เกคินี เห็นพิทักษ์ , 2526: 469)

นักจิตวิทยา ได้แบ่งกลุ่มทฤษฎีการเรียนรู้ไว้แตกต่างกัน ทั้งนี้แล้วแต่ความเชื่อของแต่ละคน ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ (อรนันท์ หาญยุทธ, 2532: 125)

1) กลุ่มทฤษฎีการเรียนรู้ ที่เน้นการเชื่อมโยงสิ่งเร้ากับการตอบสนอง (Stimulus response association) หรือที่เรียกว่า พฤติกรรมนิยม (Behaviorism)

2) กลุ่มทฤษฎีการเรียนรู้ที่เน้นความสำคัญของกระบวนการคิด (Cognitive field theory)

ซึ่งผู้วิจัยสนใจศึกษา กลุ่มทฤษฎีการเรียนรู้ที่เน้นการเชื่อมโยงสิ่งเร้ากับการตอบสนอง โดยในการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีความสัมพันธ์เชื่อมโยงของ Thorndike (cited in Bernard, 1972) ที่กล่าวถึงการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้า กับปฏิกิริยาตอบสนอง (ดังแสดงในภาพ)



แผนภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้า อินทรีย์ และการตอบสนอง

โดยมีหลักพื้นฐานว่า การเรียนรู้เกิดจากการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนองที่มักจะออกมาในรูปแบบต่างๆ สิ่งเร้าจึงมีความสำคัญต่อการเรียนรู้มาก และสิ่งเร้าที่ผ่านอวัยวะสัมผัสหลายอย่างมีผลต่อการเรียนรู้มากกว่าสิ่งเร้าที่ผ่านอวัยวะสัมผัสทางเดียว ซึ่งกระบวนการเรียนรู้เกิดขึ้นได้ต้องอาศัยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ (ศิริเพ็ญ วานิชานันท์, 2544: 50)

1) สิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้า (stimulus) หมายถึง สิ่งต่างๆหรือสถานการณ์ต่างๆที่เป็นสิ่งเร้าที่อยู่รอบตัวผู้เรียน ได้แก่ ผู้สอน บทเรียน แผ่นใส กิจกรรม หนังสือ ฯลฯ ซึ่งสิ่งเร้าเหล่านี้จะมากระตุ้นผ่านอวัยวะสัมผัสซึ่งอาจสัมผัสโดยทางผิวหนัง ตา จมูก หู หรือลิ้นของผู้เรียนที่มีผลทำให้ผู้เรียนตอบสนองออกมา ดังนั้นในการสอน ผู้สอนต้องเตรียมการสอนโดยการวางแผนล่วงหน้า และคาดว่าสิ่งเร้าอะไรที่จะมีผลต่อการตอบสนองของผู้เรียนในการเรียนการสอน

2) อินทรีย์ (organism) หมายถึง ผู้เรียนหรือผู้ที่แสดงพฤติกรรมตอบสนองหลังจากได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้านั้นๆ เมื่อสิ่งเร้าเข้ามาอวัยวะสัมผัสของผู้เรียน ผู้เรียนจะต้องแปลสิ่งเร้าด้วยการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และการให้ความหมาย ซึ่งเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้เรียนยากแก่การอธิบายความซับซ้อนที่เกิดขึ้นในขณะที่เกิดการเรียนรู้

3) การตอบสนอง (response) การกระทำหรือพฤติกรรมที่ผู้เรียนแสดงออกมาเมื่อได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้า

Thorndike เน้นว่าสิ่งสำคัญที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ คือการเสริมแรง ซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับปฏิกิริยาตอบสนองมากขึ้น หมายความว่า สิ่งเร้าใดทำให้เกิดการตอบสนอง และการตอบสนองนั้นได้รับการเสริมแรง จะก่อให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างสิ่งเร้ากับปฏิกิริยาการตอบสนองนั้นๆมากขึ้น

การตอบสนอง เป็นพฤติกรรมที่สามารถวัดได้หรือเปรียบเทียบความสามารถระหว่างผู้เรียนด้วยกันได้ โดยจำแนกออกเป็น 3 ประเภท คือ

3.1) การตอบสนองในรูปของ ความรู้ ความคิด การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ วิจารณ์ (Cognitive Domain) ซึ่งแสดงออกมาโดยวิธีการพูด บอก หรือสรุปในเรื่องนั้นๆได้

3.2) การตอบสนองในรูปของ ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม (Affective Domain) โดยการแสดงออกทางสีหน้า เช่น ยิ้มแย้มแจ่มใสต่อสิ่งนั้น หรือแสดงความสนใจต่อบทเรียน หรือส่งงานที่มอบหมายในเวลาที่กำหนด เป็นต้น

3.3) การตอบสนองในรูปของพฤติกรรมเชิงทักษะ (Psychomotor Domain) หรือการเคลื่อนไหวโดยการแสดงออกมาเป็นการกระทำ เช่น เขียนบทความได้ วาดได้ วัดความดันโลหิตให้แก่ผู้ป่วยได้ อาบน้ำให้เด็กแรกเกิดได้ เป็นต้น

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติตน ความรู้มีส่วนก่อให้เกิดความเข้าใจเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติและก่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เนื่องจากความรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้นอาจจะมีมากน้อยแตกต่างกัน ยังมีความรู้ในเรื่องนั้นมากเท่าไรก็เป็นส่วนสำคัญที่จะเร่งพฤติกรรมของบุคคลให้แสดงออก การมีความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ทราบว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไรและสามารถปฏิบัติได้อย่างไร (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2530: 217)

Thorndike (cited in Bernard, 1972) ได้สรุปกฎการเรียนรู้หลักไว้ 3 ข้อ และกฎการเรียนรู้ย่อยที่สนับสนุนกฎการเรียนรู้หลักอีก 5 ข้อ ดังนี้

#### กฎการเรียนรู้หลัก

1. กฎแห่งความพร้อม (Law of readiness) หมายถึง สภาพความพร้อมของผู้เรียนอันเนื่องมาจากวุฒิภาวะโดยมีพื้นฐาน ประสบการณ์เดิม และความพร้อมทางจิตใจ ความพร้อมในการรับรู้และมีแรงจูงใจในการที่จะเรียน กฎนี้อธิบายได้ว่าการเรียนรู้จะมีประสิทธิภาพ ถ้าผู้เรียนมีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความพร้อมในการอ่าน เขียน และพูด รวมทั้งภาวะรับการจูงใจเหมาะสม

2. กฎเกี่ยวกับการฝึกหัด (Law of exercise) หมายถึง การได้ฝึกหัดหรือกระทำกิจกรรมซ้ำๆ จะทำให้ผู้เรียนเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น โดยเน้นว่าก่อนที่จะกระทำพฤติกรรมซ้ำๆจะต้องเกิดความเข้าใจในเหตุผลอย่างแท้จริงเสียก่อน จึงจะเกิดการเรียนรู้ที่คงทนถาวร

3. กฎแห่งผล (Law of effect) หมายถึง การกระทำที่นำไปแล้ว ถ้าได้ผลที่พึงพอใจ บุคคลมักมีแนวโน้มจะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ซ้ำอีกเมื่อได้รับสัมผัสกับสิ่งเร้าเดิม แต่การกระทำใดที่ทำ



แล้วผลไม่เป็นที่น่าพึงพอใจ บุคคลมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงไม่กระทำพฤติกรรมนั้นอีก ดังนั้นถ้าต้องการให้พฤติกรรมที่ต้องการเกิดขึ้นและมีความคงทนถาวรตลอดไป ต้องให้บุคคลได้รับผลเป็นที่พึงพอใจ

### กฎการเรียนรู้ย่อย

1. กฎการตอบสนองหลายรูปแบบ (Law of multiple responses) ในการแก้ปัญหาหนึ่งบุคคลจะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองหลายรูปแบบเพื่อแก้ปัญหา จนกว่าจะพบรูปแบบที่แก้ปัญหานั้นได้หรือการตอบสนองที่ถูกต้อง บุคคลจะเลือกรูปแบบนั้นไว้แก้ปัญหานั้นต่อไป

2. กฎการตั้งจุดมุ่งหมาย (Law of set of attitude) เมื่อบุคคลมีจุดมุ่งหมายในสิ่งที่จะทำ จะทำให้เกิดพฤติกรรมนำไปสู่การเรียนรู้ ประสบการณ์เดิม ความเชื่อ และเจตคติเป็นสิ่งสำคัญในการตั้งจุดมุ่งหมาย และสิ่งเหล่านี้ยังเป็นเครื่องตัดสินใจว่าสิ่งใดจะทำให้เกิดความพอใจและสิ่งใดที่ทำให้ไม่พอใจ

3. กฎการเลือกตอบสนอง (Law of partial activity) เมื่อบุคคลเผชิญสถานการณ์หรือปัญหา (สิ่งเร้า) บุคคลจะศึกษาและเลือกตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่คิดว่าจะแก้ปัญหานั้นได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัยและความสามารถของผู้เรียน

4. กฎการนำความรู้เดิมไปใช้ (Law of assimilation) ในการแก้ปัญหามักจะเริ่มด้วยการระลึกถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต ถ้ามีความสอดคล้องคล้ายคลึงกัน บุคคลจะตอบสนองด้วยวิธีที่กระทำมาแล้ว

5. กฎการตอบสนองใหม่ (Law of associative shifting) บุคคลจะเรียนรู้ได้ง่ายและเร็วขึ้นถ้าบุคคลมองเห็นว่าปัญหาใหม่ไม่แตกต่างกับปัญหาที่เคยประสบมาแล้วหรือมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน

### การนำกฎการเรียนรู้ของ Thorndike ไปใช้ในการเรียนการสอน

กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ (2548: 57) และ อารี พันธุ์มณี (2534: 127) ได้สรุปถึงกฎการเรียนรู้ของ Thorndike ไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน ดังนี้

1. การที่จะให้บุคคลเรียนรู้จะต้องส่งเสริมให้ผู้เรียน เรียนโดยการลองผิดลองถูกหรือลองจากสถานการณ์จริงด้วยตนเอง จะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และค้นพบวิธีแก้ปัญหานั้นด้วยตนเองและจะทำให้ผู้เรียนเกิดความพึงพอใจต่อความสำเร็จ มีความเชื่อมั่น และอยากเรียนรู้ในโอกาสต่อไป

2. การนำกฎแห่งความพร้อมมาใช้ หมายถึง การเรียนรู้จะมีประสิทธิภาพสูงเมื่อผู้เรียนมีความพร้อม จึงควรส่งเสริมจัดสถานการณ์ให้ผู้เรียนมีความพร้อมทั้งสภาพร่างกาย และเสริมแรงจูงใจของผู้เรียน

3. การนำกฎการฝึกหัดมาใช้ หมายถึง ผู้สอนควรสอนให้ผู้เรียนตระหนักถึงคุณค่า ความสำคัญและประโยชน์ของการเรียนรู้ ไม่ควรเน้นการสอนเพื่อรู้เพียงอย่างเดียว ดังนั้นการที่จะสอนให้ผู้เรียนนำความรู้ไปใช้จะต้องให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจอย่างแจ่มชัด หรือให้ผู้เรียนลงมือ

ปฏิบัติขณะทีเรียน และนำสิ่งที่ได้เรียนรู้มาใช้ในการทำกิจกรรมต่างๆจะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่  
 คงทนถาวร

4. การนำกฎแห่งผลมาใช้ หมายถึง ผู้สอนควรส่งเสริมและจูงใจให้ผู้เรียนเกิดความพึงพอใจ  
 และมีความรู้สึกรักอยากเรียน

จากแนวคิดและกฎการเรียนรู้ของ Thomdike (cited in Bernard, 1972) ในการศึกษาครั้งนี้  
 ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้แนวคิดในการจัดโปรแกรมการส่งเสริมการเรียนรู้ประโยชน์ โดยรูปแบบของ  
 โปรแกรมจะมีการวางแผนการสอน และจัดเนื้อหาการสอนอย่างมีขั้นตอน รวมทั้งมีการจัดกิจกรรม  
 การเรียนการสอนให้สอดคล้องกับเนื้อหาที่เรียน มีการสาธิตในการฝึกปฏิบัติ รวมทั้งมีการใช้สื่อการ  
 สอนต่างๆที่เหมาะสมและสอดคล้องกับเนื้อหา น่าสนใจ และเข้าใจได้ง่าย

ซึ่งในการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพนี้ ผู้วิจัยใช้การให้ความรู้แบบบรรยายประกอบภาพ  
 ชูช การใช้สื่อการสอนจะช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้โดยใช้ร้อยละสัมพัทธ์ทั้ง 5 ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นให้  
 เกิดการเรียนรู้มากขึ้น ซัยยงค์ พรหมวงค์ และคณะ(2520: 91 อ้างถึงใน ศิริเพ็ญ วานิชานันท์, 2544:  
 54) กล่าวว่า มนุษย์รับรู้โดยใช้ร้อยละรับรู้ทั้ง 5 คือ ถิ่นรับรู้ได้ ร้อยละ 3 จมูกรับรู้ได้ร้อยละ 3 สัมผัส  
 รับรู้ได้ ร้อยละ 6 หูรับรู้ได้ ร้อยละ 13 และตารับรู้ได้ร้อยละ 75 ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนเพื่อ  
 ก่อให้เกิดการเรียนรู้มากที่สุด จึงควรจัดให้ผู้สูงอายุสามารถรับความรู้โดยผ่านประสาทหลายทาง  
 น่าจะได้ผลดีกว่าการรับความรู้ที่ผ่านโสตประสาทอย่างเดียว ในการวิจัยครั้งนี้ นอกจากจะมีการให้  
 ความรู้โดยการบรรยายซึ่งผู้สูงอายุสามารถรับรู้จากการฟังแล้วผู้วิจัยยังใช้เลือกสื่อการสอนที่ผู้สูงอายุ  
 สามารถรับรู้จากการมองเห็นได้อีกทางหนึ่งคือ ภาพชูช (flip chart) และคู่มือส่งเสริมสุขภาพตา ใน  
 การให้คำแนะนำหรือการสอนด้วย

## 2.2 วิธีการให้ความรู้

การให้ความรู้นั้นจำเป็นต้องอาศัยเทคนิควิธีการให้ความรู้หลากหลายวิธี ผู้สอนควรเลือก  
 วิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงจุดมุ่งหมายในการให้ความรู้ เนื้อหาที่สอน ความแตกต่าง  
 ระหว่างบุคคล และสภาพแวดล้อมต่างๆ ซึ่งการเลือกวิธีการให้ความรู้นั้นขึ้นอยู่กับวิจารณ์ญาณของ  
 ผู้สอน (จำเนียร ศิลพานิช, 2538: 161) ซึ่งบุญยง เกี่ยวการค้า (2526: 328-383) ได้ให้ความเห็นว่า  
 การพิจารณาความเหมาะสมของวิธีการให้ความรู้ เพื่อให้เกิดผลตามเป้าหมายที่กำหนดอย่างมี  
 ประสิทธิภาพนั้นควรคำนึงถึงองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้

- 1) วิธีการให้ความรู้ต้องมีความเหมาะสมกับเนื้อหาสาระที่จะถ่ายทอด
- 2) วิธีการให้ความรู้ต้องมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ ประสบการณ์ ความต้องการของ  
 ผู้เรียน
- 3) ช่วยกระตุ้นผู้เรียนให้เกิดความสนใจในเนื้อหาสาระที่จะถ่ายทอด
- 4) ทำให้ผู้เรียนได้ใช้ประสาทสัมผัสหลายๆทาง
- 5) เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการถ่ายทอดความรู้

#### 6) ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาทางการเรียนรู้

ในการเลือกวิธีการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตานั้นสามารถใช้ได้หลายวิธี ซึ่งในโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการให้ความรู้คือ การบรรยาย การสาธิต และการอภิปรายกลุ่ม โดยมีสื่อประกอบการสอน และการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติ โดยมีรายละเอียดของการให้ความรู้พอสังเขปดังนี้

##### 2.2.1 การบรรยาย

การบรรยายเป็นวิธีพื้นฐานของการถ่ายทอดความรู้จากผู้สอนไปยังผู้เรียน เป็นการพูดที่แสดงถึงความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนความคิดเห็นต่างๆ เพื่อให้ข้อมูลจงใจ และเปลี่ยนแปลงความคิดของกลุ่มบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เนื้อหาสำหรับการบรรยายต้องจัดลำดับให้มีความสัมพันธ์ต่อเนื่อง และควรมีการเน้นการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ตลอดจนมีตัวอย่างที่มีรูปธรรมประกอบในจุดที่ต้องการให้ผู้เรียนรับรู้ หรือมีการใช้สื่อประกอบการบรรยาย เพราะนอกจากจะทำให้ผู้เรียนเกิดความสนใจมากขึ้นแล้ว ยังทำให้เกิดความเข้าใจง่าย การบรรยายจะมีประสิทธิภาพเมื่อ

