

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความถี่การหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

นางลัดดาพร พรหมมาพงษ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ


คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

มิถุนายน 2561

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา


คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ นางสาวณัฏฐ์ พรหมมาพงษ์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

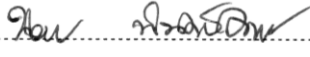
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


 อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วณิชชา)

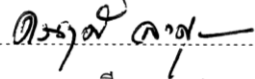
 อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


 ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์)

 กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วณิชชา)

 กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์)

 กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงฤดี ลาสุชะ)

คณะพยาบาลศาสตรบัณฑิตให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

 คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 26 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2561

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วิศิชา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขในส่วนที่บกพร่องด้วยความละเอียดถี่ถ้วน และเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ และหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลวังน้ำเขียว โรงพยาบาลปากช่องนานา โรงพยาบาลปักธงชัย โรงพยาบาลนครบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอขอบพระคุณผู้ปวยสูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการรวบรวมข้อมูลวิจัย

กราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ครูอาจารย์ทุกท่าน ที่ได้อบรมสั่งสอนให้ผู้วิจัยมีความมานะ อดทน ทั้งยังคอยช่วยเหลือ สนับสนุน เป็นกำลังใจมาโดยตลอด และขอขอบคุณครอบครัวที่อบอุ่นที่ให้ความรักและกำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา และเพื่อน ๆ ทุกท่านรวมถึงท่านอื่น ๆ ที่ไม่ได้เอ่ยนามในที่นี้ ที่คอยให้กำลังใจ และคอยช่วยเหลือให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สุดท้ายนี้ คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูทเวทิตาแด่บุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีความรู้ มีการศึกษา และประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

นงลักษณ์ พรหมมาพงษ์

56920199:สาขาวิชา: การพยาบาลผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คำสำคัญ: ความกลัวการหกล้ม/ ผู้สูงอายุ

นางลักษณ์ พรหมมาพงษ์: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

(FACTORS RELATED TO FEAR OF FALLING AMONG OLDER ADULT PATIENTS)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: นัยนา พิพัฒน์วิมลชชา, Ph.D., พรชัย จุลเมตต์, Ph.D. 109 หน้า.

ปี พ.ศ. 2561.

ความกลัวการหกล้ม เป็นสาเหตุหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสูญเสียความมั่นใจในตนเองเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวอย่างปลอดภัย และหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมจนทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของความกลัวการหกล้มและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น และสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จากผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 123 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินอาการกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุไทย แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย แบบประเมินภาวะโรคร่วม แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการทดสอบความสามารถในการทรงตัว โดยการยื่นต่อเท้าเป็นแนวเส้นตรง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน แรงค์ ออเคอร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความกลัวการหกล้ม (ร้อยละ 82.9) โดยกลัวการหกล้มในระดับมาก (ร้อยละ 85.3) ความสามารถในการทรงตัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ($r_s = -.327, p < .01$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r_s = -.248, p = .003$; $r_s = -.223, p = .007$) กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เพศหญิง ภาวะซึมเศร้า และประสบการณ์การหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r_{pb} = .200, p = .013$; $r_s = .194, p = .016$; $r_s = .184, p = .021$) กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บุคลากรทางด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการเคลื่อนไหวอย่างปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุ โดยให้ความสำคัญกับ การเพิ่มความสามารถในการทรงตัว การเพิ่มระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และจัดการกับภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิงที่มีประสบการณ์การหกล้ม

56920199: MAJOR: GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S.

(GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: FEAR OF FALLING/ OLDER ADULTS

NONGLUCK PROMMAPONG: FACTORS RELATED TO FEAR OF FALLING
AMONG OLDER ADULT PATIENTS. ADVISORY COMMITTEE: NAIYANA
PIPHATVANITCHA, Ph.D., PORNCHEI JULLAMATE, Ph.D. 109 P. 2018.

Fear of falling is one of common causes movement in among older adults. leading to loss of self-confidence in safely the elderly, which contributes to avoidance of activities resulting in performing activity ability declines ability declines. The objectives of this research were to study the level of fear of falling and factors related to fear of falling among older adult patients. The sample of 123 older adult patients admitted to inpatient department in community hospitals in Nakhon Ratchasima province and met inclusion criteria were randomly selected by stratified random sampling and simple random sampling. The research instruments included an Interview personal data form, Health status perception, Thai Fall Efficacy Scale-international, Thai Geriatric Depression Scale, Charlson's Comorbidity Index, The Modified Barthel Activities of Daily Index, and Sharpened Romberg Test. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, Spearman rank-order correlation coefficient and Point biserial correlation coefficient.

The results revealed that the majority of the sample had fear of falling (82.9%). The level of fear of falling was at most level (85.3%). Gait and balance ability was moderate negatively correlated ($r_s = -.327, p < .01$), activities daily living and health status perception were low negatively correlated ($r_s = -.248, p = .003; r_s = -.223, p = .007$) with fear of falling among older adult patients statistically at the significant level of .01. Female, depression and fall experiences were low positively correlated ($r_{pb} = .200, p = .013; r_s = .194, p = .016; r_s = .184, p = .021$) with fear of falling among older adult patients at the significant level of .05. However, co-morbidity did not statistically relate with fear of falling among older adult patients at the significant level of .05.

Health care providers should pay attention in fear of falling among older adult patients. They should develop program to promote confidence in movement for older adult patients. By emphasizing on increasing ability of gait and balance, increasing the levels of health status perception and managing the state of depression. especially in elderly women with fall experience.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
สมมติฐานของการวิจัย.....	7
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
การหกล้มในผู้สูงอายุ.....	11
ความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ.....	19
ปัจจัยเกี่ยวข้องกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ	33
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	44
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย	50
การเตรียมผู้ช่วยวิจัย.....	51
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล	52
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้	53
4 ผลการวิจัย.....	55

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	55
5 สรุปและอภิปรายผล	61
สรุปผลการวิจัย	61
อภิปรายผลการวิจัย	62
ข้อเสนอแนะ	70
บรรณานุกรม	71
ภาคผนวก	83
ภาคผนวก ก	84
ภาคผนวก ข	89
ภาคผนวก ค	105
ภาคผนวก ง	107
ประวัติย่อของผู้วิจัย	109

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	56
2	จำนวน และร้อยละของประสบการณ์การหกล้ม ภาวะซึมเศร้า ความสามารถ ในการทรงตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะโรคร่วม และความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน.....	57
3	จำนวน และร้อยละของความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ.....	58
4	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความกลัวการหกล้มของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกิจกรรม	58
5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทรงตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะโรคร่วม และความสามารถใน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ	60

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	8
2	การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น	44
3	การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม G*Power 3.1.9.2.....	108

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้ผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น และมีชีวิตที่ยืนยาว โดยการหกล้มจัดเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) และเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บของผู้ป่วยสูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาลในประเทศไทย พบว่า การหกล้มเป็นปรากฏการณ์ที่พบมากที่สุดของการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุได้รับการบาดเจ็บ และเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก (ภาวดี วิมลพันธุ์ และชนิษฐา พิศฉลาด, 2556) จากการสำรวจที่พบว่า ผู้สูงอายุเคยหกล้ม 1 ครั้ง ร้อยละ 55.6 หกล้ม 2 ครั้ง ร้อยละ 23.7 และผู้สูงอายุหกล้มมากกว่า 2 ครั้ง ถึงร้อยละ 20.7 ภายในระยะเวลา 6 เดือน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552) โดยสาเหตุของการหกล้มในผู้สูงอายุเกิดจากปัจจัยภายใน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงตามวัย สภาวะด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ หรือการเจ็บป่วยต่าง ๆ ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย และการได้รับยา (Miller, 2009) การหกล้มดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม โดยที่การหกล้มอาจนำไปสู่การบาดเจ็บเล็กน้อยถึงรุนแรง หรือเสียชีวิตได้ ทำให้เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพ และเพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เนื่องจากต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง หรือการขาดรายได้ของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ (นารีรัตน์ จิตรมนตรี, 2554) แม้ว่าในรายที่ได้รับบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง แต่ก็ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความกลัวการหกล้ม (Fear of falling) ตามมาได้ (Rubenstein, Alexander, & Hausdoff, 2003)

อุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาล พบได้ร้อยละ 50-56 (Chandler, 1996) ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาที่พบในชุมชน ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบผู้สูงอายุเพศหญิงกลัวการหกล้ม ร้อยละ 36.2 (Boyd & Stevens, 2009) ประเทศเนเธอร์แลนด์ พบผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป กลัวการหกล้ม ร้อยละ 54.3 (Zijlstra et al., 2007) ผู้สูงอายุที่กลัวการหกล้มร้อยละ 50-83 จึงพยายามหลีกเลี่ยง หรือจำกัดการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น (Gillespie & Friedman, 2007; Deshpande et al., 2008) ความกลัวการหกล้ม เป็นภาวะที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งมีความกังวลว่าอาจเกิดการหกล้ม (Tinetti, Richman, & Powell, 1990) เป็นความกลัวที่เฉพาะเจาะจง เกิดขึ้นตามมาหลังจากการหกล้ม ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุสูญเสียความมั่นใจในตนเองเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวอย่างปลอดภัย กลัวว่าจะเกิดการหกล้มซ้ำอีก (นัยนา พิพัฒน์วิชชา, 2555)

จากการศึกษา พบว่า ประมาณร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติการหกล้ม มักจะมีความกลัวต่อการหกล้มซ้ำ (Kressig et al., 2001) และผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การหกล้มจะกลัวการหกล้มมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การหกล้ม (กมลพร วงศ์พนิตกุล, นัยนา พิพัฒน์วิศิชา และรวีวรรณ เผ่ากัณหา, 2555) เนื่องจากความกลัวการหกล้ม เป็นเสมือนตัวปิดกั้นความสำเร็จในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยสูงอายุ เมื่อติดตามกลุ่มผู้สูงอายุที่กลัวการหกล้มเป็นเวลา 1 ปี พบว่า ระดับของความกลัวการหกล้มเพิ่มสูงขึ้น (Murphy, Dubin, & Gill, 2003) และพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่ม โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 91.7 มีความกลัวการหกล้มอยู่ในระดับสูง (อัจฉราวรรณรัตน์มณี และนัยนา พิพัฒน์วิศิชา, 2560) ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการจำกัดกิจวัตรประจำวันของตนเอง ทั้ง ๆ ที่ยังมีศักยภาพที่จะทำได้ (Friedman, Munoz, Weat, Rubin & Fried, 2002) จนสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง หลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น แยกตนเองและไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม แม้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่กลัวการหกล้มจะทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความระมัดระวัง แต่ในขณะที่เดียวกันความกลัวการหกล้มจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้สึกไม่มั่นใจ พยายามหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมต่าง ๆ และจำกัดการเคลื่อนไหว เนื่องจากเชื่อว่าป้องกันการหกล้มได้ เกิดผลกระทบที่ตามมา คือการทำงานของหัวใจ และปอดลดลง ภาวะอาหารลำไส้เคลื่อนไหวลดลง การเผาผลาญอาหารผิดปกติ การไหลเวียนเลือดและน้ำเหลืองลดลง การสูญเสียมวลกระดูกทำให้กระดูกเปราะหักง่าย ผู้ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุ มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอื่น ๆ ตามมาได้แก่ ข้อติดแข็ง การเกิดแผลกดทับ ปอดอักเสบ ท้องผูก และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552; Friedman et al., 2002) จึงเป็นปัญหาสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง เกิดเป็นภาวะพึ่งพา และเพิ่มภาระการดูแลแก่ครอบครัวในระยะยาว (Vellas, Wayne, Romero, Baumgartner, & Garry, 1997; Tideksaar & Silverton, 1989) ความกลัวการหกล้มในระยะเวลายาวนาน ส่งผลให้ผู้สูงอายุสูญเสียความมั่นใจในการทรงตัวและการก้าวเดิน (Schmid et al., 2009) ทำให้อาการของโรคมีความรุนแรงมากขึ้น ระยะเวลารออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านจิตใจ เช่น มีพฤติกรรมถดถอยจากสังคม ความสามารถในการตัดสินใจ และการแก้ปัญหาลดลง เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Gaxatte et al., 2001)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งใน และต่างประเทศ พบว่า ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงได้ทำการทบทวนวรรณกรรมความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุทั่ว ๆ ไปร่วมด้วย ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ มีหลายปัจจัยดังต่อไปนี้

เพศ โดยมีการศึกษาที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความถี่ของการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยพบเพศหญิงมีความถี่การหกล้มมากกว่าเพศชาย (กมลพร วงศ์พนิตกุล และคณะ, 2555; Denkinger et al., 2010; Friedman et al., 2002; Hill, Womer, Russell, Blackberry, & McGann, 2010; Kumar, Carpenter, Morris, Iliffe, & Kendrick, 2014; Lach, 2005; Scheffer, Schuurmans, Dijk, Hooft, & Rooij, 2008; Schmid et al., 2009) ซึ่งอาจเนื่องมาจากสังคมทั่วไปมีการกำหนดบทบาทของเพศชาย และเพศหญิงแตกต่างกัน โดยในเพศชายถูกคาดหวังถึงความเข้มแข็ง กล้าหาญ ไม่แสดงความอ่อนแอออกมาให้เห็น โดยง่าย ตรงกันข้ามกับเพศหญิงที่มีความบอบบางอ่อนแอ สามารถแสดงออกถึงความกลัว และอารมณ์ในด้านต่าง ๆ ได้อย่างอิสระมากกว่าเพศชาย (สุรางค์ ใค้วตระกูล, 2553) นอกจากนี้ เมื่อเพศหญิงเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนระดับเอสโตรเจนในร่างกายก็จะลดต่ำลง ทำให้เพศหญิงมีโครงสร้างของกระดูกบางกว่าเพศชาย เมื่อเกิดการหกล้มทำให้เกิดผลกระทบทที่รุนแรง เช่นกระดูกหัก จึงทำให้เพศหญิงกลัวการหกล้ม ส่วนในผู้สูงอายุเพศชายมีความถี่การหกล้มน้อยกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง เนื่องจากส่วนใหญ่ทำงาน หรือมีกิจกรรมทางร่างกายมากกว่า ทำให้กล้ามเนื้อแขนขาที่มีความแข็งแรง และทรงตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง (ลัดดา เกียมวงศ์, 2554) แต่ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม อาจทำให้เพศมีผลต่อความถี่การหกล้มของผู้สูงอายุไทยมีความสัมพันธ์ในลักษณะที่แตกต่างกับผลการศึกษาในต่างประเทศก็เป็นได้

ประสบการณ์การหกล้ม ผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การหกล้มมาแล้วมักจะเกิดความถี่การหกล้มอีกในสถานการณ์คล้ายเดิม โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองเกิดจากแหล่งข้อมูล เชื่อมโยงมาจากประสบการณ์ของตนเองหรือของบุคคลอื่น ซึ่งการได้เห็นการหกล้มของบุคคลอื่น และหากเหตุการณ์นั้น ๆ มีความรุนแรงจะทำให้เกิดการจดจำ และมีความกลัวมากขึ้น ทำให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับต่ำ สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม ส่วนบุคคลที่ไม่เคยเคยหกล้มแต่รับรู้จากประสบการณ์ของบุคคลอื่น ทำให้บุคคลนั้น ๆ มีประสบการณ์ที่ไม่ดี จึงเกิดความถี่การหกล้มได้ โดยมีการศึกษาในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน และผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า ประสบการณ์การหกล้มมีความสัมพันธ์กับความถี่การหกล้ม (กมลพร วงศ์พนิตกุล และคณะ, 2555; Lee, Choi, & Kim, 2017; Zijlstra et al., 2007) อย่างไรก็ตามบางการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีประวัติการหกล้มมาก่อนมีความถี่การหกล้มได้เช่นกัน (Andersson, Kamwendo, & Appelros, 2008; Kim et al., 2012) ดังนั้น จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าประสบการณ์การหกล้ม เป็นปัจจัยของความถี่การหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุหรือไม่ จึงควรศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะผิดปกติทางอารมณ์ของผู้สูงอายุที่พบได้บ่อย เป็นการรับรู้ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มีความสุข หดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัว ชอบอยู่เงียบ ๆ คนเดียว ท้อแท้ มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า และเป็นภาระต่อผู้อื่น เพราะเป็นวัยที่มีการสูญเสียหลายด้านทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ซึ่งการเจ็บป่วยทางกายทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาใหม่ที่เป็นผลรวมจากความเสื่อมอันเนื่องมาจากความสูงอายุ และจากความเจ็บป่วยอาจส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความเจ็บปวด มีการสูญเสียบทบาทหน้าที่ และต้องพึ่งพาผู้อื่น ในการทำกิจวัตรประจำวัน (ผ่องพรรณ แสงอรุณ, 2555) ทำให้มีความผิดปกติด้านอารมณ์ โดยภาวะซึมเศร้าถือว่าเป็นอารมณ์ทางด้านลบ ซึ่งสภาวะอารมณ์ทางด้านลบส่งผลให้บุคคล มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับต่ำ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมข้าง มีการตัดสินใจผิดพลาด จึงจำกัดกิจกรรมของตนเอง และหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) จากการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความกลัว การหกล้ม (อัจฉราวรรณ รัตนมณี และนัยนา พิพัฒน์วิศิชา, 2560; กมลพร วงศ์พนิตกุล และคณะ, 2555; Schmid et al., 2009) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาของ Murphy et al. (2003) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงสูงอายุในชุมชน ในสหรัฐอเมริกาไม่สัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม ดังนั้น จึงไม่สามารถสรุป ได้ว่าภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยของความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุหรือไม่

ความสามารถในการทรงตัว ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ผู้สูงอายุต้องอาศัย ความสามารถทางด้านร่างกาย ทั้งการเดิน การยืนและการทรงตัว ในวัยสูงอายุจะมีความสามารถในการก้าวเดิน และการทรงตัวที่บกพร่องซึ่งเป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงตามวัยของระบบกระดูก กล้ามเนื้อ และระบบประสาท มีการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นช้าลง (Miller, 2009) ร่วมกับผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีอาการอ่อนเพลีย สภาพร่างกายอ่อนแอ ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง การเดิน และการทรงตัวไม่ดี หากบุคคลมีสภาวะด้านร่างกายร่างกายที่ผิดปกติ จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาในการทรงตัว ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำร่วมกับการเกิดประสบการณ์ที่ไม่ดี จึงไม่เชื่อในความสามารถของตนเอง ขาดความมั่นใจในการก้าวเดิน อย่างปลอดภัย จึงเกิดความกลัวการหกล้มตามมา ทั้งนี้มีการศึกษาทั้งในผู้สูงอายุทั่วไปที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่า ความสามารถในการทรงตัวมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม (กมลพร วงศ์พนิตกุล และคณะ, 2555; Scheffer, Schuurmans, Dijk, Hooft, & Rooij, 2008)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึก และความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพของตนเอง มีผลต่อการมองตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ ทั้งนี้สามารถอธิบายตามทฤษฎีการรับรู้

ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997) ได้ว่า หากผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองมีภาวะสุขภาพไม่ดี เป็นการมองตนเองในด้านลบ จะขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ทำให้เกิดความท้อแท้ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี จึงไม่เชื่อในความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ (Fletcher & Hirdes, 2004; Zijlstra et al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ Kumar et al. (2014) และ Scheffer et al. (2008) ที่พบว่า ผู้สูงอายุทั่วไปที่อาศัยอยู่ในชุมชน ที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดีมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม แต่ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะบุคคลของชาวไทย และชาวต่างชาติที่แตกต่างกัน อาจทำให้การรับรู้ภาวะสุขภาพและความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุไทยมีความสัมพันธ์ในลักษณะที่แตกต่างกับการศึกษาของต่างประเทศก็เป็นได้

ภาวะโรคร่วม มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งกายภาพ สรีระวิทยา และการทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคนั้น ทำให้การดูแลรักษาซับซ้อนมากขึ้น (Cree, Carriere, Soskolne, and Suarez-Almazor, 2001) หากมีภาวะโรคร่วมหลายโรคจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงมากยิ่งขึ้น ระดับการรับรู้ความสามารถ ขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ว่ามีความยากง่าย และประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในเรื่องนั้น ๆ เมื่อสภาวะด้านร่างกายที่ผิดปกติจะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับต่ำ ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเองเมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ (Bandura, 1997) จึงเกิดความกลัวหกล้มตามมา ทำให้ต้องพึ่งพาการช่วยเหลือจากครอบครัวมากขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) โดยมีการศึกษาในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน ที่พบว่า ภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม (Kempen, Haastregt, Mckee, Delbaere, & Zijlstra, 2009; Murphy, Williams, & Gill, 2002) ดังนั้น ภาวะโรคร่วมอาจเป็นปัจจัยของความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ จึงควรศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันที่เป็นขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยสูงอายุได้ด้วยตนเอง หากบุคคลมีสภาวะด้านร่างกายที่ผิดปกติ จะเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับต่ำ จึงไม่เชื่อในความสามารถของตนเอง ส่งผลให้เกิดการจำกัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง กลัวไม่กล้าที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ได้ด้วยตนเอง เนื่องจากกลัวการหกล้ม ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยสูงอายุเกิดการเจ็บป่วย ร่างกายจะมีการเสียสมดุล การมีกำลังสำรองลดลง เมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลงระหว่างการอยู่รักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการต้องนอนพักอยู่แต่บนเตียง เป็นปัจจัยสำคัญยิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุ มีสภาวะร่างกายถดถอย ร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้เต็มที่ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในการเคลื่อนไหว มีการจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง หรือเกิดความกลัวการหกล้ม สอดคล้องกับ

การศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงจะกลัวการหกล้ม (Denkinger et al., 2010; Hill et al., 2010; Lach, 2005; Scheffer et al., 2008; Schmid et al., 2009) แต่ทั้งหมดเป็นการศึกษาในต่างประเทศ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

ดังที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่า สถิติของผู้สูงอายุที่กลัวการหกล้มมีค่อนข้างสูง ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ที่ตามมาจากการกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ จากพยายามหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมต่าง ๆ และจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมิ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอื่น ๆ ตามมา ได้แก่ ข้อติดแข็ง การเกิดแผลกดทับ ปอดอักเสบ ท้องผูก และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เกิดทำให้เกิดการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาลในการฟื้นฟูสภาพ และเพิ่มระยะเวลาในการนอน โรงพยาบาลนานขึ้น เนื่องจากต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุเป็นอย่างมาก จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยมีการศึกษาเรื่องความกลัวการหกล้ม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชนมีจำกัด เนื่องจากบริบทของ โรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชปฏิบัติ ครอบครั้ว มีขอบเขตการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลรักษาโรคพื้นฐานทั่วไป (Common problem) ที่มีความรุนแรงของโรคไม่ซับซ้อนมาก (กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ให้บริการผู้ป่วย ทุกเพศ ทุกวัย ทุกกลุ่ม โรคที่นอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยเดียวกัน ตามการบริหารจัดการของแต่ละ โรงพยาบาล จากสภาวะความเจ็บป่วยร่วมกับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่เปลี่ยนไปจากที่บ้าน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความกลัวการหกล้มตามมาได้ การศึกษานี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการวางแผนพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดความกลัวหกล้ม และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการจำกัด การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยสูงอายุ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ อยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ เพศ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทรงตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะโรคร่วม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะซึมเศร้า

ความสามารถในการทรงตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะโรคร่วม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

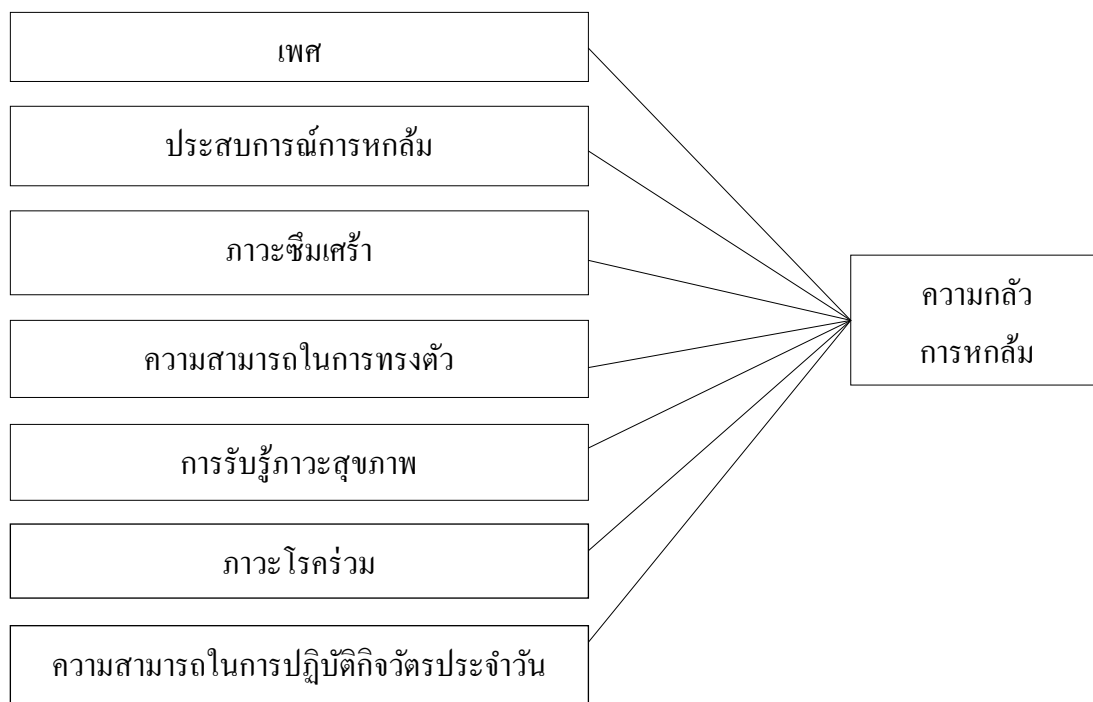
สมมติฐานของการวิจัย

1. เพศหญิง มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ
2. ประสบการณ์การหกล้ม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ
3. ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ
4. ความสามารถในการทรงตัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ
5. การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ
6. ภาวะโรคร่วม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ
7. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้เกิดจากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการศึกษาทฤษฎี การรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) เพื่อใช้เป็นกรอบในการประเมิน และอธิบาย การเกิดความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ โดย Bandura (1997) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ Tinetti et al. (1990) ได้นำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง มาประยุกต์ใช้ในการสร้างแบบสัมภาษณ์ความกลัวการหกล้ม (The Fall Efficacy Scale) เพื่อประเมินระดับความมั่นใจในตนเองที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างปลอดภัยโดยไม่หกล้ม ซึ่งภายหลังได้มีการดัดแปลงแบบประเมินนี้เพื่อให้สะดวกและครอบคลุม เหมาะแก่การนำไปใช้ โดย Prevention of Falls Network Europe [ProFaNE] (2006) ได้ดัดแปลงแบบประเมินความกลัวการหกล้มโดยทำให้ครอบคลุมกิจวัตรประจำวันทั้งกิจกรรมทางกาย และกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ เพศ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะซึมเศร้า

ความสามารถในการทรงตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะโรคร่วม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (Correlation descriptive research) ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา ในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 จำนวน 123 คน

นิยามศัพท์เฉพาะ

ความกลัวการหกล้ม (Fear of falling) หมายถึง การรับรู้ระดับของเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยสูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน โดยไม่เกิดการหกล้มอยู่ในระดับต่ำ ประเมินได้จากแบบประเมินอาการกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุไทยที่ ลัดดา เกียมวงศ์ (2554) แปลมาจากแบบประเมินความกลัวการหกล้ม (The Falls Efficacy Scale-international [FES-I]) ของ Prevention of Falls Network Europe [ProFaNE] (2006)

เพศ (Gender) หมายถึง ความเป็นหญิง ความเป็นชาย ที่ถูกกำหนดขึ้น โดยธรรมชาติตามสภาวะทางชีววิทยาซึ่งเปลี่ยนแปลงไม่ได้

ประสบการณ์การหกล้ม (Fall experiences) หมายถึง จำนวนนับเป็นครั้งของการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งการหกล้ม หมายถึง การเคยเกิดเหตุการณ์การสูญเสียความสามารถในการทรงตัวซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ เป็นผลให้ทำให้ส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายลงไปอยู่กับพื้น หรือในระดับที่ต่ำกว่าเดิม รวมถึงการปะทะกับสิ่งของต่าง ๆ ซึ่งอาจส่งผลให้ร่างกายของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหรือไม่ได้รับบาดเจ็บก็ตาม ในที่นี้ไม่รวมถึงการหกล้มที่เกิดจาก การเป็นลม การถูกรถชน โรคหลอดเลือดสมองที่มีการแตก ตีบ หรือตัน ประเมินได้จาก แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ความสามารถในการทรงตัว (Gait & balance control) หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสมดุลร่างกายให้อยู่บริเวณฐานรับน้ำหนักของร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุในขณะที่อยู่กับที่ประเมินโดยการทดสอบความสามารถในการทรงตัว โดยการยืนต่อเท้าเป็นแนวเส้นตรง (Sharpened Romberg Test [SRT]) ของ Brigg, Grossman, Birch, Drews, and Shaddeau (1989)

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง ภาวะผิดปกติทางอารมณ์ของผู้ป่วยสูงอายุโดยมีความรู้สึกเศร้า วิตกกังวล หดหู่ ไม่กระตือรือร้นในชีวิต ชอบอยู่เงียบ ๆ คนเดียว รู้สึกตนเองไร้ค่า ความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลง ทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมินได้จากแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale [TGDS]) ของกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2537) ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดภาวะซึมเศร้า (Geriatric Depression Screening [GDS]) ของ Yesavage et al. (1983) ฉบับภาษาไทยที่แปลโดย อรรณณ ลีทองอินทร์ (2535)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Health status perception) หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้ป่วยสูงอายุต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเองในปัจจุบัน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของ Melanson and Downe-Wamboldt (1987) ฉบับภาษาไทยที่แปลโดย วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538)

ภาวะโรคร่วม หมายถึง โรคอื่นที่เป็นร่วมหรือโรคเรื้อรังของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคในปัจจุบัน ประเมินได้จากแบบประเมินภาวะโรคร่วม (Charlson's Comorbidity Index [CCI]) (Charlson, Pompei, Ales, and Mackenzie, 1987) ฉบับภาษาไทยที่แปลโดย Utriyaprasit (2001)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันที่ทำเป็นขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยสูงอายุได้ด้วยตนเอง ประเมินได้จากแบบประเมิน

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (The Modified Barthel Activities of Daily Index [BAI])
ของ Mahoney and Barthel (1965) ฉบับปรับปรุง และพัฒนาขึ้น โดย Jitapunkul, Kamolratanakul,
Chandraprasert, and Bunnag (1994)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (Correlation descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาโดยมีสาระสำคัญในหัวข้อต่าง ๆ ตามลำดับต่อไปนี้

1. การหกล้มในผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของการหกล้ม
 - 1.2 อุบัติการณ์การเกิดหกล้มของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล
 - 1.3 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้มของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล
 - 1.4 ผลกระทบของการหกล้มในผู้สูงอายุในโรงพยาบาล
2. ความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ
 - 2.1 ความหมายของความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ
 - 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ
 - 2.3 อุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ
 - 2.4 ผลกระทบของความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ
3. ปัจจัยเกี่ยวข้องกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