- 1) ผู้บรรยายมีความรู้ในเรื่องที่จะบรรยายเป็นอย่างดี
- 2) ผู้เรียนทุกคนต้องการที่จะรับฟังเนื้อหาเรื่องเดียวกันและในเวลาเดียวกัน
- 3) มีการแจกเอกสาร เพื่อให้ผู้เรียนศึกษาด้วยตนเอง และเอกสารจะเป็นแนวทางในการอภิปรายเพื่อเป็นการติดตามการบรรยาย

##### 2.2.2 การสาธิต

การสาธิตเป็นวิธีการให้ความรู้ที่มีการจัดเตรียมการเสนอความรู้ ข้อเท็จจริง หลักการแนวทางปฏิบัติ หรือกระบวนการกระทำที่ถูกต้อง โดยมีอุปกรณ์ประกอบการสาธิต มีการอธิบายให้เหตุผลประกอบการสาธิตให้มองเห็นกระบวนการทำที่แน่นอน ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในกิจกรรมที่เรียนได้อย่างชัดเจน การสาธิตจะได้ผลดีเมื่อมีการเตรียมตัวล่วงหน้าที่ดี ดังนี้ (สุรีย์ จันทร์โมลี, 2527: 196)

- 1) การวางแผนการสาธิตด้วยความรอบคอบ โดยพิจารณาว่าส่วนไหนของเนื้อเรื่องควรจะใช้วิธีการสาธิต
- 2) กำหนดวัตถุประสงค์ของการสาธิตให้ชัดเจน ควรระบุว่าต้องการให้ผู้เรียนเกิดความรู้และปฏิบัติได้มากน้อยเพียงใด
- 3) ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรู้และประสบการณ์เดิมของผู้เรียน โดยละเอียด เพื่อจะได้จัดสาธิตให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เรียน
- 4) จัดขั้นตอนของการสาธิตให้เป็นไปตามลำดับพร้อมทั้งเตรียมเนื้อหาที่จะใช้ในการอธิบาย ในการสาธิตแต่ละขั้นตอนให้พร้อม
- 5) จัดเตรียมวัสดุและเครื่องมือที่จำเป็นจะต้องใช้ให้พร้อม เพื่อทำการทดสอบล่วงหน้าเมื่อจัดข้อจะได้แก้ไขได้

6) ถ้าจะต้องมีผู้ช่วยการสาธิตจะต้องกำหนดบทบาทให้ชัดเจน เพื่อให้การสาธิตดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย

7) เตรียมสถานที่ให้พร้อม โดยจัดที่นั่งให้ผู้ดูทุกคนสามารถมองเห็นได้อย่างทั่วถึง

8) เตรียมผู้ฟังโดยการบอกวัตถุประสงค์และอธิบายขั้นตอนต่างๆของการสาธิตให้รู้ล่วงหน้า

9) เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ลงมือทำตามผู้สอนที่ทำให้ดู การสาธิตจะให้ผลที่สมบูรณ์จะต้องให้ผู้เรียนทุกคนได้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง โดยมีผู้สอนหรือผู้ช่วยดูแลอย่างใกล้ชิด

10) ประเมินผลการสาธิตโดยการซักถาม หรือสังเกตปฏิกิริยาผู้เรียนว่าทำตามได้ถูกต้องเพียงใด ให้คำแนะนำ แก้ไข หรือให้คำชม แล้วฝึกใหม่จนสามารถทำได้ดีถูกต้อง

สิ่งที่ควรคำนึงในการสอนแบบสาธิต คือ เครื่องมือเครื่องใช้ต้องพร้อมที่จะปฏิบัติได้ทันที และปฏิบัติอย่างได้ผล ระหว่างปฏิบัติให้ดูนั้นจะต้องแน่ใจว่าผู้เรียนสามารถมองเห็น และเข้าใจอย่างแท้จริง ผู้สอนจะต้องดูแลให้ความเห็นและเปิดโอกาสให้ซักถามได้

### 2.2.3 การฝึกปฏิบัติ

การฝึกปฏิบัติเป็นการเรียนรู้ในการทำสิ่งต่างๆโดยอาศัยความคิดรวบยอด ความคิดทัศนคติ และลักษณะการลองผิดลองถูก โดยผู้เรียนจะต้องเป็นผู้กระทำเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมใหม่ในการที่จะทำให้นุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นต้องมีส่วนประกอบ คือ ความรู้เป็นส่วนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การฝึกปฏิบัติ ถ้าต้องการให้กลายเป็นนิสัยจะต้องปฏิบัติเสมอๆ โดยสรุปเป็นขั้นตอนได้ดังนี้ คือ รับรู้ สนใจ ไตร่ตรอง ทดลอง ปฏิบัติจนเป็นนิสัย การปฏิบัติจะเกิดขึ้นเมื่อได้มีการเรียนรู้เองโดยวิธีใดก็ได้ โดยก่อนการฝึกปฏิบัติผู้เรียนอาจได้รับสาธิตวิธีการ เพื่อให้เกิดการเลียนแบบ ผู้เรียนควรได้มีโอกาสฝึกทักษะนั้นทันทีภายใต้การนิเทศของผู้สอน ในขณะที่ผู้เรียนฝึกปฏิบัตินั้น ผู้สอนจะแนะนำและให้แรงเสริมด้วยคำพูด ผู้เรียนจะปฏิบัติทักษะนั้นๆด้วยตนเอง สิ่งที่ควรคำนึงในการปฏิบัติจนกว่าจะเกิดความชำนาญขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างบุคคล ทัศนคติ อายุ ความมั่นใจ ระยะเวลาของการปฏิบัติ การปฏิบัติซ้ำ และการให้กำลังใจหรือแรงเสริม (สุคาพร วิจารณ์, 2538: 36)

### 2.2.4 การอภิปรายกลุ่ม

การอภิปรายกลุ่ม หมายถึง การพบกัน พูดจาปราศรัยกัน โดยเป็นทางการ หรือไม่ เป็นทางการก็ได้ ตั้งแต่สองคนขึ้นไป เพื่อที่จะแลกเปลี่ยนความคิด ความสนใจ และข้อเสนอแนะกันในปัญหาใดปัญหาหนึ่ง ในสภาพการณ์จริงของการปฏิบัติงาน ภายใต้ความช่วยเหลือของผู้นำกลุ่ม โดยพยายามให้ได้ข้อตัดสินใจในการปฏิบัติ (พวงรัตน์ บุญญารักษ์, 2536)

การเรียนแบบอภิปรายกลุ่ม สามารถทำให้ผู้เรียนมีการพัฒนาทางด้านสติปัญญา เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหา และสามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงทัศนคติของผู้เรียนไปในทางที่เหมาะสมยิ่งขึ้น เนื่องจากผู้เรียนสามารถยอมรับข้อมูลที่ไม่สอดคล้องกับความเชื่อหรือค่านิยมของตนเอง จากการที่

ผู้เรียนได้มีโอกาสคิด วิเคราะห์ข้อมูลนั้นด้วยตนเอง เสนอความคิดของตนเองต่อกลุ่ม รับฟังข้อมูลย้อนกลับจากกลุ่ม และรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นในกลุ่มเดียวกัน ทำให้ผู้เรียนมีการยอมรับ เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของตนเองได้ ซึ่งทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคคล โดยมีอิทธิพลต่อการกำหนดและควบคุมการแสดงพฤติกรรมของบุคคล เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ความเข้าใจ ความรู้สึก และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (กนกรัตน์ สุขะตุงคะ, 2540)

ลักษณะสำคัญของการอภิปรายกลุ่ม (ไพฑูริย์ สินลารัตน์, 2524: พวงรัตน์ บุญญารักษ์, 2536) ได้กล่าวไว้มีสาระสำคัญ ดังนี้

1) บุคคลได้มีส่วนร่วมในการคิด พิจารณาวิเคราะห์ วิพากษ์วิจารณ์ ประยุกต์และผสมผสานความรู้หรือประสบการณ์ต่างๆ เข้าด้วยกัน

2) บุคคลได้แสดงความคิดเห็นของตนเองและได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพิ่มเติมจากสมาชิกด้วยกัน

3) การร่วมมือเพื่อหาแนวทางในการปฏิบัติในการแก้ปัญหา เป็นความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลที่จะต้องยอมรับ ซึ่งต้องเคารพสิทธิของสมาชิกในกลุ่ม และยอมรับความคิดเห็นของกลุ่ม

4) การร่วมมือของแต่ละบุคคลแสดงออกโดยการฟังอย่างตั้งใจ การคิดด้วยตนเองและร่วมอภิปรายถึงเหตุและผลของปัญหาที่มีความสัมพันธ์ต่อกัน ด้วยการให้ข้อมูลและข้อคิดเห็นที่จะนำไปสู่แนวปฏิบัติของปัญหา

5) ความสำเร็จของการอภิปรายกลุ่ม ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้นำกลุ่มที่สามารถใช้ภาวะผู้นำอย่างฉลาดและด้วยความรู้

จุดมุ่งหมายของการอภิปรายกลุ่ม (ไพฑูริย์ สินลารัตน์, 2524; จินตนา ยูนิพันธุ์, 2527; ลิมวราวิทย์ และสมคิด แก้วสนธิ, 2538; พวงรัตน์ บุญญารักษ์, 2536) มีสาระสำคัญดังนี้

1) สร้างนิสัยการเรียนรู้โดยวิธีการนำตนเอง (Self-directive learning habit) ด้วยการแสดงความคิดเห็นในกลุ่มอย่างแข็งขัน

2) เสริมสร้างทัศนคติและความเชื่อของบุคคล การอภิปรายจะช่วยให้บุคคลได้รู้และเข้าใจว่าความเชื่อและความคิดเดิมของตนเองนั้นเหมาะสมหรือไม่เพียงใด ถ้าหากจะเปลี่ยนความเชื่อ ควรจะเปลี่ยนไปทางใด เนื่องจากได้มีโอกาสคิด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง เสนอความคิดเห็นของตนเองต่อกลุ่ม รับฟังข้อมูลย้อนกลับจากกลุ่ม และรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นในกลุ่มเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ

3) พัฒนาแรงจูงใจ และกระตุ้นสมาชิกของกลุ่ม ให้ค้นคว้าและศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อวางแผนแก้ปัญหาตามแนววิชาชีพ

4) สร้างเสริม และพัฒนาความสามารถในการแสดงออกของตนเอง ด้วยการเผชิญหน้า (Face-to-face interaction) กับสมาชิกในกลุ่ม

5) สร้างเสริมความสามารถในการปรับตัวทางสังคมและบุคลิกภาพส่วนบุคคล โดยการเรียนรู้ในการยอมรับแนวคิดและแนวปฏิบัติของกลุ่ม

6) อภิปรายและสำรวจตรวจสอบแนวคิดทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งอาจยอมรับหรือไม่ยอมรับก็ได้ในขั้นต้น

7) สร้างความสามารถในการคิดด้วยการวิเคราะห์ข้อคิดของบุคคลอื่นแล้วตรวจสอบกับความคิดของตนเอง

8) สร้างความสามารถในการสังเกต และตรวจสอบข้อสังเกต ตามหลักการที่ถูกต้องในรูปแบบวิเคราะห์โดยกลุ่ม

9) ประเมินและตรวจสอบความเชื่อของตนเอง เพื่อสร้างความกระฉับในคุณค่าของความเชื่อนั้น ซึ่งอาจก่อให้เกิดข้อขัดแย้งต่อความรับผิดชอบในวิชาชีพ

10) ช่วยให้ผู้สอนได้รู้จักจุดเด่นและจุดอ่อนของผู้เรียน และประเมินความก้าวหน้าความสามารถในด้านความรู้พื้นฐาน ความสามารถในการแก้ปัญหา และมองเห็นความสัมพันธ์ของเหตุและผลของปัญหา ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพ

การสอนแบบอภิปรายกลุ่มนั้นมีองค์ประกอบต่างๆ ได้แก่

1) ผู้สอน ในการสอนแบบอภิปรายผู้สอนที่จะดำเนินการสอนแบบอภิปรายได้ดี ควรมีลักษณะที่สำคัญคือ ผู้สอนจะต้องมองเห็นความสำคัญของผู้เรียนและยอมรับว่าผู้เรียนเป็นผู้มีประสบการณ์ มีความคิดเพียงพอที่จะแลกเปลี่ยนความคิดกับเพื่อนและผู้สอนได้ ในการอภิปรายย่อมมีแนวคิดที่แตกต่างกันออกไป การโต้แย้งจึงเกิดขึ้นได้อยู่เสมอ ดังนั้นผู้สอนจึงควรเป็นผู้ควบคุมอารมณ์ได้อย่างดี มีความสามารถในการยุติหรือเปลี่ยนหัวข้ออภิปราย รวมทั้งมีความสามารถในการสรุปประเด็นและเนื้อหาของการอภิปราย

2) ผู้เรียน ในการสอนแบบอภิปรายผู้เรียนมีบทบาทอย่างมาก โดยผู้เรียนจะต้องเตรียมตัวและมีความพร้อมที่จะเข้าร่วมในการอภิปราย ทุกคนจะต้องร่วมกันพูด ร่วมกันฟัง ร่วมกันวิเคราะห์ ซึ่งทำให้การอภิปรายนั้นดำเนินไปได้ รวมทั้งผู้เรียนจะต้องทำความเข้าใจว่าความรู้ความคิดที่ได้จากการอภิปราย ไม่ใช่ความรู้และความคิดที่เบ็ดเสร็จ แต่เป็นความรู้ที่ต้องนำไปถกกันกรองพิจารณา

3) การกำหนดประเด็นและตั้งคำถาม การอภิปรายแต่ละครั้งจะต้องกำหนดหัวข้อหรือประเด็นให้ชัดเจน เข้าใจตรงกัน ควรเป็นประเด็นที่ช่วยให้มีการคิด มีการถกเถียงและอภิปรายไปได้หลายแนว ในการถามคำถามนั้นควรถามคำถามก่อนและจึงเรียกคนตอบทีหลังเพื่อให้ทุกคนได้คิด

4) สถานที่อุปกรณ์เพื่อการอภิปราย การจัดสถานที่ในการอภิปรายมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะการอภิปรายนั้นมีบทบาทของกลุ่มสัมพันธ์เข้ามาด้วย สมาชิกแต่ละคนจะต้องเห็นหน้าพูดคุยกัน จึงจำเป็นต้องจัดสถานที่และอุปกรณ์เพื่อให้สนับสนุนจุดประสงค์ดังกล่าว โดยมีหลักการจัดสถานที่ คือ จัดห้องให้เหมาะกับจำนวนคนและสามารถใช้ได้จนสิ้นสุดการอภิปราย ควรจัดเก้าอี้

นึ่งให้ผู้อภิปรายมองเห็นหน้ากัน และจัดระยะห่างของผู้ร่วมอภิปรายอย่างเหมาะสม รวมทั้งต้องคำนึงถึงกิจกรรมในการอภิปรายด้วย

### 2.3 การกระตุ้นเตือน

เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนสุขภาพ เป็นสิ่งชี้หน้าที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พึงปรารถนา โดยทั่วไปแล้วการเตือนให้ทำพฤติกรรมอาจจะทำโดยบุคคลนั่นเอง หรือโดยผู้อื่นที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้น จะทำหน้าที่เป็นตัวทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงปรารถนาโดยการเตือนให้บุคคลนั้นเริ่มมีพฤติกรรม หรืออาจเรียกว่าทำให้พฤติกรรมนั้นแฝงอยู่ในตัวเอง (ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, 2535) การเตือนหรือการบอกนี้อาจเกิดขึ้นในรูปของการเตือนจากบุคคลอื่น เช่น การโทรศัพท์ การส่งไปรษณีย์บัตร หรืออาจเป็นการเตือนโดยการเขียนข้อความคำเตือนจากบุคคลนั่นเอง การหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ถูกต้องหรือเกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องจะเกิดการเสริมกำลังและเพิ่มความบ่อยมากขึ้น นอกจากนี้การเตือน ได้นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยเพื่อเพิ่มการมาตามนัดของผู้ป่วย โดยการเขียนจดหมายหรือการ โทรศัพท์ซึ่งสามารถทำให้ผู้ป่วยได้มาตามนัดได้

### 2.4 การเรียนรู้ในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เนื่องจากมีอายุมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการเรียนรู้ ตามที่นักจิตวิทยาหรือนักวิจัย ได้ศึกษาหาข้อมูล มีดังนี้ คือ (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2533: 74)