การหกล้มในผู้สูงอายุ

ความหมายของการหกล้ม

การหกล้ม เป็นอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้สูงอายุ ทั้งในโรงพยาบาลและที่ชุมชนจึงมีผู้สนใจศึกษาวิจัย และให้คำจำกัดความของการหกล้มนั้นกันแตกต่างกันออกไปตามการให้ความหมายของแต่ละบุคคล หรือแตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการให้ความหมายของการหกล้ม พอสรุปได้ดังนี้

การหกล้ม หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่ได้ตั้งใจ ทำให้เสียการทรงตัว ส่งผลให้ร่างกายทรุดลงกับพื้นในระดับเดียวกันหรือต่ำกว่า รวมทั้งการปะทะกับสิ่งของต่าง ๆ และทำให้ได้รับบาดเจ็บหรือไม่ได้รับการบาดเจ็บก็ได้ (ทิพเนตร งามกาละ, ประคอง อินทรสมบัติ และสุปรีดา มั่นคง, 2554)

การหกล้ม หมายถึง การที่บุคคลสูญเสียการทรงตัวโดยไม่ได้ตั้งใจ และไม่ได้เกิดจากแรงกระทำภายนอก โดยทำให้ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ได้แก่ แขน เข่า ก้นหรือร่างกายสัมผัสกับพื้น (ลัดดา เทียมวงศ์, 2552)

การหกล้ม หมายถึง การที่ร่างกายสูญเสียการทรงตัวทำให้อวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายตกหรือกระแทกพื้น หรือกระแทกระดับที่ต่ำกว่า เช่น โຕ้ะ เก้าอี้ หรือพื้น โดยบังเอิญ การหกล้มที่เกิดขึ้นอาจทำให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บหรือไม่ก็ตาม ทั้งนี้ไม่นับการหกล้มที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองแตก ตีบ หรือตัน ไม่นับการหกล้มที่เกิดจากเป็นลม หรือการหกล้มที่เกิดจากแรงกระแทกภายนอก เช่น ถูกเดินชน เป็นต้น (นัยนา พิพัฒน์วิจิตร, 2555)

การหกล้ม หมายถึง การสูญเสียการทรงตัวโดยไม่ได้ตั้งใจทำให้ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย หรือร่างกายทั้งตัวสัมผัสกับพื้น ซึ่งไม่ได้เกิดจากแรงกระทำภายนอก โดยไม่รวมการหกล้มอันเกิดจากการเป็นลมหรือการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (กมลพร วงศ์พนิตกุล และคณะ, 2555)

การหกล้ม หมายถึง การเปลี่ยนท่าโดยไม่ได้ตั้งใจ รวมทั้งจากการหน้ามืด เป็นลม ขาอ่อนแรง การสะดุด เกี่ยวดิ่งและลื่นไถล ส่งผลให้ร่างกายทรุดลงหรือนอนลงกับพื้น และหรือมีการปะทะกับสิ่งของต่าง ๆ ก่อนที่จะลงสู่พื้น (Greenspan, Myer, Maitland, Resnick, & Hayes, 1994)

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยให้นิยามของการหกล้ม คือ การสูญเสียการทรงตัวโดยไม่ได้ตั้งใจทำให้ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายสัมผัสกับพื้นซึ่งอาจส่งผลให้ร่างกายของผู้ป่วยสูงอายุได้รับบาดเจ็บหรือไม่ได้รับบาดเจ็บก็ตาม โดยไม่รวมการหกล้มที่เกิดจาก การเป็นลม การถูกรถชน โรคหลอดเลือดสมองที่มีการแตก ตีบ หรือตัน

อุบัติการณ์การเกิดหกล้มของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

การหกล้มเป็นอุบัติการณ์ที่พบได้บ่อยในโรงพยาบาล พบได้ถึงร้อยละ 70 (Krauss et al., 2005) ผู้สูงอายุที่หกล้มขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 52 มีประวัติการหกล้มก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Evans, Hodgkinson, Lambert, Wood, & Kowanko, 1998) ในสหรัฐอเมริกา พบอุบัติการณ์การหกล้มครั้งแรกขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 2.2 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ในแผนกอายุรกรรม และศัลยกรรม พบผู้สูงอายุหกล้มเฉลี่ย 3.6 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน (American Nurse Association [ANA], 2007) ประเทศอังกฤษมีอุบัติการณ์การหกล้มโดยเฉลี่ยอย่างน้อยปีละ 1,260 ราย หรือหกล้ม 4.8 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน (National Patient Safety Agency [NPSA], 2007) ส่วนผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยจิตเวช (Psychogeriatric ward) และหอพักฟื้นสำหรับผู้สูงอายุ (Geriatric rehabilitation) พบว่า ผู้สูงอายุมีการหกล้มมากขึ้นเป็น 6.2 และ 3.4 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

ในประเทศไทย การหกล้มเป็นปรากฏการณ์ที่พบมากที่สุดของการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุได้รับการบาดเจ็บ และเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก (ภาวดี วิมลพันธุ์ และ ขนิษฐา พิศลลาด, 2556) จากการสำรวจที่พบว่า ผู้สูงอายุเคยหกล้ม 1 ครั้ง ร้อยละ 55.6 หกล้ม 2 ครั้ง ร้อยละ 23.7 และผู้สูงอายุหกล้มมากกว่า 2 ครั้ง สูงถึงร้อยละ 20.7 ภายในระยะเวลา 6 เดือน (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552) โดยสถานที่เกิดการหกล้มมากที่สุดคือในห้องของผู้ป่วย พบร้อยละ 80 รองลงมาเกิดที่ห้องน้ำผู้ป่วย และระเบียง (Hitcho et al., 2004; Krauss et al., 2005; Yauk et al., 2005) ส่วนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการหกล้ม ได้แก่ การเคลื่อนย้ายจากเตียง การลุกนั่งหรือการออกจากเก้าอี้ การเดิน และขณะกำลังใช้ห้องสุขา (Kerzman, Chetrit, Brin, & Toren 2004; Yauk et al., 2005)

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้มของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยของการหกล้มสามารถจำแนกได้ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยภายใน (Intrinsic factors) หมายถึง สภาวะร่างกายหรือการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้ม ซึ่งสามารถจำแนกได้ดังนี้

1.1 อายุที่เพิ่มมากขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทางกายที่ลดลง เช่น การมองเห็น การทรงตัวและการเคลื่อนไหว (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542) ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เป็นสาเหตุของการหกล้มในผู้สูงอายุ มีรายงานการวิจัยที่ผ่านมามากมายยืนยันว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ผลจากการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีอายุ 60-65 ปีหรือสูงกว่าจะมีภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มสูง (Evans et al., 1998) และผู้สูงอายุมากกว่า 80 ปี มีความเสี่ยงต่อการหกล้มเป็น 2.9 เท่าของผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (เปรมกมล ขวนขวาย, 2550)

1.2 ประวัติการหกล้ม ผู้ป่วยที่มีประวัติการหกล้มมากกว่า 1 ครั้ง จะเพิ่มความเสี่ยงในการหกล้มมากยิ่งขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยกลัวการหกล้มซ้ำ ทำให้ขาดความมั่นใจในการเคลื่อนไหวทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มเป็นอย่างมาก จากผลการศึกษาถึงทดลองในโรงพยาบาลขนาด 600 เตียง ในประเทศออสเตรเลีย พบว่า ผู้ที่มีประวัติหกล้มเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีโอกาสหกล้มสูงถึง 3 เท่าของผู้ที่ไม่มีประวัติหกล้ม (McFarlane-Kolb, 2004)

1.3 การทรงตัวบกพร่อง ผู้ป่วยที่อ่อนเพลีย สภาพร่างกายอ่อนแอ ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนลดลง การเดินและการทรงตัวไม่ดี จะทำให้เสี่ยงต่อการหกล้ม ผลจากการศึกษาในรัฐเท็กซัส ของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผู้ป่วยจำนวน 354 ราย พบว่า มีการหกล้ม

118 ราย ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดการหกล้ม คือ ผู้ป่วยมีปัญหาการสูญเสียการทรงตัว (Yauk et al., 2005)

1.4 การรับรู้บกพร่อง ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนจะเกิดความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ โดยที่ระดับการรู้สึกตัว (Mental status) และการรู้คิด (Cognitive) เป็นตัวประสานระหว่างสิ่งแวดล้อมกับกระบวนการเดินและการทรงตัว หากมีความบกพร่องทางด้านจิตใจและการรู้คิด เช่น อาการสับสน การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ (Confusion disorientation) หรือเห็นภาพหลอน จะทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มมากขึ้น (Hendrich et al., 1995) และระดับการรู้คิดลดลง เกิดภาวะสับสน สามารถทำนายการหกล้มได้ ร้อยละ 91 (Yauk et al., 2005)

1.5 การได้รับยาบางชนิด การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากฤทธิ์ของยาได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของเภสัชจลศาสตร์ และเภสัชพลศาสตร์ ทำให้ยาบางตัวออกฤทธิ์อยู่ในร่างกายได้นาน หรือร่างกายตอบสนองต่อยามากกว่าปกติ ยาที่มีผลให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้ม ได้แก่ ยาต้านอาการซึมเศร้า ยานอนหลับหรือยากล่อมประสาท ยารักษาอาการทางจิต ยาขยายหลอดเลือด ยาขับปัสสาวะ ซึ่งผลข้างเคียงของยาทำให้เกิดอาการง่วงซึม สับสน การก้าวเดิน และการทรงตัวผิดปกติ ทำให้เกิดการหกล้มได้ง่ายขึ้น (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ผู้สูงอายุที่ได้รับยานอนหลับ ยากล่อมประสาท และยาขับปัสสาวะ จะมีอุบัติการณ์ของการหกล้มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (McFarlane-Kolb, 2004)

1.6 จำนวนโรคเรื้อรัง การมีโรคประจำตัวทำให้ผู้สูงอายุเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มได้มากกว่าคนในวัยอื่น ๆ ได้แก่ โรคทางระบบประสาท เช่น โรคพาร์กินสัน โรคลมชัก โรคสมองเสื่อม เป็นต้น รวมถึงโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจ และโรคที่มีปัญหาเกี่ยวกับกระดูกและข้อ ซึ่งโรคดังกล่าวมีผลต่อการทรงตัวในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการหกล้มได้ง่าย (Miller, 2009) และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมาก จะส่งผลให้ร่างกายและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลงมากขึ้น ผู้สูงอายุที่หกล้มส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวสองโรคขึ้นไป ซึ่งโรคที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล, ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม และพรรณวดี พุทธิวัฒน์, 2543)

1.7 ปัญหาการขยับถ่ายและการใช้ห้องสุขา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลั้นปัสสาวะ ทั้งนี้เนื่องมาจาก การเปลี่ยนแปลงตามวัยจาการสูงอายุ ทำให้กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง กำลังในการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลง และขนาดของกระเพาะปัสสาวะลดลง ดังนั้นผู้สูงอายุจึงขยับถ่ายปัสสาวะบ่อย (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเข้าห้องน้ำบ่อยครั้ง และต้องรีบเร่งเวลาเข้าห้องน้ำ ทำให้มีโอกาสรุนแรงต่อการหกล้มได้ง่าย และปัญหาการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่อยู่ มีความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีการ

หกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (McFarlane-Kolb, 2004) นอกจากนี้ ความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟูสภาพที่การกลืนปัสสาวะไม่อยู่ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อภิฤดี จิระวิโรจน์ และณิชภัทร พุฒิกามิน, 2556)

1.8 เพศ จากผลการศึกษา พบว่า เพศหญิงมีการหกล้มที่สูงกว่าเพศชาย (Nyberg, & Gustafson, 1996; Nyberg & Gustafson, 1997; Olsson et al., 2005; Tsur, 2005 อ้างถึงใน อภิฤดี จิระวิโรจน์ และณิชภัทร พุฒิกามิน, 2556) การหกล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ พบว่า อัตราส่วนการหกล้มในเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 84 ต่อ 77 (Nyberg & Gustafson, 1995) ในประเทศไทย พบการหกล้มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูสภากาชาดไทย โดยอัตราส่วนการหกล้มใน เพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 14 ต่อ 10 (Chaiwanichsiri, Jiamworakul, & Kitisomprayoonkul, 2006)

2. ปัจจัยภายนอก (Extrinsic factors) เป็นปัจจัยที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายหรือกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอันตราย ดังต่อไปนี้

2.1 สภาพแวดล้อมทั่วไป ที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการการหกล้ม ได้แก่ แสงสว่างไม่เพียงพอ ทางเดินลาดชัน พื้นต่างระดับหรือลื่น ห้องน้ำไม่มีอุปกรณ์ช่วยให้ปลอดภัย เช่น ราวจับยึด สัญญาณขอความช่วยเหลือ พรหมในห้องน้ำ ล้อเตียง ระดับความสูงของเตียง พื้นที่ระหว่างเตียงแคบ ประตูทางเข้าห้องน้ำแคบและมีธรณีประตู (กาญจณี นิดิเรืองจรส, 2545) ส่วนใหญ่การหกล้มจะเกิดบริเวณที่อยู่รอบ ๆ ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ได้แก่ บริเวณที่นอน ห้องน้ำ ทางเดิน บันได เป็นต้น (The Joanna Briggs Institute [JBI], 1998) นอกจากนี้ โครงสร้างของโรงพยาบาลที่มีลักษณะที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหกล้มของผู้ป่วยประกอบด้วย ลักษณะชั้นบันได แสงสว่าง เครื่องใช้ และอุปกรณ์ในโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสม ทำให้เป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุ (British Columbia Ministry of Health, 2004 อ้างถึงใน เสาวคนธ์ อุบลศรี, 2551) เตียงที่มีล้อจะทำให้เกิดการเลื่อนไถลได้ง่าย เพราะพื้นทั่วไปในโรงพยาบาลจะขัดมันและลื่น ส่วนขอบตามพื้นประตู อุปกรณ์ต่างๆที่ใช้สำหรับการรักษาและสายไฟที่ใช้ต่อเชื่อมกับอุปกรณ์ต่างๆ ซึ่งวางเกะกะตามพื้น จะเป็นอุปสรรคต่อการเดินของผู้สูงอายุ ภาวะกระดูกสะโพกหัก ในระยะฟื้นฟูสภาพ ผู้สูงอายุจะมีแขน ขาอ่อนแรง ไม่สามารถยกปลายเท้าได้สูง เวลาเดินโดยไม่ระมัดระวัง หรือ ไม่มีคนช่วยดูแลจะทำให้เกิดการสะดุดได้ (Magaziner et al., 2003 อ้างถึงใน เสาวคนธ์ อุบลศรี, 2551)

2.2 การผูกมัด เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มจากการตกเตียง เนื่องจากผู้ป่วยที่ถูกผูกมัดมักพยายามดิ้นรนต่อสู้ให้เป็นอิสระ ส่งเสริมให้เสี่ยงต่อการตกเตียงมากขึ้น และผลจากการที่ถูกผูกมัดเป็นเวลานาน มีผลให้กล้ามเนื้อแขนขาของผู้ป่วยไม่แข็งแรง ดังนั้น การผูกมัดผู้ป่วยกับการตก

เตียงในสถานพยาบาล จึงมีความสัมพันธ์กัน (Capezuti, Evans, Strumpt, & Maislin, 1996 อ้างถึงใน นาริรัตน์ จิตรมนตรี, 2554) จากการสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และจัดการ การหกล้มในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล พบว่า การผูกมัด เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิด การหกล้มได้ (ทิพนตร งามกาละ, 2554; Debra et al., 2003) แต่พบผลการศึกษาในสถานดูแล ผู้สูงอายุที่พบว่า การผูกมัดไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนการหกล้ม แต่มีความแตกต่างกันในระดับ ของการบาดเจ็บ (Dunn, 2001)