- 1) ความชัดเจนและแหลมคมในการมองเห็นจะลดน้อยลง
- 2) ความชัดเจนในการรับฟัง และการได้ยินเสียงจะลดน้อยลง
- 3) ความเร็วในการโต้ตอบ (Reaction time) และแนวโน้มในการปฏิบัติงานจะเสื่อมถอยลงตามอายุที่มากขึ้น
- 4) การรับรู้ด้านประสาทสัมผัสจะลดน้อยลงไปตามวัย
- 5) ความจำจะลดลงโดยเฉพาะเมื่อเริ่มเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ จะไม่ได้ผลมากนัก
- 6) ทักษะทางด้านการใช้ร่างกายปฏิบัติ คือ ด้านPsychomotor มีแนวโน้มลดลง
- 7) สุขภาพทางกายที่อ่อนแอและเสื่อมถอยลง รวมทั้งโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิต จะมีผลทำให้การเรียนรู้ช้าลง

นอกจากนี้แล้วยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติ แรงจูงใจ ความพึงพอใจ ความเข้าใจ

ตนเอง ซึ่งมีโดยตลอดช่วงชีวิต (Life span) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะมีอยู่ต่อเนื่องกันไป และก่อให้เกิดผลกระทบต่อความต้องการในการเรียนรู้ของบุคคล

#### 2.4.1 ความเสื่อมถอย (Decline)

มีอิทธิพลต่อความสามารถในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของบุคคลในวัยสูงอายุ ความเสื่อมถอยโดยทั่วไปมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการคือ (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2533:75)

- 1) การไม่ได้ใช้ (Disuse) การไม่ได้ใช้เป็นเวลานานเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ความสามารถลดลง
- 2) โรคภัยไข้เจ็บ (Disease) ความเจ็บป่วยเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีการเสื่อมถอยได้มากยิ่งขึ้น
- 3) การขาดความสนใจ (Disinterest) เนื่องจากไม่มีแรงจูงใจมากพอทำให้ไม่สนใจเอาใจใส่ นานเข้าทำให้เกิดการเสื่อมถอยได้

#### 2.4.1.1 ความเสื่อมถอยในการได้ยิน (Hearing decline)

ความสามารถในการได้ยินหรือการรับฟังของคนเรา จะพัฒนาสูงสุดในช่วงอายุ 10-15 ปี และจะคงที่ไปในระยะหนึ่ง หลังจากนั้นความสามารถในการรับฟังจะลดน้อยลงไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น จนกระทั่งอายุ 65 ปี ผลที่เกิดขึ้นกับพฤติกรรมของคนใดคนหนึ่ง มักจะเป็นผลทางด้านจิตวิทยา มากกว่าผลทางด้านร่างกายโดยตรง การได้ยินเสียงต่างๆ ไม่ชัดเจนจะมีอิทธิพลต่อความเชื่อมั่นของบุคคล รวมทั้งความรู้สึกที่ไม่มั่นคงและขาดความปลอดภัย นอกจากนี้แล้วบุคคลก็จะเกิดความรู้สึกว่าเขาเองไม่สามารถเรียนรู้อะไรใหม่ๆ ได้อีกแล้ว ซึ่งจะทำให้เขาไม่กล้าหรือไม่แน่ใจที่จะเสี่ยงต่อสถานการณ์ในการเรียนรู้ใหม่ โดยเฉพาะกิจกรรมที่เขาต้องกระทำต่อหน้าคนจำนวนมาก ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน ไม่มั่นใจ และขาดความเชื่อมั่น (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2533: 75)

#### 2.2.4.2 ความเสื่อมถอยทางด้านสายตาและการมองเห็น (Visual decline)

สายตาของคนเราจะเจริญสมบูรณ์เต็มที่ มีความสามารถในการมองเห็นได้ชัดเจนในช่วงตอนปลายของวัยรุ่น แล้วจึงค่อยเสื่อมลงทีละน้อย จนถึงอายุ 40 ปี การเสื่อมลงของสายตานั้นเกิดขึ้นได้อย่างมากในช่วงอายุระหว่าง 40-50 ปี และจะลดลงมากเมื่ออายุ 60-70 ปี การมองเห็นลดลงในผู้สูงอายุ เกิดเนื่องจากโครงสร้างต่างๆ ของดวงตาเสื่อมลง และโรคในระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นองค์ประกอบที่ทำให้การมองเห็นลดลงได้เร็วกว่าปกติ จากการศึกษาส่วนมากพบว่า ถ้าอายุเกินกว่า 35 ปี ก็จะมีมากขึ้นได้มากกว่าวัยอื่นๆ ด้วย นอกจากนี้ภายหลังจากอายุ 20 ปีแล้ว ความแหลมคมในการมองเห็นภาพก็มักจะลดลงเรื่อยๆ (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2533: 73)

#### 2.5 เวลาในการตอบโต้ (Reaction time)

เวลาในการตอบโต้ ก็คือ เวลาในการที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งเร้าใดสิ่งเร้าหนึ่งว่าจะมีช่วงเวลายาวนานเท่าใด พบว่าผู้ใหญ่ที่มีอายุมากขึ้น เขาจะมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าช้าลงด้วย ดังนั้นบางสิ่งบางอย่างที่เป็นกิจกรรมสำคัญของผู้สูงอายุ จึงต้องได้รับการระมัดระวังเป็นพิเศษ เช่น การขับรถยนต์ หรือการเล่นกีฬาบางประเภท

Hodgkins (1962) ได้ศึกษาถึงเวลาในการโต้ตอบ จากผู้หญิงจำนวน 400 คน ที่มีอายุระหว่าง 6-84 ปี และได้พบว่าเวลาในการตอบโต้จะดีที่สุดในช่วงเด็กๆ จนกระทั่งถึงอายุ 19 ปี และจะคงที่



เรื่อยๆ ไปจนกระทั่งอายุ 26 ปี และจะเริ่มเสื่อมถอยลงเรื่อยๆ ภายหลังจากอายุ 26 ปี จนกระทั่งถึงอายุ 84 ปี (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2533: 76)

การศึกษาค้นคว้าทางด้านเวลาในการตอบโต้ ซึ่งมีส่วนสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการมีอายุมากขึ้นนั้น ในระยะตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 จนกระทั่งปัจจุบัน ทำให้ได้รับข้อมูลใหม่ๆ มากมายหลายประการจากการค้นพบนี้มีข้อสำคัญที่อาจสรุปได้ดังต่อไปนี้ คือ

1) เวลาในการตอบโต้สามารถปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้นได้ด้วยการปฏิบัติหรือการฝึกหัดกระทำอยู่เสมอๆ

2) ในการวัดเวลาในการตอบโต้ ถ้าหากใช้การวัดทางด้านความเร็ว (Speed) ในการตอบสนองเพียงด้านเดียว จากการศึกษาระหว่างผู้ใหญ่ที่หนุ่มกับผู้ใหญ่ที่แก่ พบว่าพวกคนแก่จะมีความเชี่ยวชาญในด้านการตอบสนองมากกว่าผู้ใหญ่ที่หนุ่มกว่า

3) ผู้ถูกทดลองที่เป็นผู้ใหญ่ที่มีอายุส่วนมาก จะระวังเกี่ยวกับความผิดพลาด หรือให้ความสำคัญกับความถูกต้อง (Accuracy) มากกว่าความเร็ว

4) ถ้าเปรียบเทียบระหว่างเพศ จะพบได้ว่า ผู้หญิงจะแสดงเวลาในการตอบโต้ได้รวดเร็วกว่าผู้ชาย

5) ทุกๆ ครั้งที่มีการเพิ่มจำนวนความสลับซับซ้อน ความยากลำบากในการตอบสนองแก่ผู้เรียนแล้ว เวลาในการตอบโต้จะยิ่งเพิ่มสูงขึ้นสำหรับผู้ใหญ่ที่มีอายุมาก

6) ความแตกต่างระหว่างบุคคลจะมีผลต่อเวลาในการตอบโต้โดยพบว่า บางครั้งคนที่มีอายุมากกว่า สามารถตอบสนองได้รวดเร็วและดีกว่าคนหนุ่ม

## 2.6 ข้อเสนอแนะในการสอนผู้สูงอายุ

Aiken ได้ให้คำแนะนำและสามารถที่จะใช้เทคนิคต่างๆ ดังต่อไปนี้ช่วยในการสอนผู้สูงอายุได้ คือ (Aiken 1978: 63-64)

1) จัดให้นักศึกษาผู้สูงอายุมีเวลาเพียงพอ (Ample time) สำหรับที่จะทำความเข้าใจในแต่ละบทเรียน หรือในภารกิจที่จะต้องปฏิบัติประกอบบทเรียนนั้น

2) ควรจะสอนบทเรียนซ้ำ (Repeat) อีกหลายๆ ครั้ง ถ้าหากมีความจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความเข้าใจได้ดีมากยิ่งขึ้น

3) ควรให้แรงเสริมในทางบวก (Positive reinforcement) โดยมีจำนวนมากพอสำหรับผู้เรียนที่มีความสามารถ และประสบความสำเร็จในบทเรียนนั้น

4) ควรจะกำหนดเป้าหมายระยะสั้นๆ (Short-term goal) ในการเรียนเพื่อที่ผู้สูงอายุจะสามารถปฏิบัติได้ภายในเวลาที่กำหนดให้

5) ควรกำหนดเวลาในการฝึกหัดและการเรียนให้มีระยะเวลาค่อนข้างสั้นสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะว่าผู้สูงอายุมีความเหนื่อยล้าได้ง่ายและเร็วกว่าหนุ่มสาว

6) ต้องระมัดระวังในเรื่องเกี่ยวกับปัญหาของความบกพร่องในการแลเห็น และการได้ยิน เสมอ สำหรับการสอนผู้สูงอายุให้มีแสงสว่างมากพอในห้องเรียน ใช้เสียงพูดในการสอนให้ดังมากพอได้ยินทุกคน และควรเขียนหนังสือให้มีขนาดใหญ่มากพอมองเห็นได้ทุกคน เป็นต้น

สรุปได้ว่า การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในวัยสูงอายุนั้น ควรเน้นให้ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้ มีการสำรวจความต้องการของตนเองและประเมินตนเอง กำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีการปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์เดิมนำมาส่งเสริมการทำงานร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่แนวทางที่ใช้ปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพตา

### 3. การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ สรีรวิทยา และจิตสังคม ในผู้สูงอายุ

#### 3.1 การเปลี่ยนแปลงของร่างกายและการทำงานของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ในผู้สูงอายุร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆในร่างกายของแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน กระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น จัดได้ว่าเป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อน การเปลี่ยนแปลงเมื่ออายุมากขึ้นเป็นกระบวนการเฉพาะตัวของแต่ละบุคคลในระดับสูงมาก ถึงแม้การเสื่อมลงของหน้าที่ทางสรีรวิทยาจะเกิดขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น แต่การเกิดขึ้นของแต่ละคนแตกต่างกันแปรได้มาก เช่น บางคนอายุ 80 ปี แต่อวัยวะบางอย่างอาจสามารถทำหน้าที่ได้เหมือนคนอายุ 50 ปี ดังนั้นการที่อายุเพิ่มขึ้นไม่เพียงแต่เป็นเรื่องของเฉพาะบุคคลของแต่ละคน ยังมีความเฉพาะของแต่ละอวัยวะอีกด้วย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุในระบบต่างๆมีดังนี้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545)

##### 3.1.1 การเปลี่ยนแปลงในระบบโครงร่าง ผิวหนัง (integumentary system)

เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นรูปร่างของมนุษย์จะเปลี่ยนแปลงไป คือหลังโก่งงอ หัวเข่าและสะโพกงอเล็กน้อย ทำให้ส่วนสูงของร่างกายลดลง จมูกกว้างขึ้น หูยาวขึ้น มีรอยข่นบนใบหน้า ซึ่งเกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อประกอบกับไขมันใต้ผิวหนังและความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง เมื่อผิวหนังหย่อนมากจึงถูกแรงโน้มถ่วงของโลกดึง ทำให้หนังตาดก หูยาว การเปลี่ยนแปลงของกระดูกและข้อก็จะมีการเปลี่ยนแปลงได้มากเนื่องจากปริมาณของกระดูกที่บริเวณแกนกลางสูญเสียเร็วกว่าบริเวณรอบนอก ทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุน ข้อต่อระหว่างบริเวณกระดูกสันหลัง หมอนรองกระดูกสันหลังบางลง รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง คือผิวหนังบางลง ความเหนียวของผิวหนังเพิ่มขึ้น เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่เหลือเจริญช้าลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนเซลล์เดิมลดลงถึง 50 เปอร์เซ็นต์ (Fretwell, 1993: 135) ทำให้การหายของแผลช้าลง เส้นใยอีลาสตินลดลง แต่เส้นใยคอลลาเจนใหญ่และแข็งตัวมากขึ้น จึงทำให้ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี น้ำและไขมันใต้ผิวหนังน้อยลง ทำให้ผิวหนังเหี่ยวและมีรอยข่นมากขึ้น สามารถมองเห็นปุ่มกระดูกได้ชัด

ขึ้น ประกอบกับการไหลเวียนเลือดที่ผิวหนังลดลงด้วย เหตุนี้ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย

ต่อมเหงื่อมีจำนวนและขนาดลดลง การทำงานลดลงทำให้ไม่สามารถขับเหงื่อได้ ดังนั้นการระบายความร้อนโดยวิธีการระเหยจึงไม่ดี ทำให้การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายเลวลง ต่อมาไขมันทำงานลดลงจึงทำให้ผิวหนังแห้ง คัน และแตกง่าย เซลล์สร้างสี (melanocytes) มีจำนวนลดลง ทำงานลดลง และกระจายตัวไม่สม่ำเสมอทำให้สีผิวจางลงเฉพาะที่และในบางตำแหน่ง แต่อาจมีริ้วรอยดำหรือฝ้าหรือมีจุดด่างดำเป็นแห่งๆ ซึ่งมักพบบริเวณใบหน้า แขน และหลังมือ ที่เรียกว่า ตกกระ (lentiginosa)(Fretwell, 1993:135) การสัมผัสแดดมากๆ มีผลทำให้ผิวหนังเสื่อมสภาพได้เร็ว เพราะแสงแดดทำให้เกิดความผิดปกติของยีนส์ที่ใช้ในการสร้างโปรตีน ทำให้เกิดการเสื่อมสภาพของโปรตีน การรับความรู้สึกต่ออุณหภูมิ การสัมผัสและอุณหภูมิและความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง เนื่องจากการทำงานของตัวรับการกระตุ้นที่ผิวหนังและการไหลเวียนเลือดปลายทางเลวลง จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดแผลและอุบัติเหตุที่ผิวหนังได้ง่าย

ผมและขนมีจำนวนลดลง อัตราการเจริญของผมและขนลดลงตามอายุ เมลา닌ซึ่งผลิตจากเซลล์สร้างสีของผมลดลง ทำให้ผมและขนทั่วไปสีจางลงกลายเป็นสีเทาหรือสีขาว เส้นผมร่วงและแห้งง่าย เนื่องจากการไหลเวียนเลือดบริเวณหนังศีรษะลดลง เส้นผมได้รับอาหารไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับภาวะเครียดตามวัยด้วย

เล็บแข็งและหนาขึ้น อัตราการเจริญของเล็บลดลงจาก 0.83 มม./สัปดาห์เมื่ออายุ 30 ปี เหลือ 0.52 มม./สัปดาห์ เมื่ออายุ 90 ปี (Christiansen and Grzybowski, 1993: 37) มุมที่โคนเล็บกว้างขึ้น สีเล็บเปลี่ยนเป็นสีเหลืองมากขึ้น

### 3.1.2 การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทระบบรับความรู้สึก (nervous system and special senses)

เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ ทำให้ขนาดของสมองและน้ำหนักของสมองลดลง และมีน้ำหล่อเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีสารไลโปฟัสซิน (lipofuscin) และ senile plaques ของ amyloid มาสะสมมากขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาท (conduction velocity) ลดลง เป็นเหตุให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำ งานบางครั้งอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวอาจทำงานไม่สัมพันธ์กัน ความจำลดลง โดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ๆ (recent memory) เพราะความสามารถในการเก็บข้อมูลลดลง แต่ความสามารถจำเรื่องราวเก่าๆในอดีต (remote memory) ได้ดี ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ลดลง

ลูกตามีขนาดเล็กลงและลึกเพราะไขมันของลูกตาลดลง หนึ่งตามีความยืดหยุ่นลดลง ทำให้หนังตาตก รูม่านตาเล็กลง ปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงลดลง ทำให้การปรับตัวสำหรับ

การมองเห็นในสถานที่ต่างๆไม่ดี โดยเฉพาะในสถานที่มืดหรือในเวลากลางคืน ต้องอาศัยแสงสว่างช่วยมากกว่าในวัยหนุ่มสาวจึงจะมองเห็นได้ดีขึ้น แก้วตาเริ่มขุ่นมัวมีสีเหลืองมากขึ้น ทำให้ความสามารถในการเทียบสีลดลง จึงแยกสีที่คล้ายกันได้ยากขึ้น กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมหน้าที่ สายตาวาวขึ้นมองเห็นภาพใกล้ไม่ชัด ความสามารถในการอ่านและลานสายตาลดลง การผลิตน้ำตาลดลงทำให้ตาแห้ง และเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อตาได้ง่าย ในผู้สูงอายุบางรายอาจพบมีน้ำตามากกว่าปกติเนื่องจากเกิดการอุดตันของท่อน้ำตา

การได้ยินลดลง หูตึง (presbycusis) มากขึ้น สาเหตุเนื่องมาจากมีการเสื่อมของ organ of Corti ซึ่งเป็นอวัยวะในหูชั้นในร่วมกับเส้นประสาทคู่ที่ 8 (auditory nerve) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยินสูญเสียหน้าที่ เชื้อแก๊วหูและอวัยวะในหูชั้นกลางแข็งตัวมากขึ้น ระดับเสียงสูงจะสูญเสียการได้ยินมากกว่าระดับเสียงต่ำ ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุบางคนจึงกลายเป็นคนชอบแยกตัว ขี้สงสัย และหวาดระแวงในเรื่องต่างๆ จี๋หูถูกผลิตลดลงแต่มีการสะสมของจี๋หูในช่องหูมากขึ้น เสียงพูดของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป เพราะมีการเสื่อมของกล้ามเนื้อกล่องเสียง สายเสียงบางลงและมีการเปลี่ยนแปลงในโพรงสะท้อนเสียง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัว ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง ประกอบกับระบบเวสติบูลาร์ทำงานลดลง มีการฝ่อลีบของ cochlea ผู้สูงอายุจึงมักมีอาการเวียนศีรษะ (vertigo) และเกิดอุบัติเหตุได้

การดมกลิ่นไม่ดีเพราะมีการเสื่อมของเยื่อโพรงจมูก ทำให้ผู้สูงอายุไม่รับรู้กลิ่นที่อาจก่อให้เกิดอันตราย เช่น กลิ่นก๊าซรั่ว หรือกลิ่นไฟไหม้ การรับรสของลิ้นเสียไปเนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนลดลง ประมาณ 2 ใน 3 ของต่อมรับรสจะตายเมื่ออายุ 70 ปี (Mummah and Smith, 1981: 23) และส่วนที่เหลือจะฝ่อลีบจึงทำหน้าที่ได้น้อยลง การรับรสนานจะสูญเสียการรับรสก่อนรสเปรี้ยว รสขม รสเค็ม จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุ รับประทานอาหารรสจัดขึ้น หรือรับประทานอาหารไม่อร่อย และเกิดภาวะเบื่ออาหาร

### 3.1.3 การเปลี่ยนแปลงในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (musculoskeletal system)

หลังอายุ 30 ปี จำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อพังผืด ไขมัน และคอลลาเจนเข้าแทนที่มากขึ้น มวลของกล้ามเนื้อลดลง มีการสะสมของสารไลโปฟิสิกซินมากขึ้น กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลงประมาณ 12-15 เปอร์เซ็นต์จากอายุ 30-70 ปี (Fletcher, 1999: 98) ระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวแต่ละครั้งจะนานขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวในลักษณะต่างๆ ช้าลง สาเหตุอาจเกิดจากการทำงานของระบบไร้ท่อลดลง ร่างกายขาดการออกกำลังกาย ขาดสารอาหาร และที่สำคัญคือประสิทธิภาพการทำงานของเอนไซม์ในกล้ามเนื้อ (myosin ATPase) ลดลง ปริมาณกลัยโคเจนและโปรตีนที่สะสมในกล้ามเนื้อลดลงตามจำนวน และขนาดของกล้ามเนื้อที่ลดลง เป็นเหตุให้ร่างกายของผู้สูงอายุเกิดภาวะเสียดุลไนโตรเจนได้ง่าย กล้ามเนื้ออาจมีการสั่น (tremor) เนื่องจาก extrapyramidal system เสื่อมสภาพ เอนไซม์แข็งตัวทำให้รีเฟล็กซ์ลดลง และกล้ามเนื้ออาจแข็งเกร็งได้

หลังอายุ 40 ปี อัตราการเสื่อมของกระดูกจะมากกว่าอัตราการสร้าง เซลล์กระดูกลดลง แคลเซียมมีการสลายออกจากกระดูกมากขึ้น แคลเซียมที่สลายออกจากกระดูกมักไปเกาะบริเวณกระดูกอ่อนในอวัยวะต่างๆ ที่สำคัญ คือ บริเวณกระดูกอ่อนขาโครง จึงเป็นเหตุให้ทรงอกเคลื่อนไหวน้อยลง การหายใจลำบากขึ้น ต้องอาศัยการทำงานของกระบังลมมากขึ้น นอกจากนี้ แคลเซียมอาจไปเกาะที่เนื้อเยื่ออื่นๆ เช่น ผนังหลอดเลือด ทำให้ความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดลดลง ความยาวของกระดูกสันหลังลดลง เพราะหมอนรองกระดูกบางลง กระดูกสันหลังยุบมากขึ้น ทำให้หลังค่อม

บริเวณข้อจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่าง และส่วนประกอบ ข้อใหญ่ขึ้น กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่างๆ บางลงและเสื่อมมากขึ้นตามอายุ น้ำไขข้อลดลง เป็นเหตุให้กระดูกเคลื่อนที่มาสัมผัสกัน จึงได้ยินเสียงกรอบแกรบขณะเคลื่อนไหว เกิดการเสื่อมของข้อ การเคลื่อนไหวของข้อต่างๆไม่สะดวก เกิดการติดแข็ง ข้ออักเสบและติดเชื้อได้ง่าย ทำให้มีอาการปวดตามข้อ ข้อที่พบว่ามีการเสื่อมได้บ่อย คือ ข้อเข่า ข้อสะโพก และข้อกระดูกสันหลัง

#### 3.1.4 การเปลี่ยนแปลงในระบบการไหลเวียนเลือด (cardiovascular system)

ในผู้สูงอายุลักษณะโครงสร้างของหัวใจไม่เปลี่ยนแปลง กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบมีเนื้อเยื่อพังศืด ไขมัน และสารไลโปพิตซินมาสะสมภายในเซลล์มากขึ้น ขนาดของหัวใจอาจเล็กลงหรือโตขึ้นก็ได้ ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้นมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้การปิดเปิดของลิ้นหัวใจไม่ดี เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่ว และตีบได้ หลอดเลือดเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากขึ้น ผนังหลอดเลือดฝอยหนาขึ้น ทำให้การแลกเปลี่ยนอาหารและของเสียลดลง ผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง เพราะมีเส้นใยคอลลาเจนมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว ความเร็วของซีพจรลดลง หลอดเลือดฝอยไม่สมบูรณ์และเปราะบาง ทำให้เกิดรอยฟกช้ำได้ง่าย เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง

ปริมาณเลือดทั้งหมดในร่างกายคงที่ เม็ดเลือดแดงมีอายุคงที่ แต่การสร้างทดแทนเซลล์เก่าจะช้าลง เนื่องมาจากการขาดสารอาหารที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเม็ดเลือดแดง เช่น ธาตุเหล็ก ทำให้จำนวนเม็ดเลือดแดงและระดับฮีโมโกลบินลดลง ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางได้ง่ายขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทั้งระบบทำงานลดลง ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย

#### 3.1.5 การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินอาหาร (digestive system)

ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เคลือบฟันบางลง แดงง่าย และมีสึกล้ำขึ้น เพราะมีการดูดซึมสารที่มีสีเข้าไปสะสมมากขึ้น เหงือกที่หุ้มคอฟันร่นลงไป ทำให้ฟันยาวขึ้น เซลล์สร้างฟันลดลงมีเนื้อเยื่อที่พังศืดเข้ามาแทนที่มากขึ้น ทำให้การสร้างฟันลดลงทั้งปริมาณและคุณภาพ ฟันผุและหลุดร่วงง่ายขึ้น เป็นเหตุให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวก ต้องรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย ต่อมน้ำลายเสื่อมหน้าที่ มีเนื้อเยื่อพังศืดและไขมันสะสมมากขึ้น การผลิตเอ็นไซม์และน้ำลายลดลง

ทำให้การย่อยแป้งและน้ำตาลในปากลดลง ปากและลิ้นแห้ง การติดเชื้อมากขึ้น การรับรสของลิ้นเสียไป จึงเกิดภาวะเบื่ออาหารมากขึ้น

เซลล์บริเวณหลอดอาหารเปลี่ยนแปลง การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลง หลอดอาหารมีขนาดกว้างขึ้น เนื่องจากกล้ามเนื้อของหลอดอาหารและคอหอยอ่อนกำลังลง ทำให้ระยะเวลาที่อาหารผ่านหลอดอาหารช้าลง กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายหลอดอาหารห่อนตัวและทำงานช้าลง เป็นเหตุให้อาหารในกระเพาะอาหารสามารถย้อนกลับขึ้นมาในหลอดอาหารได้ง่าย ทำให้รู้สึกแสบขอดอก

การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อและการทำงานของกล้ามเนื้อในกระเพาะอาหารลดลง การไหลเวียนเลือดตลอดทางเดินอาหารลดลง หลอดเลือดบางแห่งโป่งพองทำให้มีโอกาสเกิดการตกเลือดในทางเดินอาหารได้ง่าย เชื้อบุทางเดินอาหารบางลงและเสื่อมหน้าที่ เนื่องจากการแบ่งตัวของเซลล์ลดลง เป็นเหตุให้การย่อยและการดูดซึมสารอาหารต่างๆ ในลำไส้เล็กไม่ดี จึงเกิดภาวะขาดสารอาหารได้ การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง ประกอบกับการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลง ร่างกายเคลื่อนไหวน้อย การกระหายน้ำน้อยลง จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะท้องผูกมากขึ้น บางรายมีกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกที่ทวารหนักห่อนตัว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ และถ่ายอุจจาระกระปริบกระปรอย

### 3.1.6 การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ (genitourinary system)

ขนาดและน้ำหนักของไตลดลง การทำงานของไตลดลง ทำให้การดูดกลับของสารต่างๆ น้อยลง ความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้นขึ้นลดลง เป็นเหตุให้ปัสสาวะเจือจางมากขึ้น ร่างกายเกิดการสูญเสียน้ำและอิเล็กโตรลัยท์ได้

กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง การบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะจึงลดลง ทำให้มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น ประกอบกับขนาดของกระเพาะปัสสาวะลดลง ความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง ดังนั้นผู้สูงอายุจึงปัสสาวะบ่อย

ในผู้ชายต่อมลูกหมากจะโตขึ้นและผลิตสารคัดหลั่งได้น้อยลงพบได้ถึง 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี (Elipoulos, 1993: 49) ทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบากต้องถ่ายบ่อยครั้ง ลูกอัณฑะเหี่ยวเล็กลง และผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยลง ในเพศหญิงรังไข่ฝ่อเล็กลง ฝักรังไข่ซีดขาวและบวมมากขึ้น ปีกมดลูกเหี่ยว มดลูกมีขนาดเล็กลง เชื้อบุภายในมดลูกแบนเรียบปราศจากขน และมีเนื้อเยื่อพังผืดมากขึ้น ปากมดลูกเหี่ยวและขนาดเล็กลง ไม่มีเมือกหล่อลื่น ช่องคลอดแคบและสั้นลง เชื้อบุช่องคลอดบางลงทำให้ผลิตสารหล่อลื่นได้น้อยลง รอยขุ่นและความยืดหยุ่นของช่องคลอดลดลง เป็นเหตุให้เกิดความรู้สึกเจ็บในระหว่างร่วมเพศและความรู้สึกทางเพศลดลง ช่องคลอดสีชาซีดเพราะมีเลือดมาเลี้ยงน้อยลง ภายในช่องคลอดมีสภาพเป็นต่างมากขึ้น ทำให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย

อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเหี่ยวขุ่น เพราะมีไขมันใต้ผิวหนังลดลง กล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานหย่อนตัว ทำให้เกิดภาวะกระบังลมหย่อน และกลั้นปัสสาวะไม่ได้

### 3.1.7 การเปลี่ยนแปลงในระบบต่อมไร้ท่อ (endocrine system)

น้ำหนักต่อมใต้สมองลดลง 20 เปอร์เซ็นต์ (Eliopoulos, 1993: 56) มีเนื้อเยื่อพังผืดเข้าแทนที่มากขึ้น การไหลเวียนเลือดที่ต่อมใต้สมองลดลงการผลิตฮอร์โมนต่างๆ ลดลง

ต่อมธัยรอยด์มีน้ำหนักไม่เปลี่ยนแปลงแต่มีเนื้อเยื่อพังผืดมาสะสมมากขึ้น การทำงานของต่อมธัยรอยด์ลดลงตามอายุเนื่องจากกลไกการกระตุ้นต่อมธัยรอยด์จาก TSH ล้มเหลว ทำให้ระดับไตรไอโอโดทัยโรนิน (T3) มีปริมาณลดลง 25-40 เปอร์เซ็นต์หลังอายุ 60 ปี แต่ระดับธัยรอยซิน (T4) ยังคงที่ อัตราการสร้าง และสลายของธัยรอยด์ฮอร์โมนในผู้สูงอายุลดลง ดังนั้น อัตราการครองธาตุในภาวะพื้นฐาน (basal metabolic rate) จึงลดลง 20 เปอร์เซ็นต์จากอายุ 20-90 ปี เป็นผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะ hypothyroidism ซึ่งจะพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ทำให้มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และน้ำหนักลดลงได้ (Fretwell, 1993: 131)

ต่อมพาราธัยรอยด์ทำงานลดลงตามอายุ แต่การทำงานของฮอร์โมนพาราธัยรอยด์จะเพิ่มขึ้นในวัยสูงอายุ เพราะระดับเอสโตรเจนซึ่งออกฤทธิ์ด้านการทำงานของฮอร์โมนพาราธัยรอยด์มีระดับลดลง

ต่อมหมวกไตส่วนนอก (adrenal cortex) มีเนื้อเยื่อพังผืดและรงควัตถุเพิ่มขึ้น อัตราการหลั่งของคอร์ติซอลลดลง 25 เปอร์เซ็นต์ (Christiansen and Grzybowski, 1993: 256) ซึ่งจะมีผลกระตุ้นกลับให้ต่อมใต้สมองมีการสร้าง ACTH ในร่างกายเพิ่มขึ้นได้ ระดับแอลโดสเตอโรนทั้งในเลือดและในปัสสาวะลดลง 50 เปอร์เซ็นต์ ทำให้มีการสูญเสียโซเดียมออกไปกับปัสสาวะมากขึ้น การหลั่งเรนิน (renin) ลดลงตามอายุ และไม่ตอบสนองต่อการลดลงของระดับโซเดียม การเปลี่ยนท่าทางหรือการออกกำลังกาย ระดับฮอร์โมนเพศจากต่อมหมวกไตลดลง ระดับ 17-คีโตสเตอรอยด์ในปัสสาวะลดลง 50 เปอร์เซ็นต์ของในวัยหนุ่มสาว (Fretwell, 1993: 132)

ต่อมหมวกไตส่วนใน (adrenal medulla) ผลิตอีพิเนฟริน และนอร์อีพิเนฟริน ในระดับคงที่เมื่อถูกกระตุ้น แต่ในผู้สูงอายุต้องอาศัยระยะเวลาในการหลั่งนานกว่าวัยอื่นๆ

ตับอ่อนหลังอินซูลินลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารคงที่ เนื้อเยื่อต่างๆ ภายในร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินน้อยกว่าปกติ เป็นผลให้ระดับความทนต่อน้ำตาล (glucose tolerance) ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ระดับกลูคาگونลดลงและตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นช้าลง

ต่อมเพศทำงานลดลง และไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง คือ FSH และ LH รังไข่หยุดทำงานไม่หลังเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน ดังนั้นแหล่งผลิตเอสโตรเจนที่สำคัญในผู้สูงอายุ คือ ต่อมหมวกไตส่วนนอกในเพศหญิงการลดระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนจะมีผลทำให้ผู้สูงอายุไม่มีประจำเดือน อวัยวะต่างๆ ในระบบสืบพันธุ์เสื่อมลงและสูญเสียน้ำที่ขุ่นบริเวณรักแร้และหัวเหน่าลดลง ผู้สูงอายุบางรายอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจได้โดยอาจมี