2.3 กิจกรรมที่ท่าขณะเกิดการหกล้ม กิจกรรมที่พบว่าเกี่ยวข้องกับการหกล้มคือ การเคลื่อนย้ายจากเตียงไปยังรถนั่งหรือเก้าอี้ (Chaiwanichsiri et al., 2006; Chen, Liu, Chan, Shen, & Van Nguyen, 2010; Evans et al., 1998; Nyberg & Gustafson, 1995) การเดิน (Chaiwanichsiri et al., 2006; Lee & Kim, 1997) การยกไม้กั้นเตียงที่สูง การใช้เก้าอี้ที่ไม่มั่นคงหรือการชำรุดของ อุปกรณ์ที่ช่วยในการเดิน (Evans et al., 1998) การนั่งในเก้าอี้ล้อเข็น การหมุนหรือพยายามหยิบ สิ่งของ การขึ้นลงบันได และการลุกขึ้นจากเตียง (Lee & Kim, 1997)

2.4 เวลาที่เกิดการหกล้ม ช่วงที่เกิดการหกล้มมากที่สุดจะเกิดขึ้นในช่วงที่ทำกิจกรรม ดังนั้น จึงมีความแตกต่างกันไปในแต่ละโรงพยาบาล (Rogers, 1994) การหกล้มส่วนใหญ่เกิดขึ้น ในเวลากลางวัน (Tutuarima et al., 1997; Sze et al., 2001; Lee & Stokic, 2008; Tsur & Segal 2010; วิรุฒา โอชา และคณะ, 2553 อ้างถึงใน จิรภรณ์ ชนะภัย, 2551) โดยช่วงเวลาสูงสุดที่เกิดการหกล้มมี ดังนี้ คือ 7.00-12.00 น. (Lee & Kim, 1997) จนถึง 19.00 น. (Chaiwanichsiri et al., 2006) และบาง การศึกษาคือเวลา 9.00-11.00 น. (Chen et al., 2010)

2.5 ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล จากผลการศึกษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และผู้สูงอายุที่รับไว้ในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนาน มีโอกาส หกล้มมากกว่าผู้ที่นอนโรงพยาบาลสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (William et al., 2007)

2.6 บริเวณที่หกล้ม ส่วนใหญ่พบว่า สถานที่ที่เกิดการหกล้มมาก มักเกิดขึ้นบริเวณ ข้างเตียง และภายในหอผู้ป่วย (Nyberg, 1994; Walshe & Rosen, 1979; Evans et al., 1998 อ้างถึงใน จิรภรณ์ ชนะภัย, 2551)

จะเห็นได้ว่า การหกล้มของผู้สูงอายุมีสาเหตุมากมาย ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย โรคเรื้อรัง และความผิดปกติของร่างกาย การใช้ยา รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย นอกจากนี้ ความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุก็เป็นสาเหตุหนึ่งของการหกล้ม จึงควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความ กลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ เพราะความกลัวการหกล้มเป็นสภาวะทางด้านจิตใจที่ต้องใช้ความ ละเอียครอบคอบ หรือเครื่องมือที่เฉพาะในการประเมิน ต่างกับปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม

ความผิดปกติของอวัยวะร่างกาย หรือการใช้ยาในผู้สูงอายุ ซึ่งประเมินได้ง่าย และสามารถมองเห็นได้ชัดเจน การประเมินความกลัวการหกล้ม จะช่วยเพิ่มความชัดเจนเกี่ยวกับระดับความเสี่ยงของการเกิดการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุได้ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สถานะการเจ็บป่วย การทรงตัวบกพร่อง ภาวะจิตใจ และอารมณ์ มีผลต่อความสามารถในการทรงตัวทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้ม ดังนั้น ปัจจัยเหล่านี้อาจมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุได้

ผลกระทบของการหกล้มในผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

การหกล้มในโรงพยาบาล เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการบริการของหน่วยงานหรือองค์กร เนื่องจากกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สังคม บุคลากร และองค์กร ซึ่งในวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีลักษณะเปราะบางกว่าวัยอื่น ๆ หากเกิดการหกล้มขึ้นจะทำให้เกิดผลกระทบได้มาก การหาย และการฟื้นฟูจากการบาดเจ็บต้องใช้เวลาอย่างมาก ซึ่งผลกระทบของการหกล้มสามารถสรุปได้ ดังนี้

1. ผลกระทบต่อสุขภาพกาย

1.1 ด้านร่างกาย การหกล้มในผู้สูงอายุมีผลให้เกิดการบาดเจ็บของร่างกาย

อาจบาดเจ็บเพียงเล็กน้อยจนถึงระดับที่รุนแรงได้ เช่น ฟกช้ำ ถลอกตามร่างกาย ซึ่งการบาดเจ็บเล็กน้อย พบได้ประมาณครึ่งหนึ่งของการบาดเจ็บจากการหกล้มทั้งหมด การบาดเจ็บเหล่านี้อาจไม่ก่อให้เกิดผลกระทบมากนัก แต่หากเป็นการบาดเจ็บที่สร้างความเจ็บปวดเรื้อรัง หรือการบาดเจ็บที่รุนแรง จะก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากทั้งต่อตัวผู้สูงอายุ และครอบครัว ผู้สูงอายุในชุมชนที่หกล้มประมาณร้อยละ 5-10 มีการบาดเจ็บที่รุนแรง เช่น กระดูกหัก การบาดเจ็บที่สมองและผิวหนังอย่างรุนแรง โดยร้อยละ 3.5-6 ของการหกล้มจะทำให้เกิดกระดูกหัก (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) และอวัยวะที่เกิดกระดูกหักที่พบได้บ่อย ได้แก่ กระดูกข้อมือและกระดูกสะโพก ซึ่งผลกระทบของภาวะกระดูกสะโพกหัก ซึ่งผลกระทบจากกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุมีความรุนแรงมาก อัตราการพิการ และการตายสูงในปีแรกอัตราการตายอยู่ที่ ร้อยละ 4-15 หลังจากนั้นจะเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยอัตราการตายจะสูงสุดในช่วงแรกของการหักแล้วจึงค่อย ๆ ลดลง แต่ยังคงสูงอยู่ในช่วง 6 เดือนแรก (คุณสปรณ์ มัคคัปลานนท์ และปณทรี สุขเวช, 2559) การหกล้มมีผลให้เกิดการบาดเจ็บและมีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว การบาดเจ็บ ภาวะแทรกซ้อนที่พบคือ ความไม่สุขสบาย ภาวะปวดอักเสบจากการนอนติดเตียงเป็นเวลานาน แผลกดทับ ข้อติดแข็ง ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติหรือช่วยเหลือตนเองได้เหมือนเดิม (วัลย์ภรณ์ อารีรักษ์, นัยนา พิพัฒน์วิชิชา, รวีวรรณ เผ่ากัณหา และวาริ กังใจ, 2554)

1.2 ด้านจิตใจ การหกล้มส่งผลให้ผู้สูงอายุสูญเสียความมั่นใจในตนเองเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวอย่างปลอดภัยกังวลว่าจะเกิดการหกล้มอีก ภาวะเครียด วิตกกังวล ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม และเกิดภาวะความกลัวการหกล้ม อาการหรือตัวชี้วัดของการกลัวการหกล้ม คือ การแสดงความวิตกกังวลทางสีหน้า เหงื่อออก ตัวสั่น หายใจตื้น ๆ จับคนพุงหรือสิ่งยึดเกาะแน่นขณะเดิน ก้มมองเท้าตนเองขณะเดิน หลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหว (Gray-Miceli, 1997 อ้างถึงใน นาริรัตน์ จิตรมนตรี, 2554) ทำให้ผู้สูงอายุกลายเป็นคนเก็บตัว ไม่อยากพบใคร มีการจำกัดกิจกรรมของตนเอง ไม่อยากทำกิจกรรมใด ๆ ทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลง และอาจมีภาวะซึมเศร้า ปฏิเสธการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และมีพฤติกรรมแยกตัว มีผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (นาริรัตน์ จิตรมนตรี, 2554)

2. ด้านสังคม จากผลกระทบด้านจิตใจ ทำให้การเคลื่อนไหวลดลง เกิดภาวะพึ่งพิง และระยะเวลาในการฟื้นหายช้าเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา เช่น แผลกดทับ กล้ามเนื้ออ่อนแรงและลีบ ข้อติดแข็ง จะเกิดเป็นภาวะทุพพลภาพ ทำให้เป็นภาระต่อผู้ดูแล และสังคม (Lach, 2005 อ้างถึงใน ทิพนตร งามกาละ และคณะ, 2554)

3. บุคลากร ในส่วนของเจ้าหน้าที่ ญาติผู้ดูแลเกิดความกังวล และรู้สึกผิด และอาจทำการฟ้องร้องดำเนินคดีจากครอบครัวของผู้ป่วยตามมา (Milisen, 2007 อ้างถึงใน ทิพนตร งามกาละ และคณะ, 2554)

4. องค์กร โดยที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น เนื่องจากระยะเวลาในการนอนในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น การผลศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้สูงอายุที่เสียชีวิตจากการหกล้มจำนวน 10,300 ราย สูญเสียค่ารักษาเป็นจำนวนเงิน 2000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ และผู้สูงอายุที่หกล้มแต่ไม่เสียชีวิตมีจำนวน 2.6 ล้านราย สูญเสียค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวน 19,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (Steven, Corso, Finkestein, & Miller, 2006 อ้างถึงใน ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) และในประเทศไทย ผู้สูงอายุที่หกล้มมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยคนละ 1,200 บาทต่อปี ผู้สูงอายุที่หกล้ม และต้องผ่าตัดรักษากระดูกสะโพกหักมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยคนละ 60,000 บาท เนื่องจากต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพเป็นเวลานาน และต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง (ทิพนตร งามกาละ และคณะ, 2554)

จะเห็นได้ว่าปัญหาการหกล้ม ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุ และครอบครัว ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม คุณภาพชีวิต และเศรษฐกิจ ดังนั้น ปัญหาเกี่ยวกับการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุจึงควรได้รับการศึกษา และความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุเป็นประเด็นหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการหกล้ม ซึ่งยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับระดับของความกลัวการหกล้ม และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการวางแผนพัฒนาแนวปฏิบัติการ

พยาบาล เพื่อลดระดับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจำกัดการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยสูงอายุ

ความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

ความหมายของความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

ความกลัวการหกล้ม หมายถึง การรับรู้ระดับของความมั่นใจของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างปลอดภัยโดยไม่หกล้ม (กมลพร วงศ์พนิตกุล และคณะ, 2555)

ความกลัวการหกล้ม หมายถึง การสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง ขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่เกิดการหกล้ม (Tinetti et al., 1990)

ความกลัวการหกล้ม หมายถึง การที่สูญเสียหรือขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการเคลื่อนไหวร่างกาย (Maki, Holliday, & Topper, 1991)

ความกลัวการหกล้ม หมายถึง การสูญเสียความมั่นใจในการเคลื่อนไหวร่างกาย (Hill, Schwarz, Kologeropoulos, & Gibson, 1996)

ความกลัวการหกล้ม หมายถึง บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตน หรือไม่เชื่อในความสามารถของตน ในการหลีกเลี่ยงการหกล้มขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปกติ และกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Bandura, 1997)

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยให้คำจำกัดความของความกลัวการหกล้ม คือ การรับรู้ระดับของเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ป่วยสูงอายุในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน โดยไม่เกิดการหกล้มอยู่ในระดับต่ำ

แนวคิดเกี่ยวกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

1. แนวคิดของ Tinetti

Tinetti et al. (1990) เป็นผู้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินความกลัวการหกล้ม (Fall Efficacy Scale [FES]) โดยให้ความหมายบุคคลที่กลัวการหกล้ม หมายถึง บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ หรือไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในขณะที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันประจำวันปกติ และหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม เนื่องจากกลัวการหกล้ม ซึ่งแนวคิดนี้มีรากฐานมาจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) เครื่องมือนี้ได้รับการยอมรับเป็นอย่างมากในปัจจุบัน และนิยมนำไปใช้เป็นต้นแบบในการปรับปรุงพัฒนาเครื่องมือวัดความกลัวการหกล้ม (Moore & Ellis, 2008) ในฉบับต่อ ๆ มา

2. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997)

ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) เชื่อว่า ความคาดหวังความสามารถของตนเอง (Efficacy expectation) เป็นตัวกำหนดการแสดงออกพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งความคาดหวังนี้ถูกเรียกว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) ซึ่งการรับรู้ความสามารถของตนเอง คือความเชื่อหรือการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้บรรลุความสำเร็จตามเป้าหมาย การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมนุษย์อย่างยิ่ง เพราะหากบุคคลไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง แม้จะมีความรู้ความสามารถ ก็ไม่อาจทำกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จได้ถ้าบุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตามดังกล่าว ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองได้เสนอแนะให้บุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง สิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงพฤติกรรมจึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวะนั้น ๆ กล่าวคือ บุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถ ก็จะพยายามแสดงความสามารถนั้นออกมาได้อย่างเต็มที่ไม่ว่าจะง่าย ๆ จนประสบความสำเร็จในที่สุด

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลว่า บุคคลจะกระทำหรือแสดงพฤติกรรมใด ๆ ให้สำเร็จได้นั้น บุคคลจะต้องอาศัยศักยภาพ 2 ประการ คือ การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้ความสามารถตนเอง หรือความเชื่อในความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy or efficacy beliefs) หมายถึง ความเชื่อมั่น หรือ ความมั่นใจของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นได้ จนประสบผลสำเร็จได้ผลลัพธ์ที่ต้องการเป็นความหวังที่เกิดขึ้นก่อนการกระทำพฤติกรรม

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectancies) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลประเมินว่าการกระทำพฤติกรรมนั้น จะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่ตนเองคาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นที่สืบเนื่องมาจากพฤติกรรมที่ได้กระทำ

การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อบุคคล

Bandura (1997) อธิบายถึงการรับรู้ความสามารถตนเองว่าอาจแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับมิติ 3 มิติ ดังนี้

1. มิติตามขนาด (Magnitude) หรือ ตามระดับ (Level) หมายถึง ขนาดหรือระดับของการรับรู้ความสามารถตนเอง ซึ่งจะผันแปรตามความยากง่ายของงานที่จะกระทำ ถ้ารับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ตน

กระทำนั้นง่าย และตนมีความสามารถเพียงพอจะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงขึ้น แต่ถ้านงานหรือสิ่งที่กระทำนั้นยาก หรือบุคคลมีขีดจำกัดของความสามารถ จะส่งผลให้บุคคลนั้นขาดความมั่นใจ และหลีกเลี่ยงที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น และจะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำลง

2. มิติความเป็นสากล (Generality) หมายถึง ความมั่นใจในความสำเร็จที่เคยประสบในอดีต และสามารถนำทักษะจากประสบการณ์นั้น มาเชื่อมโยงใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความคล้ายคลึงกันในต่างสถานการณ์

3. มิติความเข้มแข็งหรือความมั่นใจ (Strength) หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลในการประเมินความสามารถตนเอง หรือความเป็นไปได้ในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ บุคคลที่มีระดับความเข้มแข็งสูง ก็จะมีคามเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้หรือมั่นใจว่า สถานการณ์นั้น ๆ ไม่ยากเกินขีดความสามารถของตนที่จะกระทำได้ ทำให้บุคคลเกิดความพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมดังกล่าว และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมนั้น ๆ

แหล่งกำเนิดของการรับรู้ความสามารถตนเอง (Sources of self-efficacy) มีดังนี้ (Bandura, 1997)