อาการหงุดหงิด โกรธง่าย ตกใจง่าย ซึมเศร้า ฯลฯ สำหรับเพศชาย การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นน้อยกว่าในเพศหญิง เพราะการหลั่งฮอร์โมนเพศชายค่อยๆ ลดลงทีละน้อยแต่ก็มีผลทำให้ลักษณะของเพศชาย (secondary sex characteristic) ลดลงได้แก่ กล้ามเนื้อขนาดเล็กลง ขนน้อยลง เสียงเล็กลงได้ ความรู้สึกทางเพศในผู้สูงอายุอาจเพิ่มขึ้นหรือลดลงขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและการหาทางออกของพฤติกรรมในผู้สูงอายุ แต่ส่วนมากมักพบผู้สูงอายุมีความสนใจและรู้สึกทางเพศมากขึ้น นอกจากนั้น ยังถือว่าความสุขทางเพศเป็นส่วนสำคัญในชีวิตคู่ด้วย โดยพบว่าเมื่ออายุ 60 ปี ผู้สูงอายุ 7 ใน 10 คู่ จะยังคงมีกิจกรรมทางเพศ (sexual activity) และหลังอายุ 75 ปี พบ 1 ใน 4 คู่ (Jones, 1996: 59)

การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาในผู้สูงอายุจะดำเนินต่อเนื่องไปอย่างช้าๆ และจะมีผลทำให้เกิดความเสื่อมและชราภาพของอวัยวะในระบบต่างๆ มากขึ้นเรื่อยๆ การที่พยาบาลสามารถเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น สามารถแยกสิ่งผิดปกติออกจากสิ่งปกติที่เปลี่ยนแปลงไปในผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีผลทำให้สามารถแปลข้อมูลต่างๆ ที่พบในผู้สูงอายุ วินิจฉัยการพยาบาล และให้การพยาบาลอย่างถูกต้อง

### 3.2 การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมในวัยสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมในวัยสูงอายุ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่อไปนี้

#### 3.2.1 การเปลี่ยนแปลงของสังคมครอบครัว

ในปัจจุบันสังคมครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น เมื่อลูกๆ โตขึ้นเป็นหนุ่มสาวจะแต่งงานแยกกันออกไป หรือไปประกอบอาชีพในต่างถิ่น ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กันตามลำพัง ถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่ง โดยเฉพาะในรายที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ปัญหาของผู้สูงอายุจะมีมากขึ้น นอกจากนั้นการตายจากไปของคู่ครอง ทำให้ผู้สูงอายุที่ยังมีชีวิตต้องประสบกับความเหงาค่อนข้างรุนแรง และขาดการตอบสนองทางเพศ ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มักมีความผูกพันกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยและสังคม ชุมชนที่เคยชิน ไม่อยากเปลี่ยนแปลงหรือลดบทบาทของตนเองจากหัวหน้าครอบครัว ไปเป็นสมาชิกของครอบครัว จึงไม่อยากจากบ้านไปอยู่ร่วมกับครอบครัวของลูกหลาน ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาการไม่ให้เกิดรักกัน ขาดการเคารพนับถือ ขาดความสนใจและเกื้อกูลต่อกันภายในครอบครัว ดังนั้นผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น ในรายที่ไม่สามารถทำได้ และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น อาจทำให้เกิดความกดดันทางจิตใจ ถ้าผู้สูงอายุไม่ยอมรับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป

#### 3.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม

สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากสังคมเกษตรกรรมเปลี่ยนเป็นสังคมอุตสาหกรรม ความเจริญก้าวหน้ามีมากขึ้น ลูกหลานเริ่มมีเจตคติต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุมีคุณค่าลดลง เพราะคนรุ่นหลังไม่ต้องพึ่งพาการถ่ายทอดความรู้ อาชีพ และประสบการณ์เหมือนในอดีต ผู้สูงอายุมีประโยชน์เพียงเป็นคนเฝ้าบ้าน ช่วยดูแลลูกหลาน การเคารพนับถือและการกตัญญูรู้คุณมีน้อยลง มโนทัศน์ของคนส่วนใหญ่ในสังคมเปลี่ยนแปลง ยึดถือด้านวัตถุนิยม คือเศรษฐกิจเป็น



สำคัญ วัตถุประสงค์ของคน โดยอาศัยความสามารถในการทำงานหาเงิน ดังนั้นผู้สูงอายุจึงถูกมองว่าขาดคุณค่า ขาดความสามารถ ทำให้ผู้สูงอายุแยกตนเองออกจากสังคมกลายเป็นสมาชิกกลุ่มน้อยและมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปตามแบบอย่างของสมาชิกกลุ่มน้อย คือ มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย ใจน้อย มีความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย คิดถึงแต่ตนเอง มีความวิตกกังวลสูง โกรธง่าย ฟุ้งพ้ออาศัยผู้อื่นมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจมีน้อยแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสภาวะเหตุการณ์ สิ่งแวดล้อม และภาวะวิกฤตซึ่งแต่ละคนกำลังเผชิญอยู่ ความสามารถในการเผชิญกับปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่ามีศักดิ์ศรีของตนเอง ปรัชญาในการดำเนินชีวิต ความเชื่อความหวังและความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยในสังคม ในรายที่มีแรงกดดันมากๆและผู้สูงอายุปรับตัวไม่ได้ บุคลิกภาพจะเสื่อมมากขึ้น กลายเป็นภาระของสังคม ก่อให้เกิดปัญหาทางจิต อาจทำลายตัวเองและผู้อื่นได้

### 3.2.3 การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม

ปัจจุบันวัฒนธรรมไทยเปลี่ยนแปลงเป็นวัฒนธรรมทางตะวันตกมากขึ้น ในขณะที่ผู้สูงอายุยังมีความคิดเห็นที่คงที่ ยึดมั่นกับคตินิยมของตนเอง ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมดั้งเดิม ซึ่งเป็นผลมาจากความสามารถในการเรียนรู้ และความจำเกี่ยวกับสิ่งใหม่ๆ ลดลง แต่ยังสามารถจำเรื่องราวเก่า ซึ่งเป็นสิ่งที่ประทับใจได้ดี จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดการต่อต้านความคิดใหม่ๆ ก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยมากขึ้น ผู้สูงอายุกลายเป็นคนล้าสมัย จู้จู้บับัน ทำให้ลูกหลานไม่อยากเลี้ยงดู กลายเป็นส่วนเกินของครอบครัว ผู้สูงอายุจึงแยกตนเองและเกิดความรู้สึกท้อแท้มากขึ้น

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยในหลายด้าน การเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมเป็นส่วนหนึ่ง ซึ่งผู้สูงอายุต้องเรียนรู้ ทำความเข้าใจ และปรับตัวให้ยอมรับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

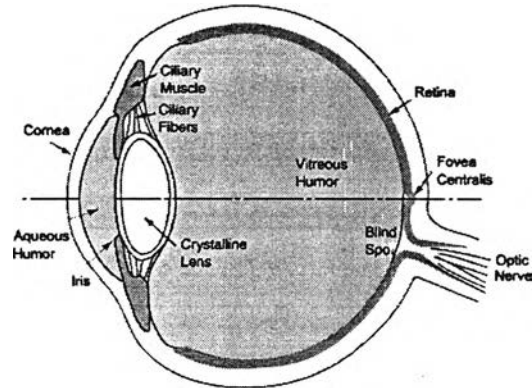
## 4. การเปลี่ยนแปลงในดวงตาของผู้สูงอายุ

บุคคลเมื่ออายุมากขึ้นอวัยวะต่างๆของร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง ดวงตาของคนเราก็เช่นกัน สายตาคือที่สุดจะมองเห็นชัดเจนในระยะหนุ่มสาว เมื่ออายุมากขึ้นความสามารถในการมองเห็นจะค่อยๆลดลงเรื่อยๆ เมื่ออายุ 50 ปี และจะลดลงมากเมื่ออายุ 60-70 ปี การมองเห็นลดลงในผู้สูงอายุ เกิดเนื่องจากโครงสร้างต่างๆ ของดวงตาเสื่อมลง และโรคในระบบต่างๆของร่างกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นองค์ประกอบที่ทำให้การมองเห็นลดลงได้เร็วกว่าปกติ

### การเปลี่ยนแปลงในดวงตาของผู้สูงอายุ

การมองเห็นชัดขึ้นอยู่กับโครงสร้าง และหน้าที่อันละเอียดอ่อนที่ติของดวงตา รวมไปถึงสมองที่รับรู้การมองเห็นภาพ และแสงผ่านกระจกตา (Cornea) รูม่านตา (Pupil) เลนส์แก้วตา (Lens) น้ำวุ้นในตา (Vitreous) ตู้ออประสาทตา (Retina) เลนส์แก้วตามีหน้าที่ปรับภาพให้ชัดตกลงกลางจอ

ประสาทตา เซลล์ประสาทจากจอประสาทตา นำกระแสประสาทไปสู่สมองส่วนท้ายทอย เพื่อแปลภาพการมองเห็น ส่วนประกอบของดวงตาที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นเหล่านี้จะเสื่อมลงในผู้สูงอายุ ทำให้การมองเห็นลดลง หรือเป็นโรคของตนเอง และโรคในระบบอื่นๆของร่างกายร่วมด้วย (อารี สุจิมนัสกุล, 2542: 6)



### แผนภาพที่ 2 แสดงส่วนประกอบของดวงตา ที่ใช้ในการมองเห็น

ส่วนประกอบของตาที่ไม่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น มีหน้าที่เป็นเกราะคอยป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับดวงตา เช่น เปลือกตา ขนตา กล้ามเนื้อตา ระบบน้ำตา ในผู้สูงอายุอวัยวะต่างๆเหล่านี้จะเสื่อมลงเช่นกัน เช่น เปลือกตาท่อน (Dermatochalasis) ทำให้บึ้งรุ่มานตา มองไม่เห็น หรือกำบังกล้ามเนื้อตาอ่อนแรง (Blepharocharasis) ผู้สูงอายุจะจ้องมองข้างบนได้ลำบาก การมองเข้าหากันของตาทั้งสองข้างก็จะมองได้ยากเช่นกัน ปัญหาของระบบน้ำตา ผู้สูงอายุจะมีน้ำตาไหล หรือตาแห้ง (dry eye) เนื่องจากน้ำตาลดน้อยลง และเสื่อมคุณภาพ (อารี สุจิมนัสกุล, 2542: 6)

การเสื่อมของอวัยวะละเอียดอ่อนภายในดวงตาซึ่งทำให้การมองเห็นลดลงในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย (อารี สุจิมนัสกุล, 2542: 7-8)

1) กระจกตา (Cornea) ซึ่งอยู่ส่วนหน้า เปรียบเสมือนหน้าต่างของดวงตา มีผิวหน้าโค้งเรียบใส เมื่อแสงจากวัตถุผ่านกระจกตา จะเกิดการหักเหของแสง ในผู้สูงอายุชั้นต่างๆของกระจกตาเปลี่ยนแปลงไป บางชั้นแบน บางชั้นหนาขึ้น บางชั้นมีความหนาแน่นมากขึ้น การเสื่อมของกระจกตามักเป็นกับตาทั้ง 2 ข้าง พบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี คนอายุมากกว่า 80 ปี พบเกือบทุกคน และมักเกิดในผู้ชายเร็วกว่าผู้หญิง

2) ตาขาว (Sclera) เกิดการเปลี่ยนแปลงในคนอายุ 60 ปีขึ้นไป เนื้อของตาขาวจะเสื่อมและบางลง นอกจากนี้ตาขาวจะเป็นสีเหลืองในบริเวณที่ล้อมตา เพราะมีไขมันเกาะ และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทุกวัน ปัญหาเหล่านี้จะไม่มีอาการแสดง และไม่มีโรคแทรกซ้อน

3) รูม่านตา (Pupil) ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี รูม่านตาจะมีขนาดเล็กลง ทำให้แสงเข้าสู่ตาได้น้อยกว่าปกติ เกิดจากความเสื่อมของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (connective Tissue) รวมถึงการเสื่อมของหลอดเลือดในม่านตา การแข็งตัวของกล้ามเนื้อหูรูด (Sphinctor muscle) ที่ควบคุมการหดตัวของ

รูม่านตาเมื่อมีแสงเข้าตา รูม่านตามีปฏิกิริยากับแสงน้อย เมื่อเข้าสู่ที่มีผลการปรับตัวของรูม่านตาให้ขยายจะปรับได้ยาก ความไวของตาในการรับแสงในที่มืดจะช้าลง การมองเห็นในที่มืดของผู้สูงอายุจะไม่เท่าคนปกติ

4) เลนส์แก้วตา (Lens) เลนส์แก้วตาจะเจริญต่อเนื่อง จะมีการสร้างเส้นใยตลอดเซลล์ที่เกิดก่อนจะค่อยๆอัดแน่นตรงกลาง เมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไปเลนส์แก้วตาจะเริ่มแข็ง การทำงานของกล้ามเนื้อซีเลียรี (Ciliary muscles) ลดน้อยลง ทำให้ผิวของเลนส์แก้วตาโค้งนูนได้น้อยความสามารถในการเพ่งปรับสายตามองวัตถุที่อยู่ใกล้ลดลง ดังนั้นเมื่ออ่านหนังสือจะทำให้ตาพร่ามัวปวดตา ทำงานละเอียดไม่ได้ ต้องใช้แว่นช่วย และต้องเพิ่มแสงให้มากขึ้น นอกจากนี้ในผู้สูงอายุพบว่าเลนส์แก้วตาจะค่อยๆเปลี่ยนไปเป็นสีเหลือง และจะดูดซึมแสงสีน้ำเงินและแสงสีม่วงไว้มากแสงทั้งสองสีนี้ผ่านไปยังจอประสาทตาได้น้อย ทำให้มองเห็นสีเหล่านี้ลดลงหรือผิดไป ภาวะที่เลนส์แก้วตาขุ่น หรือสูญเสียความโปร่งแสง ภาพตกไม่ถึงจอประสาทตา เรียกว่า ต้อกระจก (Cataract)

5) วัุ้นตา (Vitreous) ในผู้สูงอายุพบวัุ้นตาเสื่อม (Vitreous degeneration) เป็นก้อนกลมสีขาวเล็กๆ ประกอบด้วยแคลเซียมและไขมัน ลอยกระจายในวัุ้นตา จะมองเห็นเป็นจุดดำหรือเส้นสีดำลอยไปมา (Floaters) ผ่านหน้าตานสายตา ถ้าวัุ้นตาเสื่อมมากขึ้น ทำให้เกิดความผิดปกติที่จอประสาทตาต่อไปได้มาก เช่น จอประสาทตาหลุด หรือฉีกขาด

6) จอประสาทตา (Retina) เป็นส่วนสำคัญในการรับภาพ ในผู้สูงอายุแสงจะผ่านถึงจอประสาทตาได้น้อยลง สาเหตุจากกระจกตา ม่านตา เลนส์แก้วตา และน้ำวัุ้นตาเสื่อมสภาพ จึงต้องเพิ่มแสงให้มากเพียงพอ จึงจะทำให้เห็นชัดขึ้น จอประสาทตาในผู้สูงอายุมีหลอดเลือดแดงแข็งตัว ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณจอประสาทตาเสื่อมสภาพลง ซึ่งส่งผลให้มีการมองเห็นลดลงได้

7) เส้นประสาทตา (Optic Nerve) เส้นประสาทตาของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงโดยเสื่อมสภาพได้เช่นกัน เนื่องจากหลอดเลือดแข็งตัว เกิดการอุดตันและขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลให้การมองเห็นลดลงจนถึงมองไม่เห็นเลย หรือมองเห็นสีผิดปกติ

การเปลี่ยนแปลงของดวงตาของผู้สูงอายุจะเป็นไปในทางที่เสื่อมลง เพราะฉะนั้นการดูแลสุขภาพตาในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้มองเห็นได้ยาวนานตามอายุ พยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตา เพื่อป้องกันปัญหาตาบอดและสายตาพิการที่จะเกิดขึ้นในผู้สูงอายุและส่งเสริมสุขภาพตาให้ดีขึ้น

## 5. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตาและการป้องกันโรคตาในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมของอวัยวะต่างๆในร่างกาย การมองเห็นลดลงมีสาเหตุจากการเสื่อมของโครงสร้างและหน้าที่ของดวงตา รวมทั้งอวัยวะประกอบรอบดวงตาเสื่อมลง การที่สายตา

เสื่อมลงเป็นปัญหาของผู้สูงอายุ อาจได้รับบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ และไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันประจำวันได้ ส่งผลทำให้เกิดความวิตกกังวล ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งอันจะนำไปสู่ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ป้องกันการเกิดภาวะตาบอดหรือสายตาสั้น การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และมีความสำคัญต่อการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของบุคคลเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งจะนำไปสู่ความปกติสุขของชีวิต (Walker, et al., 1990; Pender, 2002) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย (วีระ อิงคภาสกร, 2545)