1. ประสบการณ์ของความสำเร็จจากการลงมือกระทำ (Enactive mastery experience) หมายถึง ประสบการณ์โดยตรงของบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตนเอง เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง เนื่องจากบุคคลได้รับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองโดยตรง ว่าตนกระทำได้สำเร็จ ความสำเร็จที่เกิดขึ้นบ่อย ๆ ทำให้เพิ่มความสามารถตนเอง โดยบุคคลจะมีความเชื่อมั่น และรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่เผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกับที่เคยประสบมาก่อน และคาดหวังว่าตนจะทำได้สำเร็จ ถึงแม้ว่าบางครั้งในสถานการณ์นั้น จะประสบความล้มเหลวบ้างก็ตาม แต่จะไม่มีผลกระทบมากนัก เนื่องจากบุคคลยังคงประเมินว่าตนเองมีความสามารถอยู่ หากแต่การประสบความล้มเหลวนั้น อาจเป็นผลจากปัจจัยอื่น เช่น ใช้วิธีการกระทำที่ไม่เหมาะสม ใช้ความพยายามไม่พอ มากกว่าที่จะประเมินว่าการรับรู้ความสามารถตนเองลดลง หรือไม่มีความสามารถ บุคคลจะพยายามใช้ทักษะในการปรับเปลี่ยนในสถานการณ์นั้น ๆ แต่ถ้าบุคคลประสบความล้มเหลวบ่อยครั้ง จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับที่ต่ำลง ดังนั้นในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองของบุคคล จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้บุคคล มีการฝึกหรือพัฒนาทักษะอย่างเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้ พร้อม ๆ กับการทำให้บุคคลรับรู้ถึงความสามารถตนเองในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ เพื่อที่บุคคลจะได้ใช้ทักษะในการฝึกอย่างมีประสิทธิภาพมาก

ที่สุด ทำให้บุคคลกระทำแล้วประสบความสำเร็จ ส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองที่สูงขึ้น

2. ประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น (Vicarious experience) หรือการได้เห็นตัวแบบ (modeling) การประเมินการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยส่วนหนึ่งแล้ว บุคคลยังได้รับอิทธิพลจากตัวแบบ หรือประสบการณ์ของผู้อื่นในการลงมือกระทำกิจกรรมใด ๆ เป็นการที่บุคคลได้สังเกตการกระทำของบุคคลอื่น ที่ได้ใช้ความพยายามในการปฏิบัติ และประสบความสำเร็จ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกับตนเอง จะเป็นตัวแบบที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในการที่จะใช้ความสามารถตนเองกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จ โดยจะเป็นแรงจูงใจให้เกิดความเชื่อมั่นว่า ตนก็มีความสามารถเพียงพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จเช่นเดียวกัน การได้สังเกตตัวแบบที่ประสบความสำเร็จด้วยความพยายาม จะเป็นตัวแบบที่ดีกว่า ตัวแบบที่ทำอะไรสำเร็จโดยง่ายที่ไม่ใช้ความพยายาม ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลได้เห็นตัวแบบที่พบกับความล้มเหลวจากการพยายามปฏิบัติให้ถึงเป้าหมาย ก็จะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองให้ต่ำลงได้

ตัวแบบในการส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเองมี 2 รูปแบบ (Bandura, 1997) ดังนี้

2.1 ตัวแบบบุคคลหรือมีชีวิตจริง (Live modeling) เป็นตัวแบบที่บุคคลได้สังเกตหรือสามารถมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรง ซึ่ง Bandura (1997) ได้เสนอลักษณะของตัวแบบไว้ดังนี้

2.1.1 มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต ทั้งทางด้าน อายุ เพศ เชื้อชาติ ทัศนคติ ฐานะทางสังคม และเศรษฐกิจ มีความสามารถในการปฏิบัติที่คล้ายกัน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สังเกตมั่นใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกมานั้น มีความเหมาะสม และตนสามารถทำได้

2.1.2 ควรเป็นผู้มีชื่อเสียงในสายตาของผู้สังเกต แต่ต้องระวังว่าหากมีชื่อเสียงมากเกินไป จะทำให้ผู้สังเกตคิดว่า พฤติกรรมนั้น ไม่น่าเป็นจริง

2.1.3 ควรมีระดับความสามารถใกล้เคียงกับผู้สังเกต

2.1.4 ควรมีกลยุทธ์ในการปรับตัวได้ดีเมื่อมีปัญหา

2.2 ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic modeling) เป็นตัวแบบที่ผู้สังเกตเรียนรู้ผ่านสัญลักษณ์ หรือผ่านสื่อประเภทต่าง ๆ ที่ประกอบด้วยภาพและเสียง เช่น วิดีทัศน์ สไลด์ ภาพยนตร์ เอกสาร แผ่นพับ การ์ตูน สถานการณ์จำลอง เป็นต้น ซึ่งการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ มีผลดี สามารถเน้นจุดสำคัญของพฤติกรรม สามารถเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้ล่วงหน้า และยังสามารถควบคุมสถานการณ์อย่างที่ต้องการได้ และสามารถเก็บไว้ใช้ครั้งต่อไปได้

3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) เป็นการพูดเพื่อให้บุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม ให้ประสบความสำเร็จได้ เป็นการเพิ่มกำลังใจ และความ

เชื่อมั่นของบุคคล ในการตัดสินใจพิจารณาความสามารถตนเอง โดยเฉพาะพฤติกรรมที่บุคคลรู้สึกยุ่งยาก ที่จะตัดสินใจในความสามารถของตน แต่หากว่ามีบุคคลสำคัญ (Significant others) เช่น บิดา มารดา เพื่อน คู่สมรส หรือบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นต้น โดยการให้ความรู้ การชี้แนะ การกระตุ้น การชมเชย และให้กำลังใจ บุคคลจะเกิดความเชื่อมั่น ในความสามารถตนเองมากขึ้น

4. สภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์ (Physiological and affective State)

สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ มีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยที่บุคคลจะมีการตัดสินใจถึงความสามารถตนเอง และมีการพิจารณา ผ่านสภาวะทางด้านร่างกายและอารมณ์

สภาวะทางด้านร่างกายหมายถึง การตอบสนองของร่างกายที่แสดงออกมาเมื่อมีภาวะคุกคาม และการเผชิญความเครียด ในสภาวะที่ร่างกายแข็งแรง จะทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถตนเองในระดับสูง แต่ถ้านในสภาวะที่ร่างกายมีความผิดปกติ เช่น ภาวะเจ็บป่วย ความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้า เป็นต้น จะส่งผลให้บุคคลรับรู้ความสามารถตนเองลดต่ำลง สภาวะทางด้านอารมณ์ก็เช่นเดียวกัน เป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางอารมณ์ การแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวก เช่น ความพึงพอใจความรู้สึกมีความสุข เป็นต้น จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงขึ้น แต่อารมณ์ทางด้านลบ เช่น ความเศร้า ความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล เป็นต้น จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองลดลง และมักหลีกเลี่ยงที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ดังนั้น การที่บุคคลจะรับรู้ความสามารถตนเองสูงขึ้น บุคคลนั้นจะต้องมีภาวะสุขภาพที่ดี และมีการลดหรือควบคุมสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าทางอารมณ์

ความกลัวการหกล้มยังไม่มีแนวคิดทฤษฎีหนึ่งทฤษฎีเดียวที่สามารถอธิบายได้อย่างชัดเจน จากแนวคิดความกลัวการหกล้มของ Tinetti et al. (1990) สรุปได้ว่า ความกลัวการหกล้มเป็นอารมณ์หนึ่งที่ไม่กล้ายืนหรือเดิน เพราะคิดว่าเป็นสิ่งที่อันตรายต่อตนเอง ซึ่งความกลัวการหกล้มเป็นความกลัวเฉพาะเจาะจงที่เกิดขึ้นตามมาจากการหกล้ม และความกลัวการหกล้มเป็นผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นตามมาจากการหกล้ม ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มแล้วมีความกลัวต่อการหกล้ม และมักจะพบความผิดปกติของท่าทางการเดิน มีการลดการทำกิจกรรมลง หรือพยายามที่จะใช้เครื่องช่วยเหลือในการเดิน เพื่อหลีกเลี่ยงการหกล้ม การลดหรือจำกัดกิจกรรม และหลีกเลี่ยงการเดินเป็นผลในทางลบที่ตามมาจากการหกล้ม ซึ่งจะเป็นสาเหตุที่จะนำไปสู่ความเสื่อมถอย และลดความแข็งแรงของร่างกายลง ความกลัวการหกล้มสามารถทำได้ด้วยการประเมินระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้สูงอายุในการหลีกเลี่ยงการหกล้มขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ และกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ซึ่งความกลัวในเรื่องเรื่องใด ๆ ของบุคคล หากมีระดับที่สูง และไม่สัมพันธ์กับสิ่งที่มากระตุ้นจะเกิดเป็น โรคลมชัก และเกิดพฤติกรรม การหลีกเลี่ยงสิ่งที่ยกตัวนั้น (กมลพร วงศ์พนิตกุล และคณะ, 2555) ดังนั้น ความกลัวการหกล้มของ

ผู้สูงอายุจึงควรได้รับการประเมินเพื่อใช้ในการวางแผนการให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละบุคคล เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในความสามารถของผู้สูงอายุในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การประเมินความกลัวการหกล้ม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความกลัวการหกล้มสามารถประเมินได้หลากหลายรูปแบบจากการสัมภาษณ์ และแบบประเมินต่าง ๆ โดยจำแนกได้ ดังต่อไปนี้

1. การสอบถามโดยตรง (Silverton & Tideiksaar, 1989 cited in Jung, 2008)

เป็นการประเมินความกลัวการหกล้ม โดยสอบถามความรู้สึกของผู้ตอบโดยตรงว่าคุณกลัวการหกล้มหรือไม่ ซึ่งข้อดีของการประเมินด้วยวิธีนี้คือ รวดเร็ว สะดวก และใช้เวลาสั้น โดยแบ่งลักษณะของคำตอบ ดังนี้

1.1 ตอบว่า ใช่ หรือ หรือ ไม่ใช่ ซึ่งคำตอบในลักษณะนี้จะมีข้อจำกัด คือ ไม่สามารถบอกได้ว่า ผู้ตอบมีระดับของความกลัวการหกล้มมากน้อยเพียงใด

1.2 คำตอบที่ระบุถึงระดับของความกลัว ซึ่งมี 2 ชนิด คือ คำตอบที่มีการตอบ 4 ระดับ และ 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับน้อยสุด คือ ไม่กลัวเลย จนถึงระดับกลัวมากที่สุดตามลำดับ 1-4 หรือ 1-5 ทำให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดมากขึ้นว่ามีความกลัวการหกล้มมากน้อยเพียงใด

2. แบบประเมิน Falls-efficacy Scale [FES]

เป็นแบบประเมินความกลัวการหกล้มของ Tinetti et al. (1990) ซึ่งมีแนวคิดมาจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ซึ่งให้คำจำกัดความของความกลัวการหกล้มไว้ว่า บุคคลที่กลัวการหกล้ม หมายถึง บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ หรือไม่เชื่อในความสามารถของตนเองในการหลีกเลี่ยงการหกล้มขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปกติ และกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม แบบประเมินนี้ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ซึ่งสอบถามเกี่ยวกับระดับความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันอย่างปลอดภัยไม่เกิดการหกล้ม กิจกรรมที่สอบถามนั้นเป็นกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 10 กิจกรรม ตัวอย่างเช่น การอาบน้ำ การหยิบของที่อยู่เหนือระดับศีรษะ การเดินรอบ ๆ บ้าน การเตรียมอาหาร การลุกจากเตียง การปิดเปิดประตู การรับโทรศัพท์ และการลุกนั่งจากเก้าอี้ เป็นต้น แต่ละข้อคำถามมีระดับของคำตอบเริ่มจาก 1-10 โดย 1 หมายถึง มีความมั่นใจมาก และ 10 หมายถึง มีความมั่นใจน้อย ตามลำดับ คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 10-100 คะแนน การแปลผลคะแนน คือ ค่าคะแนนที่มาก หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ หากประเมินแล้วได้คะแนนรวมสูงกว่า 70 คะแนน ถือว่า บุคคลนั้นกลัวการหกล้ม (Tinetti et al., 1990)

Tinetti et al. (1990) ได้นำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ปกติ และมีความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่า คุณภาพของเครื่องมือนี้มีค่าความเที่ยง (Reliability) จากการตรวจสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .90 และค่าความคงที่ (Stability) จากการตรวจสอบด้วยวิธีการวัดซ้ำ (Test-retest Method) พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .71 แบบประเมินนี้ได้รับการยอมรับอย่างมากในปัจจุบัน และนิยมนำไปใช้เป็นต้นแบบในการปรับปรุง พัฒนาเครื่องมือวัดความกลัวการหกล้ม (Moore & Ellis, 2008)

3. Revised Falls-efficacy Scale (rFES)

เป็นแบบประเมินที่ดัดแปลงจาก FES ฉบับเดิม (Tinetti et al., 1990) ลักษณะข้อคำถาม เป็นการถามความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเช่นเดิม ระดับของคะแนนคำตอบเริ่มต้นที่ 0 คือ ไม่มั่นใจเลย จนกระทั่งถึง 10 คือ มั่นใจมากที่สุด ตามลำดับ ซึ่งการให้คะแนนนี้ ต่างกับ FES ฉบับเดิม กล่าวคือ ระดับคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความมั่นใจมากที่จะปฏิบัติกิจกรรมโดยไม่เกิดการหกล้มหรือไม่กลัวการหกล้ม ในขณะที่คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความมั่นใจน้อยในการปฏิบัติกิจกรรมโดยไม่เกิดการหกล้ม หรือกลัวการหกล้มนั่นเอง พบว่า มีการศึกษาจำนวนน้อยที่นำแบบประเมินนี้ไปใช้ (Moore & Ellis, 2008)

4. The Modified Falls Efficacy Scale [MFES]

เป็นแบบประเมินความกลัวการหกล้มที่ Hill et al. (1996) ได้ดัดแปลงมาจาก FES โดยเพิ่มข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ เพื่อให้ครอบคลุมกิจวัตรประจำวันภายนอกบ้านของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีผลต่อระดับความกลัวการหกล้ม ได้แก่ กิจกรรมการใช้บริการขนส่งสาธารณะ การข้ามถนนการทำสวนเล็ก ๆ น้อย ๆ และการใช้บันไดภายในบริเวณบ้าน ส่วนระดับคะแนนคำตอบมี 10 ระดับ และเป็นแผนภาพแสดงระดับ (Visual analog) โดยเริ่มจาก 0 คือ ไม่มั่นใจ 5 คือ มั่นใจปานกลาง และ 10 คือ มั่นใจมากที่สุด ตามลำดับ ลักษณะที่แตกต่างจากแบบประเมิน FES คือ การแปลผลคะแนน กล่าวคือ หากคะแนนสูง หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มสูงหรือกลัวการหกล้มน้อย ส่วนคะแนนต่ำหมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำหรือกลัวการหกล้มสูงนั่นเอง แบบประเมินนี้ ได้นำไปทดลองใช้กับ กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน (Moore & Ellis, 2008) และสมาคมการวิจัยผู้สูงอายุแห่งสหประชาชาติ (The National Ageing Research Institute, 2005) ได้จัดทำแนวทางการใช้แบบประเมินนี้ไว้ ดังนี้ แบบประเมินมีทั้งหมด 14 ข้อ ใช้เวลาในการประเมิน 5-15 นาที การคิดคะแนน คือ คะแนนเฉลี่ย ซึ่งคะแนนเต็มคือ 10 คะแนนค่าปกติ คือ 9.2-10 คะแนน

แบบประเมินนี้มีค่า Skew ต่ำกว่า FES เล็กน้อย คือ MFES = -2.4, FES = -3.3 แต่ MFES ก็มีการนำไปใช้ในโปรแกรมการป้องกันการหกล้มอย่างแพร่หลาย โดยได้รับการยอมรับจาก