5.1 การออกกำลังกาย เป็นการกระทำหรือปฏิบัติของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย วิธีออกกำลังกาย เพื่อเป็นการเพิ่มความแข็งแรงให้กับร่างกาย และเป็นประโยชน์กับสุขภาพ ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและทำอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 20 นาที หรือมากกว่า (Hogstel, 1994: 97; Pender, 1996: 186) การออกกำลังกายจะเป็นการทำให้ระบบการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดดี ลดความดันโลหิตที่สูง ลดโคเรสเตอรอล เพิ่มประสิทธิภาพการไหลเวียนของโลหิตทั่วร่างกาย ซึ่งทำให้การไหลเวียนของโลหิตรอบดวงตาดีขึ้น ลดปัญหาของภาวะเสื่อมของดวงตาได้ และยังทำให้ไม่อ้วน มีผลทางด้านจิตใจผ่อนคลายความเครียด การลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ทำให้อารมณ์แจ่มใส เพลิดเพลิน กระปรี้กระเปร่า มีชีวิตชีวา เป็นต้น (Pender, 1996: 187-188) ซึ่งประโยชน์ของการออกกำลังกาย ล้วนเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคตา การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ควรออกกำลังกายอย่างช้าๆ ไม่หักโหม ไม่เหนื่อยจนเกินไป และควรมีระยะเวลาผ่อนคลายภายหลังออกกำลังกายทุกครั้ง การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุได้แก่ การเดิน การรำมวยจีน การบริหารร่างกาย เป็นต้น ในส่วนของการออกกำลังกายของดวงตา (Eye Exercises) นั้นพบว่าหากผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายของดวงตาสม่ำเสมอจะส่งผลให้มีสุขภาพตาที่ดี การออกกำลังกายของดวงตา เช่น การบริหารตา โดยการทำ Eye Comfort Exercises คือการกระพริบตาบ่อยๆเพื่อให้มีน้ำหล่อเลี้ยงดวงตา โดยเฉพาะในผู้สูงอายุซึ่งพบว่ามักจะมีปัญหาตาแห้งเนื่องจากอวัยวะในการผลิตน้ำหล่อเลี้ยงตาเสื่อมลง และการมองแสงธรรมชาติจะช่วยให้ตาได้ผ่อนคลายมากขึ้น Eye Movement คือการเคลื่อนไหวของตา โดยการปิดตาและกลอกตาขึ้นลง และกลอกตาไปทางซ้าย ขวา อย่างช้าๆ การทำ Focus Change โดยการนำนิ้วห่างจากหน้า 2-3 นิ้ว และมองตรงปลายนิ้ว เคลื่อนนิ้วให้ห่างออกไป การบริหารดวงตาเหล่านี้หากได้ปฏิบัติก็จะทำให้มีสุขภาพตาดีได้ (วีระ อิงคภาสกรและคณะ (2545)

จากการศึกษาของวิไลวรรณ ทองเจริญและคณะ (2539: 120) ที่ได้ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในโครงการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไปร้อยละ 47.5 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภา วิไลเลิศ (2536: 52)

พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพทางด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่จะออกกำลังกายจากการทำงานบ้านที่ไม่ได้ใช้แรงมากและเป็นการออกกำลังกายที่ใช้เวลาสั้นๆ และไม่ต่อเนื่อง แต่การศึกษาของชวลี โหมยิตทาภิวัฒน์ (2534: 52) พบว่าผู้ป่วยโรคข้อหินเรื้อรังมีการออกกำลังกายน้อย ทั้งนี้เพราะโรคข้อหินเรื้อรังทำให้เกิดการมองเห็นลดลง เป็นเหตุให้ผู้ป่วยโรคข้อหินเรื้อรังลดกิจกรรมการออกกำลังกายลง ซึ่งการศึกษาของวันดี เข้มจันทร์ฉาย (2538: 43) พบว่า ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายค่อนข้างน้อย เนื่องจากไม่มีเวลา ระยะทางห่างไกลจากสถานที่ออกกำลังกาย มีอาการอ่อนเพลีย และขาดแรงจูงใจ การศึกษาของสุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539: 91) ก็พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ และจากการศึกษาของวาสนา เกื่อนวงษ์ (2540: 121-122) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย เพราะ สุขภาพไม่แข็งแรง ลูกนั่งหรือเดินไม่สะดวก ถ้าออกกำลังกายกลัวไม่สบายมากขึ้น คิดว่าการทำงาน เช่น งานบ้าน ขาดของ เป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว และไม่มีเพื่อนร่วมออกกำลังกายด้วย ในกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่อยากออกกำลังกายแต่กลัวว่าจะไม่มีคนช่วยเหลือถ้าเกิดมีเหตุการณ์กะทันหันขึ้นมา ซึ่งสาเหตุที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกายนั้นเนื่องมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจ และไม่เห็นความสำคัญของการออกกำลังกายที่ถูกต้องเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย

5.2 การบริโภคอาหาร เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัย และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ผู้สูงอายุ ไม่จำเป็นต้องรับประทานอาหารเฉพาะโรค ถ้าไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย แต่ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีคุณค่าสูง ครบทุกประเภท ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคคลโดยทั่วไป เพื่อเสริมสร้างให้ร่างกายแข็งแรง แต่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาของสายตา เช่น สายตามองเห็นไม่ชัด ก็จะทำให้การมองเห็นสีสรรต่างๆของอาหารลดลง ทำให้การเจริญอาหารลดลงได้ ประกอบกับความสูงอายุทำให้การทำงานของระบบประสาทลดลงทำให้การรับรู้รสชาติ และกลิ่นอาหารลดลงไปด้วย เกิดการเบื่ออาหารไม่รู้สึกลอยากรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่เป็นครบทุกประเภทในแต่ละวัน คือ เนื้อสัตว์ ข้าวหรือแป้ง ไขมัน ผักและผลไม้ โดยเฉพาะผักและผลไม้ที่มีกากหรือเส้นใยสูง และการส่งเสริมการบริโภคผักและผลไม้ก็จะเป็นการช่วยให้ภาวะโภชนาการ วิตามิน และแร่ธาตุอยู่ในภาวะสมดุล (ไกรสิทธิ์ ดันติศิริพันธ์, 2540: 51-53 ; Pender,1996: 212) การได้รับประทานผักและผลไม้มีประโยชน์ต่อร่างกายหลายประการได้แก่ ทำให้ระบบการย่อยอาหารและการเผาผลาญอาหารในร่างกายมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ระบบขับถ่ายดีด้วย และไม่มีโคเลสเตอรอล ซึ่งทำให้ระบบขับถ่ายดีด้วย สำหรับในส่วนของวิตามินและเกลือแร่ที่พบว่ามีมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ วิตามินเอมีความสำคัญสำหรับดวงตา มีมากในตับ ปลา พืช ผัก ผลไม้ที่มีสีเหลือง เช่น มะละกอ ฟักทอง แครอท และผักสีเขียวแก่ การขาดวิตามินเอทำให้เยื่อตาแห้ง กระจกตาน้ำ มีผลต่อจอประสาทตา การปรับตัวในที่มืดช้า ลานสายตาผิดปกติ จอประสาทตาจึงควร

ได้รับวิตามินเออย่างต่อเนื่องและเพียงพอ หลีกเลี่ยงการดื่มของมีนเมา ซึ่งแม้บริโภคในปริมาณน้อยก็มีผลทำให้ประสาทตาฝ่อได้

จากการศึกษาของศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539: 91) พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการศึกษาของสุดา วิไลเลิศ (2536: 52) พบว่า พฤติกรรมสุขภาพทางด้านการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุอยู่ในระดับที่ดี สามารถปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ได้ถูกต้องและสามารถเลือกสรรประเภทของอาหารที่มีคุณค่าหรือมีประโยชน์ต่อร่างกายได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับวันดี เข้มจันทร์ฉาย (2538: 40) ก็พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีคะแนนอยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดรับประทานอาหารเป็นเวลา ครบวันละ 3 มื้อ อาหารส่วนใหญ่ประกอบด้วยอาหารหลักครบ 5 หมู่ แต่จากการศึกษาของวิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ (2539: 120) พบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 47.5 และอยู่ในระดับไม่คิดถึงร้อยละ 15.6 ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากผู้สูงอายุทราบตนเองว่ามีโรคประจำตัวจึงมีการจำกัดการรับประทานอาหาร จากการศึกษาของสุขุมล ธนาเศรษฐ์ อังกุลและคณะ (2546) พบว่า ผู้สูงอายุนับรับประทานอาหารครบทั้งสามมื้อ มีเพียงบางคนที่รับประทานวันละสองมื้อ คือมื้อเช้าและมื้อเย็น บางคนรับประทานเมื่อรู้สึกหิว

5.3 การใช้แว่นตา ผู้สูงอายุเมื่อมีปัญหาความผิดปกติของสายตา ควรใส่แว่นตาที่เหมาะสมกับสายตาเพื่อให้มองเห็นชัดขึ้น แต่จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุบางคนที่มีสายตาวัยชรา ไม่ชอบใส่แว่นตา ทำให้มองเห็นไม่ชัด ปวดตา เพลียตา (Eye strain) แว่นตาผู้สูงอายุเปลี่ยนขนาดไปตามเวลาตามอายุ แว่นเลนส์ชั้นเดียวใช้มองใกล้หรืออ่านหนังสือ แว่น 2 ชั้น (Bifocal) มีรอยต่อ หรือแว่นมีเลนส์ไล่ระดับ (Progressive lenses) จะมองไม่เห็นรอยต่อ ชั้นล่างใช้มองระยะใกล้ และชั้นบนใช้มองระยะไกล ผู้สูงอายุที่ใส่ครั้งแรกอาจงง ดังนั้นควรฝึกหัดใส่ให้คุ้นเคย การเลือกใส่แว่นตาควรปรึกษาจักษุแพทย์ เพื่อวัดสายตาและตรวจดวงตาอย่างละเอียด การเลือกใส่แว่นเองโดยใส่แว่นที่มีกำลังแก่กว่าสายตา ทำให้ตาแก่เกินวัย ตาต้องทำงานหนัก ทำให้ปวดตา และการเปลี่ยนแว่นบ่อยๆ โดยที่มองเห็นไม่ชัด ควรพบจักษุแพทย์เพื่อตรวจดวงตา เพราะอาจมีความผิดปกติของโรคตาบางโรคที่แอบแฝงอยู่ในผู้สูงอายุได้

จากการศึกษาของวีระ อิงภาสกรและคณะ (2545) พบว่าผู้สูงอายุใช้แว่นตาในการอ่านหนังสือเพียงร้อยละ 56.0 โดยส่วนมากมักจะใช้บริการตัดแว่นจากร้านแว่นตาซึ่งไม่มีจักษุแพทย์ประจำ โดยคิดเป็นร้อยละ 44.0 และพบว่าถึงแม้ว่าผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่าการใช้แว่นตาในชีวิตประจำวันเป็นสิ่งจำเป็น แต่ปริมาณของผู้สูงอายุที่มีแว่นตาสำหรับอ่านหนังสือคงอยู่ในระดับต่ำ จึงมีความจำเป็นต้องดำเนินการให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นของการใช้แว่นตาอย่างถูกต้อง

5.4 การใช้ยาหยุดตา/ ป้ายตา การใช้ยาทางตา เมื่อมีปัญหาทางตา ไม่ควรซื้อยาหยุดตาเอง การใช้ยาหยุดตา/ป้ายตาไม่ถูกต้องมีผลเสียต่อตา อาจทำให้ตามัวลงจนถึงตาบอดได้ ยาจำพวก Corticosteroid ที่เป็นยาหยุดตาหรือยาป้าย เมื่อใช้นานๆทำให้ภูมิคุ้มกันของตาลดลง เกิดแผลที่กระจกตา อาจเป็นเชื้อรา ต้อกระจก ต้อหินได้ การหยุดยาปฏิบัติตัวเอง ในรายที่มีการแพ้ยาจะทำให้หนังตาและเยื่อตาบวม อักเสบ แดง เมื่อใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานทำให้เชื้อโรคคือยา และแพ้ยาได้ง่ายขึ้น การใช้ยาหยุดตาควรใช้เฉพาะคน ไม่แบ่งให้ผู้อื่นหยุดถึงแม้ว่าจะมีอาการคล้ายกัน ถ้าใช้ยาหยุดตาไม่ถูกต้อง อาจทำให้โรคตาเป็นมากขึ้นได้ การบำรุงรักษาดวงตาโดยล้างตาบ่อยไม่เกิดประโยชน์ การล้างตาควรล้างที่มีสิ่งแปลกปลอมเข้าตา มีขี้ตา ในคนปกติไม่ควรล้างตาเพราะเป็นการทำลายน้ำตาธรรมชาติที่อาบอยู่ในตา ซึ่งมีประโยชน์สามารถฆ่าเชื้อโรคและทำให้ดวงตาเราสะอาด

5.5 การไปรับการตรวจสุขภาพตา ผู้สูงอายุมีความจำเป็นที่จะต้องไปรับการตรวจสุขภาพตาเป็นประจำแม้ว่าจะไม่มีอาการผิดปกติของตาเลยก็ตาม เนื่องจากโรคตาบางโรคอาจจะยังไม่แสดงอาการให้ทราบหรือบางครั้งผู้สูงอายุเองไม่ได้สังเกตสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นกับดวงตา หรือผู้สูงอายุคิดว่าอาการที่เป็นอยู่นั้นเกิดขึ้นเองตามความเสื่อมของร่างกายเมื่อมีอายุมากขึ้นจึงละเลยการตรวจสุขภาพตาซึ่งอาจทำให้โรคที่อาจเป็นอยู่ลุกลามมากขึ้นและยากต่อการแก้ไข ในทางตรงกันข้ามหากได้รับการตรวจพบโรคในระยะแรกก็สามารถที่จะทำการแก้ไขได้ง่ายขึ้น

จากการศึกษาของวีระ อิศภาสกรและคณะ (2545) พบว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 8.3 เท่านั้นที่ไปรับการตรวจสุขภาพตาเป็นประจำทุกปี และที่ไม่เคยได้รับการตรวจตาเลยมีถึงร้อยละ 46.5 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไปใช้บริการของรัฐเมื่อมีการเจ็บป่วย แต่ไม่เคยได้รับการตรวจตา ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยอื่นๆ เช่น การรับรู้ประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพตาของตนเอง ดังนั้นหากสามารถที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตาเหล่านี้ได้ถูกต้องก็จะสามารถลดอัตราตาบอดและสายตาสั้นที่มักเกิดขึ้นมากที่สุดในประชากรกลุ่มนี้ได้

## 6. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในผู้สูงอายุ

### การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในผู้สูงอายุ

การดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย ยังคงเป็นงานย่อยแทรกอยู่ในงานสาธารณสุขด้านต่างๆ การใช้ถ่ายจากรัฐในการจัดสรรงบประมาณให้กับการรักษาพยาบาลมากกว่าที่ใช้ในการป้องกันโรค (อำพร จันทรักษา, 2541: 21) จึงชี้ให้เห็นว่าการดูแลสุขภาพอนามัยของประชากรควรเน้นให้ความสำคัญด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น รวมทั้งมุ่งหวังให้ชุมชนและบุคคลดูแลตนเอง ซึ่งในปัจจุบันแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 (2545-2549) มีนโยบายในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยมีการดำเนินการพัฒนาให้เป็นระบบ ซึ่งอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ภาครัฐ และภาคเอกชนในการพัฒนาร่วมกัน

อย่างสอดคล้องและต่อเนื่อง เพื่อการบริหารจัดการระบบพฤติกรรมสุขภาพของปัจเจกบุคคล ชุมชน ให้เป็นไปตามสภาวะการณ์จริงและความต้องการของพื้นที่เป็นหลัก

จุดมุ่งหมายในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในผู้สูงอายุ

Kannic (1993) ได้กล่าวถึง จุดมุ่งหมายในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในผู้สูงอายุควรประกอบด้วย

1. วิเคราะห์ความสามารถและพลังอำนาจ (empower) ของผู้สูงอายุในการที่จะพัฒนาตนเองให้ดำรงชีวิตเป็นบุคคลหนึ่งของสังคม
2. ป้องกันและบรรเทาความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และกลุ่มอาการที่เกิดจากความเสื่อม
3. ป้องกันความเจ็บป่วยที่เกิดจากการรักษา ซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย
4. ให้ผู้สูงอายุขึ้นตามความต้องการของผู้สูงอายุและสอดคล้องกับหลักการทางจริยธรรม
5. ให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ อย่างมีอิสระ และมีประสิทธิภาพได้นานที่สุด
6. จัดระบบสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลที่เพียงพอแก่ผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงสิทธิ ความเป็นอิสระ มีศักดิ์ศรีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี
7. สนับสนุนและช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถปรับตัวต่อปัญหาต่างๆ ได้
8. เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต ควรให้การดูแลมีความทุกข์ทรมานน้อยที่สุด
9. ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาว โดยไม่เป็นภาระของครอบครัวและผู้ดูแล

Hogstel (1994) กล่าวว่า จุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์ใหญ่ของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคคือการพิสูจน์ให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพ ซึ่งใช้ความพยายามในการป้องกันโรคเป็นผลให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น จากจุดมุ่งหมายในการส่งเสริมสุขภาพจะเห็นได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพเป็นการป้องกันโรค บรรเทาหรือชะลอความบกพร่องของร่างกายให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ ลดระยะเวลาของการพึ่งพาผู้อื่นๆ ดังนั้นควนส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุให้เร็วที่สุด

การส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

พยาบาลควรตระหนักถึงความรับผิดชอบในบทบาทการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้จักดูแลสุขภาพตนเองทั้งในภาวะปกติและเมื่อเจ็บป่วยได้ ดังนี้

1. การกระทำให้หรือกระทำแทน เป็นวิธีที่พยาบาลใช้ความสามารถของตนเองในการช่วยเหลือผู้สูงอายุเจ็บป่วย ให้ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง
2. การชี้แนะ เป็นวิธีที่เหมาะสมในกรณีที่ผู้สูงอายุสามารถตัดสินใจเองได้ หรือสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้



3. การสนับสนุน เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียดก็ตาม

4. การสอน วิธีนี้เหมาะสมสำหรับช่วยเหลือผู้สูงอายุในการพัฒนาความรู้ ทักษะบางประการของผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง การสอนนี้ต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุด้วย

5. การสร้างสิ่งแวดล้อมให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้สูงอายุในการวางเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้

การที่พยาบาลจะใช้วิธีใดในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมนั้น พยาบาลต้องทราบถึงสภาพที่แท้จริงของผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถวิเคราะห์ได้โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ เพื่อที่จะประเมินผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ ทำให้สามารถวินิจฉัยปัญหาวางแผนและนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ ตลอดจนการติดตามประเมินผลได้อย่างถูกต้อง

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความผาสุกของผู้สูงอายุ โดยช่วยให้บุคคลเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่น้อยที่สุด และแม้จะต้องตายก็ตายอย่างบุคคลที่มีคุณค่า สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยปกติพยาบาลมีหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือทั้งผู้สูงอายุที่ปกติมีสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยงและผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพและความผาสุก โดยเริ่มจากการปรับเจตคติที่ว่า “ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีความจำเป็นคู่กับการลงทุน ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ และให้ความสนใจกับสุขภาพ และปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสุขภาพมากกว่าคนวัยอื่น” พยาบาลจะต้องเข้าใจกระบวนการการสูงวัยว่าเป็นช่วงหนึ่งของพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย และจิตสังคม พร้อมทั้งดูแลและการสนับสนุนผู้สูงอายุ ซึ่งแสวงหาความผาสุกในชีวิต โดยพยาบาลมีบทบาทดังนี้ (ประคอง อินทรสมบัติ , 2545)

1) จัดโปรแกรมส่งเสริมปกป้องสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มทั้งผู้สูงอายุที่ยังกระฉับกระเฉง มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีความต้องการเฉพาะ และผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ทั้งผู้สูงอายุซึ่งอยู่ที่บ้าน สถานสงเคราะห์ หรือรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อคงความสามารถในการทำหน้าที่สูงสุด ส่งเสริมการดูแลตนเอง และกระตุ้นการมีเครือข่ายทางสังคม

2) การช่วยให้ผู้สูงอายุปกป้องตนเอง โดยเป็นผู้สูงอายุในวันพรุ่งนี้ที่มีแบบแผนชีวิต เพื่อสุขภาพตลอดชีวิต คือการดูแลตนเองระดับบุคคล เช่น การออกกำลังกาย การดูแลโภชนาการ การรับรู้ความมีคุณค่าในตนเอง การเข้าร่วมกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อสังคม เป็นต้น

3) พยาบาลทำงานร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ ที่แสดงถึงการให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรม และกำหนดเป้าหมายการให้ความรู้ด้านสุขภาพจะต้องปรับให้เหมาะสมกับความเชื่อ สังคม วัฒนธรรม

4) กลวิธีในการให้ความรู้เรื่องสุขภาพ (health care education) จะต้องเริ่มจากการประเมิน การรับรู้สภาวะสุขภาพ ความรู้ในการดูแลสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ และเป้าหมายชีวิต ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วม และคำนึงถึงศักยภาพของ ผู้สูงอายุ ต้องการการจูงใจ การใช้กลุ่มสนับสนุน ซึ่งกลุ่มเหล่านี้มีอยู่ในชุมชน

5) ใช้โอกาสของกลุ่มที่จัดตั้งเป็นทางการ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ เป็นแกนหลักที่พยาบาลใช้ในการ ส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ซึ่งบรรลุเป้าหมายสุขภาพเชิงกว้างที่ได้ตอบสนองความต้องการทางจิต วิญญาณ และสอดคล้องกิจกรรมด้านสุขภาพอื่นๆ ทำให้เข้าถึงชุมชนอย่างแท้จริง โดยพยาบาลทำ หน้าที่เป็นตัวกลางระหว่างการรักษาพยาบาลกับศาสนา การสอนและให้ความรู้ด้านสุขภาพ ให้คำปรึกษา การคัดกรอง และการบริการส่งต่อผู้ป่วย

6) พยาบาลควรจะพัฒนาโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีระบบ (systemic program) และเป็น โครงการที่สร้างสรรค์

7) การบริการเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน ที่ครอบคลุมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดหรือมี ปัญหาเฉพาะ

8) การรณรงค์ การส่งเสริมสุขภาพ โดยการสอนประชาชนให้รับผิดชอบสุขภาพตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีในวันข้างหน้า

ในศตวรรษที่ 21 มีงานที่ทำหายพยาบาล และทีมสุขภาพมากมาย คือการเปลี่ยนจากการ บริหารสุขภาพเชิงรับเป็นบริการเชิงรุก คือการส่งเสริมสุขภาพ และปกป้องสุขภาพซึ่งเป็นการลงทุน ที่คุ้มค่าที่สุด โดยใช้ทีมสหวิชา และพยาบาลจะต้องมีลักษณะผู้นำที่แสดงความรับผิดชอบ โดยการ ส่งเสริมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้ด้วยการปรับเจตคติและความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ จากการวิจัย พบว่าผู้สูงอายุให้ความสนใจสุขภาพ และมีแบบแผนวิถีชีวิตสุขภาพดีกว่าคนอื่นๆ ดังนั้นการจัด โปรแกรมส่งเสริมและปกป้องสุขภาพอย่างเป็นระบบในชุมชน จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถ สูงสุดเต็มศักยภาพ มีความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน และรับรู้ถึงความมีคุณค่า แห่งตนอันเป็นภาวะสุขภาพที่พึงปรารถนาที่มีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ (ประคอง อินทรสมบัติ , 2545 : 248)

## 7. บทบาทการพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูง

การพยาบาล เป็นกระบวนการแก้ปัญหา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา ฟันฟูสภาพ รวมทั้งการดูแลระยะสุดท้ายให้จากไปอย่างสงบ โดยการสอน แนะนำ ปฏิบัติตามแผน และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนการให้ความร่วมมือในการรักษา และการส่งต่อ เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง วัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน และมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพมากกว่าวัยอื่นๆ และประชากรวัยสูงอายุ มีความแตกต่างจาก

ประชากรวัยอื่นๆ การพยาบาลผู้สูงอายุจึงค่อนข้างซับซ้อน ต้องการความรู้ความเข้าใจด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ ด้วยเหตุนี้การพยาบาลผู้สูงอายุ จึงมุ่งหมายถึงการให้บริการทางสุขภาพ โดยใช้ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ประยุกต์เข้ากับการพยาบาลทั่วไปให้ครอบคลุมการพยาบาลผู้สูงอายุ ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ทั้งผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานบริการสุขภาพ และผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้กระบวนการพยาบาล (จันทนา รัตนทวิชัย, วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545)

### ส่วนประกอบของการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นสูง

แนวคิดที่สำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงคือ การตัดสินใจทางคลินิก (Clinical Judgement) และการเป็นผู้นำ (Leadership) การตัดสินใจนั้นต้องอาศัยการผสมผสานของทั้งประสบการณ์และการศึกษาพยาบาล ในระดับหลังปริญญา ในส่วนของการเป็นผู้นำนั้นพยาบาลในขั้นสูงต้องใช้กระบวนการติดต่อสื่อสารเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ และการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ซึ่ง Benner (1984) ได้แยกแยะขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ประกอบด้วย (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2540)

1) บทบาทฐานะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว การช่วยเหลือของพยาบาลนั้นแตกต่างกันไปจากเจ้าหน้าที่อื่นๆ และการช่วยเหลือของพยาบาลนั้นจะต้องตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ

2) บทบาทในการสอนและชี้แนะผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญและมีส่วนช่วยในการฟื้นฟูจากความเจ็บป่วย และสามารถดูแลตนเองได้

3) บทบาทในการวินิจฉัยและการเฝ้าระวัง การปฏิบัติการพยาบาลในขอบเขตของการวินิจฉัยและการเฝ้าระวัง ต้องอาศัยทักษะความรู้อย่างมากของพยาบาล

4) บทบาทในการจัดการกับความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

5) บทบาทในการนำแผนการรักษาและการพยาบาล ไปปฏิบัติ และการประเมินผล

6) บทบาทในการคอยตรวจตาเพื่อประกันคุณภาพของการบริการสุขภาพ

7) บทบาทในการพัฒนาศักยภาพของตนเองและของสถาบัน

นอกจากนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงสุด จึงได้กำหนดบทบาทการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุขั้นสูงไว้ ดังนี้ (Lueckenotte, 1996: 6)

1) จัดให้มีองค์กรสำหรับให้บริการด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ซึ่งมีการวางแผนและบริหารจัดการที่ดี โดยพยาบาลที่มีความรู้ในระดับปริญญาโทขึ้นไป เพื่อให้การพยาบาลที่มีความเฉพาะและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ

2) พยาบาลจะต้องใช้ทฤษฎีต่างๆ เป็นพื้นฐานการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งการทดสอบ และเผยแพร่ความรู้ทางทฤษฎีด้วย เพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

3) พยาบาลจะต้องประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และด้านจิตใจอย่างสม่ำเสมอ ด้วยความถูกต้องแม่นยำ และเป็นระบบ และข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพนี้จะต้องให้สมาชิกที่เกี่ยวข้องในทีมสุขภาพรวมทั้งผู้สูงอายุและครอบครัวได้ทราบด้วย

4) พยาบาลต้องใช้ข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพเป็นแนวทางในการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล

5) พยาบาลจะต้องวางแผนการดูแลร่วมกับผู้สูงอายุ ญาติและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยตั้งวัตถุประสงค์ จัดลำดับความสำคัญในการปฏิบัติ

6) พยาบาลจะต้องปฏิบัติตามการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ บนพื้นฐานแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลผู้สูงอายุ

7) พยาบาลต้องมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อตรวจสอบการปฏิบัติตามการพยาบาลว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ หากไม่เป็นตามวัตถุประสงค์ต้องตรวจสอบข้อมูลและประเมินการตอบสนองของผู้สูงอายุและครอบครัว วินิจฉัยปัญหาและปรับเปลี่ยนแผนการปฏิบัติตามการพยาบาลใหม่ให้เหมาะสม

8) พยาบาลผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความร่วมมือประสานงานระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยจะต้องมีการปรึกษาร่วมกันในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัว และปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้เหมาะสมตามความจำเป็น

9) พยาบาลจะต้องมีส่วนร่วมในการวิจัย เพื่อสร้างองค์ความรู้ในการพยาบาลผู้สูงอายรรวมทั้งการเผยแพร่ และนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติตามการพยาบาลผู้สูงอายุด้วย

10) พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีจริยธรรมและปฏิบัติตามจรรยาบรรณของพยาบาลในการปฏิบัติงาน

11) พยาบาลจะต้องรับผิดชอบในการพัฒนาวิชาชีพ และสร้างเสริมวิชาชีพให้เจริญก้าวหน้า โดยมีการทบทวนและประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอเพื่อการพยาบาลที่มีคุณภาพ

จะเห็นได้ว่าวิชาชีพพยาบาล เป็นวิชาชีพที่ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ ในการสนองความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของบุคคล ครอบครัว และสังคม โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพหลายอย่างขึ้นพร้อมๆกัน อีกทั้งการพยาบาลผู้สูงอายุ มิใช่จำกัดเฉพาะการรักษาเมื่อเจ็บป่วยเท่านั้น แต่จะต้องส่งเสริมรักษาสุขภาพที่ดีอยู่แล้วให้เสื่อมถอยช้าที่สุด และฟื้นฟูส่วนที่บกพร่องให้สามารถทำหน้าที่ได้มากที่สุด

## 8. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพตา

ปัญหาตาบอดและสายตาดำพิการของประเทศไทยที่ผ่านมาได้ใช้กลยุทธ์การแก้ปัญหาที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาเฉพาะกลุ่มประชากรที่มีปัญหาตาบอดและสายตาดำพิการเป็นหลัก จนทำให้อัตราตาบอดและสายตาดำพิการมีจำนวนตัวเลขที่ลดลง โดยบทบาทของพยาบาลส่วนใหญ่จะเป็นการทำงานแบบตั้งรับ และส่วนใหญ่จะปฏิบัติในโรงพยาบาล โดยแบ่งบทบาทหน้าที่ออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ บทบาทด้านคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น บทบาทด้านการพยาบาลในห้องผ่าตัด และบทบาทด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคตา (ผ่องพักตร์ ชูศรี, 2542) แต่จากสถานการณ์ในปัจจุบันสภาพความเป็นอยู่และวิธีการดำเนินชีวิตได้แปรเปลี่ยนไปจากสังคมเกษตรกรรมมาสู่ยุคอุตสาหกรรม และจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นมากจากอดีต ผลกระทบการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้ปัญหาตาบอดและสายตาดำพิการของประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลง โดยที่แนวโน้มของสภาพปัญหาตาบอดที่เกิดขึ้น จากโรคที่ไม่ติดต่อ เช่น โรคของจอประสาทตา ความผิดปกติทางสายตา อุบัติเหตุทางตา ซึ่งปัญหาเหล่านี้ยากต่อการดำเนินการแก้ไข เนื่องจากโรคดังกล่าวไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่อนข้างสูง ดังนั้นการควบคุมปัญหาตาบอดและสายตาดำพิการจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีดำเนินงานที่เหมาะสมกับสภาพของปัญหา โดยบทบาทของพยาบาลก็จะมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นคือ (ผ่องพักตร์ ชูศรี, 2542)

**8.1 บทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพตา** โดยเฉพาะในบทบาทของการส่งเสริมสุขภาพตา (Eye Health Promotion) เป็นหลัก เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตาได้ด้วยตนเอง พยาบาลเวชปฏิบัติทางตาจึงต้องมีความรู้ ความสามารถในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพตาอย่างเหมาะสม

**8.2 บทบาทด้านการป้องกันสุขภาพตา** โดยการเน้นการให้ความรู้ การดูแลสุขภาพตาในกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาตาบอดและสายตาดำพิการ เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตาได้อย่างถูกต้องและนอกจากนี้พยาบาลต้องมีบทบาทในส่วนของ การดูแลรักษา โรคตาเบื้องต้น โดยเฉพาะบทบาทในด้านการสอนบุคลากรในชุมชน ให้มีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลรักษาโรคตาเบื้องต้น รวมทั้งมีความรู้ความสามารถในการส่งต่อผู้ป่วยโรคตาในชุมชนที่มีปัญหาเร่งด่วนได้อย่างเหมาะสม

**8.3 บทบาทด้านการดูแลสุขภาพตาผู้ป่วย** ซึ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตาอย่างถูกต้องด้วยตนเอง (Self care) โดยเน้นบทบาทของการส่งเสริมสุขภาพตาเป็นหลัก รวมทั้งต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคตาที่มีความสลับซับซ้อนเพิ่มมากขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการให้ข้อมูลความรู้ทางด้านสุขภาพ และการให้การพยาบาลแบบองค์รวมซึ่งเป็นหัวใจหลักของการดูแลสุขภาพตา

8.4 บทบาทด้านการบริหารจัดการระบบการดูแลสุขภาพตา ในอนาคตคุณภาพของการให้บริการจำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง พยาบาลจะต้องมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการระบบการดูแลสุขภาพตาเพิ่มมากขึ้นกว่าในอดีต การดูแลสุขภาพตาจะมุ่งเน้นความเป็นชุมชนมากขึ้นเพื่อให้ชุมชนมีสุขภาพตาที่ดี พยาบาลจึงต้องมีบทบาทที่จะต้องรับผิดชอบในส่วนของบริหารจัดการระบบการดูแลสุขภาพตา โดยเริ่มจากการวิเคราะห์สภาพปัญหา การวางแผนงาน การดำเนินงาน และการประเมินผล อย่างเป็นระบบ