สมาคมป้องกันการหกล้มแห่งยุโรป (ProFaNE, 2006) ว่าเป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐานและเหมาะสมต่อการนำไปใช้ (Moore & Ellis, 2008) ดังจะเห็นได้จากการรวบรวมเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความกลัวการหกล้ม พบว่าทั้งค่าความเที่ยงและค่าความตรงของเครื่องมือที่อยู่ในเกณฑ์ดี คือ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคมากกว่า หรือเท่ากับ .90 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient or Intra-class Correlation Coefficient [ICC]) มากกว่าหรือเท่ากับ .7 และค่าความเที่ยงของการวัด (Interrater reliability) มากกว่าหรือเท่ากับ .9 (Scheffer et al., 2008; Jostad, Hauer, Becker, & Lamb, 2005)

5. Falls Efficacy Scale-international [FES-I]

เป็นแบบประเมินความกลัวการหกล้มที่สร้างและพัฒนาโดยสมาคมป้องกันการหกล้มแห่งยุโรป (ProFaNE, 2006) ได้พัฒนามาจากแบบประเมินความกลัวการหกล้มของ Tinetti et al. (1990) โดยเพิ่มข้อคำถามเป็น 16 ข้อ จากเดิม 10 ข้อ โดยครอบคลุมการทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ การเดินบนพื้นลื่น ไปเยี่ยมเพื่อหรือญาติ ไปในสถานที่ที่มีคนแออัด การเดินบนพื้นไม่เรียบ การเดินขึ้นลงทางเดินที่ลาดชัน และการไปร่วมงานต่าง ๆ ของชุมชน เช่น ไปทำบุญ โดยลักษณะคำตอบจะอยู่ในช่วงระดับ 1-4 โดย 1 หมายถึง มีความมั่นใจ ส่วน 4 หมายถึง ไม่มีความมั่นใจ ถ้าคะแนนยิ่งมาก หมายถึง มีการกลัวการหกล้มมาก แบบประเมินนี้มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย ซึ่งมีความแตกต่างกัน จากการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .96 และพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากการทดสอบซ้ำ เท่ากับ .96 (Yardley et al., 2005) ถือได้ว่าคุณภาพของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ที่ดีมาก และมีการตรวจสอบความแตกต่างเมื่อนำไปใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนที่แตกต่างกันทางชนชาติ วัฒนธรรม และภาษา โดยแปลเครื่องมือนี้เป็นภาษาต่าง ๆ และนำไปใช้ในประเทศเยอรมัน เนเธอร์แลนด์ และอังกฤษ ซึ่งสามารถใช้วัดได้ดีไม่แตกต่างกัน (Kempen, 2007)

สำหรับในประเทศไทยได้มีการแปลแบบประเมินนี้เป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back translation โดย ลัดดา เทียมวงศ์ (2554) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือประเมินอาการกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุไทย (Thai Falls Efficacy Scale-international [Thai FES-I]) แบบประเมินนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความกลัวการหกล้มเมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมด 16 กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมทางกาย และกิจกรรมทางสังคม ทั้งที่ง่ายและยาก ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก 1-4 โดย คะแนน 1 หมายถึง ไม่กลัวการหกล้มเลย คะแนน 2 หมายถึง กลัวการหกล้มเล็กน้อย คะแนน 3 หมายถึง กลัวการหกล้มมาก และคะแนน 4 หมายถึง กลัวการหกล้มมากที่สุด คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 16-64 คะแนน ระดับคะแนนน้อย หมายถึง ไม่กลัวการหกล้มหรือมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม ส่วนระดับคะแนนมาก หมายถึง

กลัวการหกล้มหรือไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม เกณฑ์การแปลผลคะแนน คือ คะแนนตั้งแต่ 16-21 คะแนน แสดงว่า ไม่กลัวการหกล้ม คะแนนตั้งแต่ 22-27 คะแนน แสดงว่า กลัวการหกล้มเล็กน้อยถึงปานกลาง และคะแนนตั้งแต่ 28-64 คะแนน แสดงว่า กลัวการหกล้มมาก โดยนำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างจำนวน 433 คน ซึ่งทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการหาค่าความตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธี Principal component analysis หมุนแกน โดยวิธี Varimax มีค่า Factor loading มากกว่า .40 ขึ้นไป สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 74.2 ค่าความเชื่อมั่นชนิดสอดคล้องภายในทั้งฉบับ เท่ากับ .95 และค่าเฉลี่ยความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม เท่ากับ .67 (ลัดดา เทียมวงศ์, 2554)

6. The Activities-specific Balance Confidence Scale (ABC)

เป็นแบบประเมินความมั่นใจในการทรงตัวขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยแบบประเมินนี้ใช้แนวคิดของการรับรู้ความสามารถตนเองที่สร้าง และพัฒนาโดย Powell and Myers (1995) เป็นการประเมินความมั่นใจในการทรงตัวของร่างกายขณะปฏิบัติกิจกรรม (Powell & Myers, 1995 cited in Moore & Ellis, 2008) แบบประเมินนี้สามารถบอกแนวโน้มของการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมได้ จึงมักนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่ตัดขา (Amputation population) หรืองานกายภาพบำบัดเพื่อระดับความความกลัวและแนวโน้มการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรม (Miller, 2003) ประกอบด้วย 16 กิจกรรม ส่วนคำตอบเป็นการให้คะแนนความมั่นใจในการทรงตัวเพื่อปฏิบัติกิจกรรม ตั้งแต่ร้อยละ 0-100 โดยร้อยละ 0 หมายถึง ไม่มั่นใจเลย และร้อยละ 100 หมายถึง มั่นใจมาก ผู้สูงอายุที่ปกติและมีความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมต้องได้คะแนน ABC มากกว่าร้อยละ 88 ขึ้นไป (Powell & Myers, 1995 cited in Miller, 2003) ค่าความเที่ยงของเครื่องมือนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .96 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากการทดสอบซ้ำ เท่ากับ .92 (Moore & Ellis, 2008)

นอกจากนี้ ยังมีแบบประเมินอีกมากที่ใช้ในการประเมินความกลัวการหกล้ม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแบบประเมินที่ปรับปรุงดัดแปลงจากแบบประเมินหลัก คือ FES และ ABC ซึ่งใช้หลักการของ Falls-efficacy Scale และ Balance confidence เป็นแนวคิดพื้นฐานเพื่อนำไปประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่มต่าง ๆ เช่น Survey of Activities and Fear of Falling in the Elderly [SAFE], Modified Version of SAFE [MSAFE], Modified ABC และ ABC-6 เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่า มีการใช้เครื่องมือในการประเมินความกลัวการหกล้ม ดังนี้ การสอบถามด้วยคำเดียวว่า “กลัวการหกล้มหรือไม่” ของ เปรมกมล ขวนขวย (2550) และแบบประเมิน FES ของ Tinetti et al. (1990) โดย พิมวรินทร์ ลิ้มสุขสันต์

(2551) และประเมินอาการกัวการหกล้มของผู้สูงอายุไทยของ ลัดดา เทียมวงศ์ (2554) เมื่อพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยเห็นสมควรนำแบบประเมิน Thai FES-I มาใช้ในการศึกษารุ่นนี้ เนื่องจาก การหลีกเลี่ยงไม่ทำกิจกรรมของผู้ป่วยสูงอายุนำไปสู่การจำกัดกิจกรรม เนื่องจากกลัวการหกล้ม และหากผู้ป่วยสูงอายุมีความกลัวการหกล้มมากจนไม่กล้าที่จะทำกิจกรรมประจำวัน จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง คุณภาพชีวิตแย่ลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีโอกาสสูงที่จะต้องนอนโรงพยาบาล และเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่ตามมา ดังนั้น การประเมินอาการกัวการหกล้มในระยะแรก ร่วมกับให้การป้องกันหรือแก้ไข จะสามารถช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดความกลัวการหกล้ม ภาวะแทรกซ้อน และความรุนแรงที่อาจเกิดจากความกลัวการหกล้มได้ และแบบประเมินอาการกัวการหกล้มของผู้สูงอายุไทย เป็นเครื่องมือที่น่าสนใจได้รับการพัฒนาผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือให้เหมาะกับผู้ป่วยสูงอายุในประเทศไทยเพราะสามารถแยกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี และผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วย หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย ข้อคำถามสอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุไทย (ลัดดา เทียมวงศ์, 2554) ครอบคลุมกิจกรรมทางสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอาการกัวการหกล้มจะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อย และคะแนนรวมของแบบประเมินอาการกัวการหกล้มของผู้สูงอายุไทย มีความสัมพันธ์กับ อายุ เพศ ประสิทธิภาพการหกล้ม และความกลัวการหกล้ม

อุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าเป็นเรื่องที่สำคัญแต่มีการศึกษาที่น้อยมาก ซึ่งอุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล พบได้ถึงร้อยละ 50-56 (Chandler et al., 1996) และอุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนแถบประเทศทางตะวันตก พบได้ร้อยละ 29-43 (Arfken et al., 1994; Murphy, Williams, & Gill, 2002) ซึ่งจะเห็นว่าอุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล มีอัตราการเกิดที่สูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในชุมชน อาจเป็นไปได้จากสาเหตุสภาวะความเจ็บป่วยหรือการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของผู้ป่วยสูงอายุที่มีมากกว่าผู้สูงอายุทั่ว ๆ ไป ทำให้ต้องได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิด และประวัติการหกล้มซ้ำซ้อนที่ส่งผลให้มีความเสี่ยงในการเกิดความกลัวการหกล้มได้สูงกว่า ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มส่วนใหญ พบว่า มีความกลัวการหกล้มมากกว่าผู้ที่ไม่เคยหกล้ม (กมลพร วงศ์พนิตกุล และคณะ, 2555; Cumming, Salkeld, & Thomus, 2000) แต่อย่างไรก็ตามยังมีรายงานที่บ่งบอกว่า ความกลัวการหกล้มสามารถเกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีประวัติการหกล้มมาก่อน (Maki et al., 1991)

ในประเทศไทยยัง ไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล สำหรับในประเทศไทยในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่า ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทรงตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ เพศหญิงและประสบการณ์การหกล้มมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม ส่วนจำนวนโรคเรื้อรัง ไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม (กมลพร วงศ์พนิตกุล และคณะ, 2555) ดังนั้น สถิติและข้อมูลเกี่ยวกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุของประเทศไทย จึงควรได้รับการศึกษา

ผลกระทบของความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

ความกลัวการหกล้มเปรียบเป็นสิ่งที่ปิดกั้นความสำเร็จในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยสูงอายุ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุที่เกิดขึ้นรวมทั้งการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของสภาวะร่างกายที่เสื่อมถอยลง ทำให้ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีลักษณะของความเปราะบางมากกว่าวัยอื่น ๆ แม้ว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่กลัวการหกล้มจะทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยความระมัดระวังมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันความกลัวการหกล้มนี้จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ มีความรู้สึกถึงอันตราย พยายามหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยจำกัดการเคลื่อนไหว เนื่องจากจากเชื่อว่าสามารถป้องกันการหกล้มได้ ซึ่งผลกระทบจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย เนื่องจากความกลัวการหกล้มดังกล่าว นับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก (ลักษณะ มะริงกา, 2555) ซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้

ผลกระทบทางด้านร่างกาย

ความกลัวความไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุจำกัดการปฏิบัติกิจกรรมของตนเองลงเพื่อป้องกันการหกล้ม ซึ่งส่งผลกระทบตามมา ได้แก่

1. เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย (Immobilization syndrome) ผู้ป่วยสูงอายุที่กลัวการหกล้มร้อยละ 50-83 พยายามหลีกเลี่ยง หรือจำกัดตนเองในการปฏิบัติกิจกรรม (Gillespie & Friedman, 2007) ด้วยหวังว่าจะช่วยป้องกันตนเองจากการหกล้ม แต่ผลระยะยาวทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา ดังนี้

- 1.1 แผลกดทับ จากการเปลี่ยนแปลงสภาพของผิวหนังในผู้สูงอายุ จะพบว่าผิวหนังมีการתיชว่ยน แห้ง ตกกระ มีจุดด่างดำ และขาว เส้นเลือดฝอยใต้ผิวหนังแตกง่าย ต่อมาเหงื่อมีจำนวนและขนาดลดลง ผิวหนังขาดความมัน และความยืดหยุ่น ขาดความชุ่มชื้น (ชลธิชา จันทศิริ, 2555) และในผู้ป่วยสูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้เนื้อเยื่อหรือเซลล์บริเวณเฉพาะเหนือปุ่มกระดูกที่เกิดแรงกดทับ กระทำต่อผิวหนังเป็นระยะเวลาานาน ทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลให้เกิดแผลกดทับตามมา โดยอัตราการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบได้ร้อยละ 10-17 (Miller, 2009)

1.2 ภาวะแทรกซ้อนในระบบไหลเวียนโลหิต จากการเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุ จะพบว่า หลอดเลือดเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากขึ้น ผนังหลอดเลือดฝอยหนาขึ้น ทำให้การแลกเปลี่ยนอาหาร และของเสียลดลง ผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นน้อยลง เพราะมีเส้นใยคอลลาเจนมากขึ้น เส้นใยอีลาสตินมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง (Eliopoulos, 2005) ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบไหลเวียนโลหิต ได้แก่ ภาวะความดันเลือดต่ำจากการเปลี่ยนแปลงท่าทาง (Postural hypotension) ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน (Deep vein thrombosis) และภาวะลิ่มเลือดอุดตัน หลอดเลือดในปอด (Pulmonary embolism)

1.3 ภาวะแทรกซ้อนในระบบกระดูก ข้อต่อ และกล้ามเนื้อ จากการเปลี่ยนแปลงตามวัยในผู้สูงอายุ พบว่า จำนวน และขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อพังผืด ไขมัน และคอลลาเจนเข้ามาแทนที่มากขึ้น มวลของกล้ามเนื้อลดลง มีการสะสมของสารไลโปฟัสซินมากขึ้น กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง เซลล์กระดูกลดลง แคลเซียมมีการสลายออกจากกระดูกมากขึ้น และบริเวณข้อจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่าง และส่วนประกอบ กระดูกอ่อน บริเวณข้อต่อต่าง ๆ บางลง น้ำไขข้อลดลง (Miller, 2009) จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ กล้ามเนื้อฝ่อลีบ (Muscle atrophy) ข้อติดแข็ง (Joint stiffness) และโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis)

1.4 ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินอาหาร จากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมสภาพ ทำให้การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และการทำงานของกล้ามเนื้อในกระเพาะอาหารลดลง การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง (Miller, 2009) ร่วมกับผู้สูงอายุทำกิจกรรมประจำวันได้น้อยลง หรือสูญเสียความสามารถในการเดิน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อาการท้องผูก (Constipation) ก้อนอุจจาระอุดตันในลำไส้ (Fecal impaction)

1.5 โรคติดเชื้อ

1.5.1 จากการเปลี่ยนแปลงตามวัยผู้สูงอายุในระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่า การทำงานของท่อไตลดลง กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะมีกำลังในการบีบตัวลดลง ร่วมกับตัวรับการกระตุ้น (Stretch receptor) ในกระเพาะปัสสาวะทำงานลดลง ทำให้มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น (Miller, 2009) การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) ได้ง่ายขึ้น

1.5.2 การเปลี่ยนแปลงตามวัยในระบบทางเดินหายใจในผู้สูงอายุ พบว่า หลอดลม และปอดมีขนาดใหญ่ ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง เพราะมีเส้นใยอีลาสตินลดลง ความแข็งแรง

และกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้า และออกลดลง ผนังทรวงอกแข็งขึ้น การเคลื่อนไหวของกระดูกซี่โครงลดลง จากมีแคลเซียมมาเกาะที่กระดูกชายโครง ทำให้ปอดยึดขยายและหดตัวได้น้อยลง มีการทำงานของเซลล์ขน (Cilia) ตลอดทางเดินหายใจลดลง รีเฟล็กซ์และประสิทธิภาพการไอลดลง เนื่องจากการแข็งตัวของผนังทรวงอก และการทำงานของกล้ามเนื้อที่ใช้หายใจออกลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในทางเดินหายใจไม่ดี (Miller, 2009) ร่วมกับผู้ป่วยสูงอายุมีการจำกัดการปฏิบัติกิจกรรมของตนเองลงเพื่อป้องกันการหกล้ม ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย เป็นเหตุให้เกิดโรคปอดอักเสบจากการสูดสำลัก (Aspiration pneumonia)