บทบาทของพยาบาลเป็นบทบาทสำคัญในการที่จะมีส่วนช่วยในการป้องกันและช่วยลดปัญหาตาบอดและสายตาสั้นได้ ฉะนั้นพยาบาลควรจะให้ความสำคัญในการทำหน้าที่ในบทบาทดังกล่าวให้ครบถ้วนตามกระบวนการพยาบาลเพื่อส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพตาที่ดีต่อไป

## 9. โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์การส่งเสริมสุขภาพตาของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามิงงานวิจัย ที่นำการพัฒนาสิ่งทดลอง (Treatment) มาใช้ใน กลุ่มผู้สูงอายุจำนวนมาก เช่น การศึกษาของ ศิริเพ็ญ วานิชชานันท์(2544) ศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้และคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีกระบวนการกลุ่ม และทฤษฎีการเรียนรู้ในวัยผู้ใหญ่ และการศึกษาโดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1996) มาใช้ในงานวิจัย ได้แก่ การศึกษาของ สุรศักดิ์ อธิคมานนท์ (2541) ศึกษาเกี่ยวกับ การประยุกต์แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เพื่อเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และการศึกษาของ ชุติ ภูทอง (2545) ศึกษาโปรแกรมการลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่บ้าน แต่จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบว่ามีงานวิจัยที่นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ มาใช้ในการพัฒนาสิ่งทดลอง (Treatment) ในการส่งเสริมสุขภาพตาของกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงได้จัด โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ขึ้น โดยใช้แนวคิดของ Pender (2002) เนื่องจากแนวคิดของ Pender เป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการรับรู้ประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเห็นถึงผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตา และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาที่เหมาะสม ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การใช้แว่นตา การใช้ยาหยอดตา และการไปตรวจสุขภาพตา โดยใช้แนวคิดของ Thomdike (cited in Bemard, 1972) ในการจัดกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วยการจัดกิจกรรมทั้งหมด 4 ขั้นตอน ดังนี้

### 1. ขั้นตอนการบรรยาย ซึ่งประกอบด้วย

1.1 ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความคุ้นเคยและยินดีรับฟังคำแนะนำ เรื่องผู้สูงอายุกับการมองเห็นและการส่งเสริมสุขภาพตาในผู้สูงอายุ โดยมีการประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสิ่งแวดล้อม โดยให้

ผู้สูงอายุได้มีการพักผ่อนเพื่อผ่อนคลาย และมีการรับประทานอาหาร รวมทั้งการขับถ่ายให้เรียบร้อย ก่อนทำการสอน รวมทั้งประเมินสภาพแวดล้อมต่างๆ ไม่ให้เกิดการรบกวนผู้สูงอายุขณะที่ฟังการ สอนด้วย ซึ่งการเรียนรู้จะมีประสิทธิภาพถ้าผู้เรียนมีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความพร้อม ในการอ่าน เขียน และพูด รวมทั้งมีภาวะรับการตั้งใจที่เหมาะสม (Thomdike, cited in Bernard, 1972)

1.2 การส่งเสริมการเรียนรู้ประโยชน์การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตา ซึ่ง เป็นการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุตามแผนการสอน เรื่อง ผู้สูงอายุกับการมองเห็น โดยการอธิบาย เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของตาในผู้สูงอายุและโรคตาที่สามารถเกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุ วิธีการป้องกัน และแนวทางในการรักษา และการส่งเสริมสุขภาพตาในผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ 1) ประโยชน์ ของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การบริหารดวงตา 2) ประโยชน์ของการบริโภคอาหาร ที่มีประโยชน์ เช่น เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ สีเหลืองและสีเขียว 3) ประโยชน์ของการใช้ยาหยอดตาที่ ถูกต้อง โดยไม่ซื้อยามาหยอดตาเอง และไม่ใช้ยาร่วมกับผู้อื่น 4 ) ประโยชน์ของการใช้แว่นตาที่ ถูกต้อง โดยการเลือกใช้อุปกรณ์ที่ช่วยในการมองเห็นที่เหมาะสมกับตนเอง 5) ประโยชน์ของการไป รับการตรวจสุขภาพตา โดยการไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือจักษุแพทย์ เพื่อประเมินสุขภาพตา ของตนเอง

1.3 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพตา โดยการใช้กิจกรรมถามตอบ และการสนทนากลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และซักถามข้อสงสัย รวมทั้งแจกคู่มือการส่งเสริม สุขภาพตาในผู้สูงอายุ

## 2. ขั้นตอนการฝึกปฏิบัติ

เป็นการสาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายของดวงตา (Eye exercises) การบริหารตาในการผ่อนคลายสายตา โดยใช้วิธีการสอนสาธิตและฝึกปฏิบัติจริงขณะทำ การสอน การได้ฝึกหัดหรือกระทำกิจกรรมซ้ำๆจะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น โดยการเน้น ว่าก่อนที่จะทำพฤติกรรมซ้ำๆจะต้องเกิดความเข้าใจในเหตุผลอย่างแท้จริงเสียก่อนจึงจะเกิดการ เรียนรู้ที่คงทนถาวร (Thomdike, cited in Bernard, 1972) ดังนั้นการที่จะสอนให้ผู้เรียนนำความรู้ไป ใช้จะต้องให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจอย่างแจ่มชัดหรือให้ผู้เรียนลงมือปฏิบัติขณะที่เรียน และนำสิ่งที่ได้ เรียนรู้มาใช้ในกิจกรรมต่างๆ จะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่คงทนถาวร

## 3. ขั้นตอนการอภิปรายกลุ่ม

เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ประโยชน์ การส่งเสริมสุขภาพตาในผู้สูงอายุ เป็นการอภิปราย ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตา โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกในกลุ่มมี โอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นประสบการณ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม ซึ่งในการที่สมาชิกได้มี โอกาสคิด วิเคราะห์ตนเอง เสนอความคิดเห็นของตนเองต่อกลุ่ม รับฟังข้อมูลย้อนกลับจากกลุ่มและ รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นในกลุ่มเดียวกัน ทำให้ผู้เรียนมีการยอมรับ เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ

ของตนเองได้ และได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม รวมทั้งเกื้อกูล ให้กำลังใจ และสนับสนุนให้สมาชิกในกลุ่มร่วมทำกิจกรรม ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีสำหรับวัยสูงอายุที่ต้องการกำลังใจจากคนรอบข้าง ได้มีการฝึกทักษะในการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพตา เห็นประโยชน์จริงที่เกิดแก่ตนเอง ทำให้อยากที่จะปฏิบัติต่อไป เกิดความพึงพอใจในผลที่ได้รับ คือสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพตาได้ นอกจากนี้การเสริมแรงจิตใจให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า ผู้สูงอายุจึงเกิดการเรียนรู้และมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ส่งเสริมสุขภาพตาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (Pender, 2002)

#### 4. ขั้นตอนการโทรศัพท์เยี่ยมบ้าน

การโทรศัพท์เยี่ยมบ้าน เพื่อสอบถามและเป็นการให้แรงสนับสนุนและเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตา ซึ่งการกระตุ้นเตือนเป็นกลวิธีหนึ่งที่ใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นสิ่งชี้แนะที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่พึงปรารถนา (ศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน, 2540) การเตือนหรือการบอกนี้อาจจะเกิดขึ้นในรูปของการเตือนจากบุคคลอื่น เช่น การโทรศัพท์ การส่งไปรษณียบัตร การเขียนจดหมาย เป็นต้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการกระตุ้นการปฏิบัติโดยการโทรศัพท์เยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาสมาเสมอและเป็นการสะดวกและเป็นส่วนตัวในการสอบถามรายละเอียดอุปสรรคต่างๆในการปฏิบัติพฤติกรรมร่วมกัน ได้มีการสอบถามพูดคุยถึงความเป็นอยู่ ความห่วงใยในสุขภาพของผู้สูงอายุและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันได้

จากแนวคิดของ Pender (2002) ที่กล่าวว่า ปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการจูงใจมากที่สุด และเป็นประเด็นสำคัญสำหรับพยาบาลที่จะนำไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยผ่านกิจกรรมการพยาบาล ร่วมกับการนำแนวคิดของ Thomdike (cited in Bernard, 1972) มาใช้ในการจัดกิจกรรม จากแนวคิดดังกล่าว โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาที่ถูกต้อง อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพตาที่ดีต่อไป

## 10.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

สศไส ศรีสอาด (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ โดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender มาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ผลการวิจัยพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา การมีชมรมผู้สูงอายุและประสบการณ์ในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



และปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ พบว่า ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ทศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของคนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยชักนำในให้ปฏิบัติ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและการได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าตัวแปรที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการกับความเครียดได้ดีที่สุดคือ ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

สุรศักดิ์ อธิคมานนท์ (2541) ศึกษาเกี่ยวกับ การประยุกต์แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender เพื่อเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่มีอายุระหว่าง 60-75 ปี จำนวน 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 36 คน กลุ่มควบคุม 40 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วย การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ รวมทั้งการกระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถ และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพคัดสรรโดยรวม สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า การปฏิบัติพฤติกรรมออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ สูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์ (2542) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคคอตีบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคคอตีบเรื้อรังอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคคอตีบและแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราชจำนวน 120 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคคอตีบเรื้อรังโดยรวมและรายด้านอยู่ในเกณฑ์ปฏิบัติถูกต้องส่วนใหญ่ ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับดี และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคคอตีบเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ปรีชา พึ่งประสิทธิ์ (2542) ศึกษาถึงโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพฤติกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นสองกลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองซึ่งเป็นผู้สูงอายุชุมชนแก้ววิทยา จำนวน 50 คนและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้สูงอายุ ชุมชนกุฎีจีนจำนวน 50 คน จัดโปรแกรมในกลุ่มทดลองเป็นเวลา 8 สัปดาห์ และศึกษาความคงทนต่อเนื่องระยะหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ ค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ดีกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมี

คะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ และค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ขณะหัวใจบีบตัว ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รุ่งศักดิ์ ศิรินิคมชัย (2545) ศึกษาผลของกระบวนการการเรียนรู้และสะท้อนคิดต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่อาศัยในเขตชุมชนเทศบาลนครเชียงใหม่ จำนวน 40 ราย โดยแบ่งออกเป็นสองกลุ่มๆละ 20 ราย เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ภายหลังจากได้รับกระบวนการการเรียนรู้และสะท้อนคิด มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับกระบวนการเรียนรู้และสะท้อนคิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ระดับ.01 และผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มทดลองที่ได้รับกระบวนการเรียนรู้และสะท้อนคิด มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับกระบวนการเรียนรู้ และสะท้อนคิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.01 ซึ่งการศึกษาดังนี้ให้แนวทางในการนำกระบวนการเรียนรู้และสะท้อนคิดไปประยุกต์ในการปฏิบัติพยาบาลเพื่อให้ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

วีระ อิงคภาสกรและคณะ (2545) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาของผู้สูงอายุ พบว่า ระดับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพตาของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพตาของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า รายได้เฉพาะตัวซึ่งเป็นตัวแปรที่สำคัญที่สุดต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพตาของผู้สูงอายุ รองลงมาเป็นทัศนคติในการส่งเสริมสุขภาพตาและความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพตา

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุจินดา ตรีเนตร (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี ต่อระดับความเจ็บปวดและพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของหญิงครรภ์แรก กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงครรภ์แรกที่มาฝากครรภ์ และคลอดที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง จำนวน 30 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน โดยในกลุ่มทดลองจะได้รับการให้ความรู้และคำแนะนำร่วมกับการฝึกปฏิบัติในการเตรียมตัวคลอดอย่างมีแบบแผนตามแผนการสอน 3 ครั้ง ซึ่งในการสอนแต่ละครั้งจะประกอบด้วย 3 ขั้นตอน รวมทั้งการคู่มือการเตรียมตัวคลอด และแบบบันทึกการสนับสนุนการฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมตัวคลอด ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเจ็บปวดในระยะคลอด กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และพฤติกรรมการเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนเพื่อเตรียมตัวคลอดที่เน้นการสนับสนุนจากสามี ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมตัวตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

ชวลี ภู่งทอง (2545) ศึกษาโปรแกรมการลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน หมู่บ้านหนองรี จังหวัดราชบุรี ที่ผ่านการคัดเลือก รวมทั้งสิ้น 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน โดยผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมการเรียนรู้ ที่ช่วยเสริมสร้างการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุในการปรับลดปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุเอง โดยการจัดกิจกรรมตามแผนการสอนอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที รวมหมด 3 ครั้ง ตามกระบวนการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมให้รับรู้ประโยชน์ และรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้ม รับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้ม มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการลดความเสี่ยง หลังสิ้นสุดโปรแกรมการลดความเสี่ยงมาแล้ว 2 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดโปรแกรมมาแล้ว 4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้มหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมมาแล้ว 2 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และสูงกว่าหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมมาแล้ว 4 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับเดียวกัน ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการป้องกันการหกล้มหลังสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมมาแล้ว 4 สัปดาห์ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการลดความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

คมคาย อินวาทย์ (2547) ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย และการจัดการกับความเครียดของมารดาหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่คลอดบุตรปกติจำนวน 40 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 4 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการบรรยาย 2) ขั้นตอนการสาธิต 3) ขั้นตอนการอภิปรายกลุ่ม และ 4) ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายของมารดาหลังคลอดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพฤติกรรมกรรมการจัดการกับความเครียดของมารดาหลังคลอดในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการทบทวนวรรณกรรม องค์ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ได้จากการศึกษาเชิงบรรยายและเชิงทำนาย มีเพียงพอที่จะสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมการรับรู้ประโยชน์เพื่อส่งเสริมสุขภาพตาในผู้สูงอายุ โดยใช้กรอบแนวคิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2002) แนวคิดทฤษฎีความสัมพันธ์เชื่อมโยงของ Thomdike (cited in Bernard, 1972) การติดตามโดยการโทรศัพท์เยี่ยมบ้าน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพตาในผู้สูงอายุ มาพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพตา และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตาที่ถูกต้อง กล่าวโดยสรุปได้ว่า เมื่อ

ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามได้ อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี และส่งผลให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพของสังคมต่อไป

## กรอบแนวคิดการวิจัย

### โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์

#### ขั้นตอนที่ 1 ขั้นตอนการบรรยาย

1.1 ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพโดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพโดยการ พูดคุย แนะนำตัวและทักทาย และประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม

1.2 การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตา เรื่อง "ผู้สูงอายุกับการมองเห็น" และ "การส่งเสริมสุขภาพตาในผู้สูงอายุ"

โดยใช้ แผนการสอนและภาพชุดประกอบคำบรรยาย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

- 1) ประโยชน์ของการออกกำลังกาย
- 2) ประโยชน์ของการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์
- 3) ประโยชน์ของการใช้ยาหยอดตา/ ป้ายตาที่ถูกต้อง
- 4) ประโยชน์ของการใช้แว่นตาที่ถูกต้อง
- 5) ประโยชน์ของการไปรับการตรวจสุขภาพตา

1.3 ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพตาโดยซักถาม ข้อสงสัยรวมทั้งสรุปการส่งเสริมสุขภาพตา รวมทั้งแจกคู่มือการส่งเสริมสุขภาพตา ในผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุได้นำกลับไปอ่านทบทวนและปฏิบัติที่บ้าน

#### ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการฝึกปฏิบัติ

2.1 ผู้วิจัยนำเข้าสู่กิจกรรม และทบทวนการส่งเสริมสุขภาพตาในผู้สูงอายุ

2.2 สาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายของดวงตา (Eye exercises) การบริหารตาในการผ่อนคลายสายตา และ ผู้สูงอายุฝึกปฏิบัติ การออกกำลังกายร่วมกันและประเมินผลการฝึกปฏิบัติและเปิดโอกาสให้ซักถามรวมทั้งสรุป การปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพตาและแจกแบบบันทึกการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพตา

#### ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการอภิปรายกลุ่ม

3.1 กล่าวต้อนรับสมาชิกกลุ่ม แนะนำตนเอง ให้สมาชิกทุกคนแนะนำตัว

3.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์และกำหนดขอบเขตของการอภิปราย

3.3 แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ประสพการณ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม

3.4 สรุปประเด็น เนื้อหาของการอภิปราย

ขั้นตอนที่ 4 การกระตุ้นเตือนการปฏิบัติ โดยโทรศัพท์เยี่ยมบ้าน ทั้งนี้เพื่อเป็นการให้ แรงสนับสนุนและเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตา

4.1 กำหนดวัตถุประสงค์การ โทรศัพท์เยี่ยมบ้าน

4.2 ร่วมกันแก้ปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตา

#### พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตา

- 1) การออกกำลังกาย
- 2) การบริโภคอาหาร
- 3) การใช้แว่นตา
- 4) การใช้ยาหยอดตา / ป้ายตา
- 5) การไปรับการตรวจสุขภาพตา