1.6 ภาวะแทรกซ้อนในด้านเมตาบอลิซึม

1.6.1 อาการเบื่ออาหาร (Anorexia) และภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition)

การที่ร่างกายไม่มีการเคลื่อนไหว ทำให้ความต้องการพลังงาน และสารอาหารลดลง เกิดอาการเบื่ออาหาร ร่างกายขาดวิตามินที่จำเป็นต่าง ๆ นอกจากนั้น ระดับของสังกะสี และแมกนีเซียมในเลือดก็ลดลง เนื่องจากการขับออกปัสสาวะ และอุจจาระเพิ่มขึ้น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางเลือดของกระดูก และกล้ามเนื้อจากการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย (Anderson & Cutter, 1999 อ้างถึงใน ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

1.6.2 ความผิดปกติของความทนต่อน้ำตาลกลูโคส (Impaired glucose tolerance)

จากการที่กล้ามเนื้อไม่มีการเคลื่อนไหว ทำให้ความไวของเนื้อเยื่อต่อฮอร์โมนอินซูลินลดลง เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin resistance) และระดับน้ำตาลในเลือดจึงสูงนานกว่าปกติ ระดับกลูคาگونลดลง และตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่ำลง (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

1.6.3 Negative nitrogen balance ภาวะนี้เกิดขึ้นแม้ผู้ป่วยสูงอายุที่สูญเสีย

ความสามารถในการเดินจะได้รับอาหารประเภทโปรตีนอย่างเพียงพอก็ตาม ซึ่งเป็นผลจากการที่กล้ามเนื้อฝ่อลีบ จากการไม่เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน ทำให้มีการขับธาตุไนโตรเจนออกทางปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น เมื่อกล้ามเนื้อไม่มีการเคลื่อนไหวในท่าหดตัว น้ำหนักของกล้ามเนื้อจะลดลงอย่างรวดเร็วตั้งแต่วันที่ 2 ถึงวันที่ 10 ของการไม่เคลื่อนไหวร่างกาย (Booth, 1977 อ้างถึงใน ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552)

1.6.4 Sick euthyroid syndrome มักพบได้บ่อยผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลาย

ชนิด ที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุสูญเสียความสามารถในการเดิน โดยผลตรวจการทำงานของต่อมไทรอยด์ จะพบระดับของค่า Triiodothyronine ในซีรัมต่ำลง ค่า Thyroxine ในซีรัมอาจจะปกติ หรือต่ำลง ค่า Thyroid stimulating hormone ในซีรัมเพิ่มขึ้น ทำให้การแยกระหว่างภาวะนี้กับโรคของ

ต่อมาไทรอยด์ทำได้ยากลำบาก นอกจากนี้ยังพบว่า ขนาดของความผิดปกติทางฮอร์โมนเหล่านี้จะมีความสัมพันธ์กับ อัตราตายในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรงด้วย

นอกจากนี้การไม่เคลื่อนไหวร่างกายหรือการจำกัดการปฏิบัติกิจกรรมยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพจิตได้ เช่น ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) หรือภาวะซึมเศร้า (Depression) และยังมีผลกระทบต่ออารมณ์ และอัตมโนทัศน์ เช่น เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำหรือการเข้าสังคมลดต่ำลง เป็นต้น

2. เกิดความเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะร่างกายเร็วขึ้นกว่าความเสื่อมตามวัยปกติ โดยพบว่า เกิดการลดลงของความแข็งแรง ความยืดหยุ่น และการทำงานประสานกันของกล้ามเนื้อ และข้อต่อต่าง ๆ ในร่างกาย (Lach, 2005) มีการศึกษาที่ติดตามดูระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุที่กักตัวการหกล้มไปเป็นเวลา 1 ปี พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มีการลดลงของความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Cumming et al., 2000)

3. ความเสื่อมต่อการเกิดการหกล้มเพิ่มสูงขึ้น ความกักตัวการหกล้มทำให้ความสามารถในการก้าวเดินลดลง ก้าวเท้าช้า และสั้นลง (Chamberlin, Fulwider, Sanders, & Medeiros, 2005) ซึ่งรูปแบบการก้าวเดินลักษณะนี้ทำให้ความมั่นคงของศีรษะลดลง ลำตัวโอนเอนล้มง่ายขึ้น การตอบสนองของกล้ามเนื้อขา การควบคุมการทรงตัว ความแข็งแรงของข้อสะโพก และข้อเข่าของผู้สูงอายุที่กักตัวการหกล้ม มีการตอบสนองที่ช้า และมีความสามารถต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่กักตัวการหกล้ม (แคนเนวาร์ตัน จามรจันทร์ และคณะ, 2548; Gillespie & Friedman, 2007) จึงมีการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่กักตัวการหกล้มมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่กักตัวการหกล้มถึง 3.73 เท่า (เปรมกมล ขวนขวย, 2550)

ผลกระทบทางด้านจิตใจ

ความกลัวเป็นอารมณ์ทางด้านลบ ซึ่งไม่เป็นที่พึงประสงค์ของคนทุกเพศทุกวัยเป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่บุคคลคิดว่า จะก่อให้เกิดอันตรายหรือคุกคามชีวิต ความกลัวทำให้เกิดอาการตื่นเต้นหรือกังวลเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งที่กลัว และอาจเกิดการหลีกเลี่ยงไม่ยอมเจอกับสิ่งนั้น ๆ (Gillespie & Friedman, 2007) ผู้ป่วยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยในด้านจิตสังคมจากการสูญเสียบทบาท และความเสื่อมของร่างกายอยู่แล้ว หากมีความกลัวการหกล้มร่วมด้วย ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความวิตกกังวล ลังเลไม่มั่นใจในการก้าวเดินเพื่อปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ต้องคอยพึ่งพาบุคคลอื่นจนเกิดความรู้สึกด้อยค่า ไร้ความสามารถ จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุจะมีความกลัวการหกล้มซ้ำหรือกลัวการพึ่งพาล้างการหกล้ม ซึ่งทั้งสองกรณีนี้มีผลกระทบทางด้านจิตใจต่อผู้ป่วยอายุเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยสูงอายุจะมีความรู้สึกเสียใจ อยากราย และมีความทุกข์ทรมานร่วมด้วย โดยผู้ป่วยสูงอายุจะแสดงออกโดยการหลีกเลี่ยงการมีกิจกรรมต่าง ๆ (เพ็ญศรี

เลาส์ว็ลด์ช็ยกุล และคณะ, 2543) ขาดความมั่นใจในการทำกิจกรรม หลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น แยกตนเอง และไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Tideiksaar, 1989) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Howland et al. (1993) พบว่า ความกลัวการหกล้มจะส่งผลให้ผู้สูงอายุลดการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง (Cumming et al., 2000)

3. ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ

ผลสืบเนื่องจากผลกระทบทางด้านร่างกาย และจิตใจ เมื่อผู้ปวยสูงอายุมีความกลัวการหกล้มทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ผู้ปวยสูงอายุพยายามที่จะหลีกเลี่ยงหรือจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น กลายเป็นภาระของครอบครัวผู้ดูแล อาจทำให้ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลตามมาอีกมาก เนื่องจากงบประมาณในการใช้จ่ายดูแลในกลุ่มผู้ปวยสูงอายุจะมีการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่สูงมาก (Cumming et al., 2000)

จะเห็นได้ว่า ความกลัวการหกล้มในผู้ปวยสูงอายุผู้สูงอายุ ที่มีกลัวการหกล้มจะเกิดการจำกัดหรือหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะร่างกายเร็วขึ้น มีอัตราการพึ่งพา และการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบโดยตรงต่อตัวผู้ปวยสูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจแล้ว ดังนั้น ความกลัวการหกล้ม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการหกล้มในผู้ปวยสูงอายุ จึงควรได้รับการประเมินระดับของความกลัวการหกล้ม เพื่อป้องกันและลดระดับของความกลัวการหกล้มลง ซึ่งจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบจากความกลัวการหกล้มดังกล่าวข้างต้น

ปัจจัยเกี่ยวข้องกับความกลัวการหกล้มของผู้ปวยสูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความกลัวการหกล้มในผู้ปวยสูงอายุ ทั้งในและต่างประเทศ พบว่า ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุทั่ว ๆ ไปร่วมด้วย ความกลัวมีสาเหตุมาจากเงื่อนไข หรืออิทธิพลหลาย ๆ อย่างร่วมกันซึ่งอาจไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจน ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มส่วนใหญ่อจะเกิดความกลัวการหกล้ม แต่ความกลัวนี้ก็ไม่ได้เกิดเฉพาะผู้สูงอายุที่เคยหกล้มเท่านั้น ผู้สูงอายุที่ไม่เคยหกล้มมาก่อนก็พบว่า มีความกลัวการหกล้ม ความกลัวการหกล้มเป็นปัญหาสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งความกลัวการหกล้มเป็นภาวะที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งมีความกังวลว่าอาจเกิดการหกล้ม (Tinetti et al., 1990) เป็นความกลัวที่เฉพาะเจาะจงเกิดขึ้นตามมาภายหลังจากการหกล้ม ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความมั่นใจในตนเองเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวอย่างปลอดภัย กลัวว่าจะเกิดการหกล้มซ้ำอีก (นัยนา พิพัฒน์วิมลชชา, 2555) ส่งผลให้ผู้สูงอายุลดหรือหยุดการทำกิจกรรมต่าง ๆ

ในชีวิตประจำวันทั้ง ๆ ที่ยังมีศักยภาพที่จะทำได้ (Friedman et al., 2002) จากผลการศึกษา โดยการทบทวนการวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic review) โดย Scheffer et al. (2008) พบว่า มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่ก้นการหกล้มไม่เคยมีประวัติการหกล้มมาก่อน ดังนั้น นอกจาก ประสบการณ์การหกล้มแล้ว น่าจะมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความกลัวการหกล้ม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ดังนี้

เพศ

เพศ เป็นปัจจัยสำคัญที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านสรีรวิทยา สมรรถภาพ ทางกาย บุคลิกภาพ บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัว และสังคม รวมถึงความแตกต่าง ในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้ความกลัวการหกล้มแตกต่างกันไปในระหว่างเพศชาย และเพศหญิง (ลักษณะ ะรงค์, 2555) เพราะเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิง จะเกิดการเปลี่ยนแปลงจากระบบการสูงวัย กล่าวคือ เพศหญิงเริ่มเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน ระดับเอสโตรเจนในร่างกายก็จะต่ำลง ทำให้ออสติโอคลาสต์ (Osteoclast) ทำงานมากขึ้น มีการสูญเสียมวลกระดูกไปอย่างช้า ๆ ทำให้เพศหญิงมีโครงสร้างของกระดูกบางกว่าเพศชายทำให้ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง เนื่องจากกลัวการหกล้ม (ประเสริฐ อัสตันตชัย, 2552) โดยในเพศชายถูกคาดหวังถึงความเข้มแข็ง กล้าหาญ ไม่แสดงความอ่อนแอออกมาให้เห็น โดยง่าย ตรงกันข้ามกับเพศหญิงที่มีความบอบบางอ่อนแอ สามารถแสดงออกถึงความกลัว และอารมณ์ในด้านต่าง ๆ ได้อย่างอิสระมากกว่าเพศชาย (สุรางค์ โคว์ตระกูล, 2553) เนื่องจาก ผู้สูงอายุเพศชาย ส่วนใหญ่ทำงาน หรือมีกิจกรรมทางร่างกายมากกว่า ทำให้กล้ามเนื้อแขนขา มีความ แข็งแรง และทรงตัวได้ดีกว่า (ลัดดา เทียมวงศ์, 2554) ดังนั้น ผู้สูงอายุเพศชายมีความกลัวการหกล้ม น้อยกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความกลัวการหกล้มมักพบในเพศ หญิงมากกว่าเพศชาย (กมลพร วงศ์พนิตกุล และคณะ, 2555; Denkinger et al., 2010; Friedman et al., 2002; Hill et al., 2010; Kumar et al., 2014; Lach, 2005; Scheffer et al., 2008; Schmid et al., 2009) และการศึกษาในชุมชน พบว่า การหกล้มจะเกิดในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล และคณะ, 2543; พิมวรินทร์ ลิ้มสุขสันต์, 2551; Jitapunkul et al, 1994) ซึ่งเมื่อเกิดการหกล้มขึ้นในผู้สูงอายุมักนำไปสู่การกลัวการหกล้มซ้ำ จากผลการศึกษาความกลัว การหกล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53 (Schmid et al., 2009) และความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุหลังจากการหกล้มที่มารักษาที่แผนกฉุกเฉิน พบว่า เป็นเพศ หญิง ร้อยละ 60 (Hill et al., 2010) แต่ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม อาจทำให้เพศ

และความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุไทย มีความสัมพันธ์ในลักษณะที่แตกต่างกับการศึกษาของต่างประเทศก็เป็นได้ ดังนั้น ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความกลัวการหกล้มจึงเป็นเรื่องที่น่าศึกษา

ประสบการณ์การหกล้ม

ประสบการณ์การหกล้ม หมายถึง การเคยเกิดเหตุการณ์การสูญเสียความสามารถในการทรงตัวซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่ได้ตั้งใจ เป็นผลให้ทำให้ส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายลงไปอยู่กับพื้นหรือในระดับที่ต่ำกว่าเดิม รวมทั้งการปะทะกับสิ่งของต่าง ๆ ซึ่งอาจส่งผลให้ร่างกายของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหรือไม่ได้รับบาดเจ็บก็ตาม โดยไม่รวมกับการหกล้มที่เกิดจากอุบัติเหตุร้ายแรงในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เช่น อุกรถชน และไม่รวมการหกล้มที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมักจะเกิดความกลัวการหกล้ม ทั้งนี้เนื่องมาจาก ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมาแล้วมักจะหกล้มอีกในสถานการณ์คล้ายเดิม (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) ผู้สูงอายุที่มีประวัติการหกล้มอย่างน้อยหนึ่งครั้งในหนึ่งปีที่ผ่านมา จะมีโอกาสหกล้มซ้ำได้มากกว่าผู้ที่ไม่เคยหกล้ม (ลัดดา เกียมวงศ์, 2554) และ โอกาสที่จะเกิดการหกล้มซ้ำจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนครั้งของการหกล้มในอดีต อาจเนื่องมาจาก ความกลัวต่อการหกล้มซ้ำเพราะมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในเรื่องนั้น ๆ ซึ่งเป็นปัญหาด้านจิตใจที่ตามมาหลังจากการหกล้ม (เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล และคณะ, 2543) ผู้ที่มีประวัติการหกล้ม เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีโอกาสหกล้มซ้ำสูงถึง 3 เท่าของผู้ที่ไม่มีประวัติหกล้ม (McFarlane-Kolb, 2004) และในผู้สูงอายุที่มีประวัติการหกล้มอย่างน้อยหนึ่งครั้งในหนึ่งปีที่ผ่านมาจะเกิดการหกล้มซ้ำได้มากกว่าผู้ที่ไม่เคยหกล้ม (Krauss et al., 2005; Yauk et al., 2005) การมีประวัติหกล้มสามารถทำนายการหกล้มในผู้สูงอายุได้ (ลัดดา เกียมวงศ์, 2552) ผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การหกล้มประมาณร้อยละ 50 จะมีความกลัวต่อการหกล้มซ้ำ (Kressig et al., 2001) ความกลัวการหกล้ม เป็นผลที่ตามมาจากการหกล้มจะส่งผลให้ ผู้สูงอายุสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ต้องจำกัดการเคลื่อนไหว ลดลงการทำหน้าที่ของร่างกายเสื่อมถอยลง และแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด (Nelson and Amin, 1990)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความกลัวการหกล้มไม่ได้เกิดเฉพาะผู้สูงอายุที่เคยหกล้มเท่านั้น ผู้สูงอายุที่กลัวการหกล้ม และไม่เคยมีประวัติการหกล้มมาก่อน พบมากกว่าร้อยละ 50 (Scheffer et al., 2008) ดังนั้น ประสบการณ์การหกล้มจึงอาจไม่ใช่ปัจจัยของความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุเสมอไป ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้มกับ ประสบการณ์การหกล้ม ในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา เนื่องจากเห็นว่าเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยสูงอายุมีโอกาสเกิดการหกล้ม และสามารถจดจำประสบการณ์เหล่านั้นได้

ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 20-40 ของผู้สูงอายุ (Behroozi, Bremen, & Bellon-tonio, 2007) และพบอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในรายที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 33.39 (Mitprasart, 2011) เพราะการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องแยกจากบุคคลในครอบครัว ต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุสูญเสียความมั่นใจในตนเองเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวอย่างปลอดภัย เกิดภาวะความกลัวการหกล้ม หรือกลัวการได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุกลายเป็นคนเก็บตัว จำกัดกิจกรรมของตนเอง หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม เกิดภาวะซึมเศร้า ไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ส่งผลให้การเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากขึ้นหรือหายช้ากว่าปกติ และยังมีผลต่อระยะเวลาในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น (สายพิณ ยอดกุล, 2555) ดังนั้น จึงมีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าไว้ต่าง ๆ ดังนี้

ภาวะซึมเศร้า เป็นกลุ่มอาการที่มีองค์ประกอบหลักของการแสดง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านความคิด ด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรม โดยอาการแสดงออกของภาวะซึมเศร้าในแต่ละด้านจะเชื่อมโยงสัมพันธ์ระหว่างกัน ทั้งนี้อาการดังกล่าวอาจเกิดต่อเนื่องกันนานเป็นอาทิตย์ หรือเป็นเดือน ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ และการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันลดลง (สายฝน เอกวารงศ์กูร, 2553)

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า รู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกตนเองไร้ค่า ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวเกี่ยวข้องกับการสูญเสีย และคงอยู่เป็นเวลานาน และมีอาการแสดงออกในหลาย ๆ อย่าง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2549)

ภาวะซึมเศร้า เป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจ ทำให้รู้สึกไม่มีความสุข ซึมเศร้า จิตใจหม่นหมอง หมดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเอง ชอบอยู่เงียบ ๆ คนเดียว ท้อแท้ มีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิต ไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ภาวะซึมเศร้า เป็นการรับรู้ภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด ไร้ค่า ดำเนินตนเอง มีความบกพร่องในกิจวัตรประจำวัน (กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง, 2537)

การศึกษาครั้งนี้ให้นิยามของภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะผิดปกติทางอารมณ์ของผู้ป่วยสูงอายุ โดยมีความรู้สึกเศร้า วิตกกังวล หดหู่ ไม่กระตือรือร้นในชีวิต ชอบอยู่เงียบ ๆ คนเดียว รู้สึกตนเอง

ไร้ค่า ความสนใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลง ทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง แยกตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ (สายพิน ยอดกุล, 2555)

1. ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (Mild depression) เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่สดชื่นแจ่มใส (Blue moods) อารมณ์เศร้า หงาหงอยชั่วคราว ซึ่งบุคคลทั่วไปก็รู้สึกได้ในบางครั้ง โดยอาจมีสาเหตุและเหตุผลเพียงพอ ในบางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ เลย มักเปรียบเทียบ ตนเองกับผู้อื่น มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ในทางลบ มีความต้องการการช่วยเหลือ คำแนะนำการเอาใจใส่ปลอบโยน การนอนหลับพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น หลับยากกว่าปกติ หรือตื่นเชากว่าปกติ เป็นต้น

2. ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (Moderate depression) ภาวะซึมเศร้าระดับนี้จะรุนแรงขึ้นจนถึงมีผลกระทบต่อชีวิต ครอบครัว และการทำงาน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ แม้ว่าจะไม่สมบูรณ์นัก มักมีอาการเศร้ามากขึ้นในช่วงเช้า และจะดีขึ้นในตอนกลางวัน รู้สึกไม่มีความสุข เบื่อหน่ายต่อสิ่งแวดล้อม อ่อนเพลีย รู้สึกมีกำลังน้อยลง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไร้ความสามารถ ต่ำหนีดตนเอง หงุดหงิด ร้องไห้ง่าย โกรธง่าย ก้าวร้าว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับร่างกายและสุขภาพของตนมีมากขึ้น รู้สึกว่ามีการเปลี่ยนแปลงไป ต้องการหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์แวดล้อม และสังคม อาจมีความคิดเกี่ยวกับการตาย การนอนหลับผิดปกติ ความอยากรับประทานอาหารลดลง น้ำหนักลด ความต้องการทางเพศลดลง

3. ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Severe depression) จะมีอารมณ์ซึมเศร้าตลอดเวลา มีความรู้สึกสิ้นหวัง มองตนเองด้านไม่ดี ไม่มีประโยชน์ตลอดเวลา ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ต้องการหลีกเลี่ยง ไม่มีการเข้าร่วมสังคมใด ๆ ลักษณะอารมณ์เหมือนไม่มีความรู้สึก รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ล้มเหลวอย่างสิ้นเชิง อนาคตมืดมน และสิ้นหวัง หมดความสนใจสิ่งต่าง ๆ การตัดสินใจเสียแม้แต่เรื่องง่าย ๆ มักจะนั่งเฉย ๆ อยู่กับที่ ไม่มีการเคลื่อนไหว หรืออาจไม่หยุดนิ่ง ผุดลุกผุดนั่ง ไม่สนใจต่อตนเอง ดูแลตนเองไม่ได้ นอนไม่หลับ รู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลียตลอดเวลา หมดความสนใจในเรื่องเพศ อาจถอนตัวถอยหนีออกจากโลกของความเป็นจริง มีความหลงผิด (Delusion) และมีความคิดฆ่าตัวตายตามมาได้

ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เชื่อว่า สภาวะทางอารมณ์นั้นมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคล กล่าวคือ อารมณ์ทางด้านบวก เช่น ความสุข ความพึงพอใจ จะส่งผลให้บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้ามอารมณ์ทางด้านลบ เช่น ความเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวล จะส่งผลให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดต่ำลง (Bandura, 1997) ซึ่งการเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น

ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมประจำวัน ผู้สูงอายุที่มีความปวด และมีการสูญเสีย มักมีความผิดปกติ ด้านอารมณ์ ทำให้ผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมช้าลง และมีการตัดสินใจผิดพลาด ทำให้ ผู้ป่วยสูงอายุมีการหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งสภาวะการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย จึง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีความกลัวการหกล้ม และจากการทบทวนวรรณกรรม พบ การศึกษาที่สรุปว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการจำกัดการปฏิบัติกิจกรรมของ ผู้สูงอายุเนื่องจากกลัวการหกล้ม (อัจฉราวรรณ รัตน์มณี และนัยนา พิพัฒน์วิมลชชา, 2560; กมลพร วงศ์พนิตกุล และคณะ, 2555; Schmid et al., 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ายังมีการศึกษาที่สรุปว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้หญิง สูงอายุในสหรัฐอเมริกาไม่สัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม (Murphy et al., 2003) ผู้วิจัยจึงเลือก ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความกลัวการหกล้มในการศึกษาคั้งนี้

ความสามารถในการทรงตัว

ความสามารถในการทรงตัว หมายถึง ความสามารถในการรักษาความสมดุลร่างกายของ ผู้สูงอายุในขณะที่อยู่กับที่หรือขณะเคลื่อนที่ เนื่องจากการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันต้อง อาศัยความสามารถทางด้านร่างกายในการเดิน การยืน หรือการทรงตัว (กมลพร วงศ์พนิตกุล และคณะ, 2555) ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะมีอาการอ่อนเพลีย สภาพร่างกายอ่อนแอ ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนล่างลดลง การเดินการทรงตัวไม่ ดี ซึ่งอาจเกิดจากโรคหรืออายุที่มากขึ้น (Hendrich et al., 1995) เมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรมผู้สูงอายุจึง เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในการก้าวเดิน กลัวการหกล้ม ทำให้ลักษณะการเดินผิดปกติในผู้สูงอายุ เช่น การเดินลากเท้า ไม่สามารถยกเท้าได้สูงเท่าที่เคยทำได้ ซึ่งทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของ ตนเองของ Bandura (1997) เชื่อว่า หากบุคคลมีสภาวะด้านร่างกายร่างกายที่ผิดปกติ จะส่งผลให้ บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหา ในการทรงตัวทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำร่วมกับการเกิด ประสบการณ์ที่ไม่ดี จึงไม่เชื่อในความสามารถของตนเอง ขาดความมั่นใจในการก้าวเดินอย่าง ปลอดภัย จึงเกิดความกลัวการหกล้มตามมา (กมลพร วงศ์พนิตกุล และคณะ, 2555) ซึ่งเป็นสาเหตุ ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสามารถในการรักษาภาวะสมดุลขณะทรงตัว ส่งผลให้เกิดการหกล้มได้ง่าย ขึ้น และความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ โดยใช้แบบ ประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 207 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม ได้แก่ ความสามารถในการทรงตัวบกพร่อง (อภิฤดี จิระวิโรจน์ และณิชากัตร์ พุฒิกามิน, 2556)

การทรงตัวบกพร่องสามารถทำนายการเกิดการหกล้มของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 61.1 (ลัดดา เกียมวงศ์, 2552) และผู้สูงอายุที่ต้องใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดินจะกลัวการหกล้ม (Kressig et al., 2001; Lach, 2005) ความสามารถของผู้สูงอายุในการลุกนั่งเก้าอี้ ยืนเท้าชิดกัน ยืนต่อส้นเท้า และยืนขาเดียว มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม (Deshpande et al., 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศ ส่วนในประเทศไทย ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการทรงตัวกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึก ความคิดความเข้าใจของตนเอง ต่อการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึก และความคิดเห็นต่อภาพรวมของสุขภาพตนเองในปัจจุบัน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เชื่อว่า ระดับการรับรู้ความสามารถของบุคคลขึ้นอยู่กับการประเมินความยากง่ายของเหตุการณ์ของแต่ละบุคคล หากบุคคลคิดว่าเหตุการณ์ที่ประสบอยู่นั้นยากเกินที่ตนจะสามารถปฏิบัติได้ จะเกิดการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถอยู่ในระดับต่ำ กลัวไม่กล้าที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ดังนั้น ผู้สูงอายุมองตนเองว่ามีภาวะสุขภาพไม่ดี ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดความท้อแท้ จึงไม่เชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ จึงไม่กล้าปฏิบัติกิจกรรมและกลัวการหกล้ม (กมลพร วงศ์พนิตกุล และคณะ, 2555; Fletcher & Hirdes, 2004; Lach, 2005; Kumar et al., 2014; Scheffer et al., 2008; Zijlstra et al., 2007) แต่ยังมีการศึกษา ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี จำกัดการปฏิบัติกิจกรรม เนื่องจากกลัวการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพสุขภาพดี (Fletcher & Hirdes, 2004) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจเลือกศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

ภาวะโรคร่วม

ภาวะโรคร่วม หมายถึง โรคอื่นที่เป็นร่วมหรือโรคเรื้อรังของผู้ป่วยสูงอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคในปัจจุบัน มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งกายภาพ สรีระ และการทำหน้าที่ของระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคนั้น ทำให้การดูแลรักษาซับซ้อนมากขึ้น (Cree et al., 2001) การเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมเป็นจำนวนมาก และเป็นเวลานาน จะยิ่งส่งผลให้ร่างกาย และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดต่ำลงมากยิ่งขึ้น การสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้ต้องพึ่งพาการช่วยเหลือจากครอบครัวมากขึ้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางด้านจิตใจตามมา คือ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองลดน้อยลง ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในความสามารถของตนเองในการที่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่าง

ปลอดภัยไม่เกิดการหกล้ม จากการศึกษาความสัมพันธ์ภาวะโรคร่วมกับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย ส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่า ภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม (กมลพร วงศ์พนิตกุล, และคณะ, 2555; Murphy et al., 2002) ดังนั้น ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโรคร่วมกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุจึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การกระทำการกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันที่เป็นขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุได้ด้วยตนเอง เมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วย ร่างกายจะมีการเสียสมดุล การมีกำลังสำรองลดลง ทำให้ร่างกายปรับตัวไม่ได้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อมีการเคลื่อนที่ลดลงระหว่างการอยู่รักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการต้องนอนพักอยู่แต่บนเตียง เป็นปัจจัยสำคัญยิ่งที่ทำให้ ผู้สูงอายุมีสภาวะร่างกายถดถอยจากการไม่ได้เคลื่อนไหวร่างกาย ไม่สามารถทำหน้าที่ได้เต็มที่ ทำให้เกิดสภาวะร่างกายถดถอยจากการไม่เคลื่อนไหว และทำหน้าที่ไม่ได้ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) ความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ เป็นการทำหน้าที่ทางด้านร่างกาย หรือการทำหน้าที่ทางด้านความรู้คิดลดลง (Inouye, Bogardus, Baker, Leo-Summer, & Coonney, 2000) ดังนั้น จึงทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในการเคลื่อนไหว มีการจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงเมื่อเกิดการเคลื่อนไหวหรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ จึงเกิดความกลัวการหกล้ม (Suzuki et al., 2002) ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง จะกลัวการหกล้ม (Denkinger et al., 2010; Hill et al., 2010; Lach, 2005; Scheffer et al., 2008; Schmid et al., 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พบว่า ความกลัวการหกล้มเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เพราะความกลัวเป็นความรู้สึกไม่มั่นคงทางอารมณ์ซึ่งสามารถเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทุกกลุ่มความกลัวการหกล้มเป็นผลกระทบทางจิตใจที่เกิดตามมาจากการหกล้ม ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อารดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถคัดสรรปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อทำการศึกษาดังนี้ คือ เพศ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทรงตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะโรคร่วม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (Correlation descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทรงตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะโรคร่วม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ โดยมีรายละเอียดการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 123 คน ในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. มีการรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา สถานที่ปกติ ประเมินโดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai 2002 [MMSE-Thai 2002]) สำหรับผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือได้คะแนนตั้งแต่ 14 คะแนนขึ้นไป ผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษาได้คะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป และผู้ที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษาได้คะแนนตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป
2. สามารถลุกยืนข้างเดียวได้ด้วยตนเอง
3. ไม่มีอาการหรืออาการแสดงของการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน หรือรุนแรงในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ตลอดระยะเวลาของการเข้าร่วมการวิจัย
4. มีความเต็มใจและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (Power analysis) โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้สถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว (Bivariate normal model) ในการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรศึกษาแบบทางเดียว (One-tail) เนื่องจาก งานวิจัยที่ผ่านมา

กมลพร วงศ์พนิตกุล และคณะ (2555) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทรงตัว เพศ ประสบการณ์การหกล้ม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดกาญจนบุรี มีค่าเท่ากับ .362, .234, .182, .149 และ .155 ตามลำดับ ซึ่งสามารถนำมาหาค่าเฉลี่ยได้เท่ากับ .22 จึงกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .22 ($r = .22$) กำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ .05 และอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 123 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรโดยอาศัยความน่าจะเป็น (Probability sampling) โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) และการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. จัดกลุ่มพื้นที่การให้บริการตามเขตเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา โดยการแบ่งขนาดโรงพยาบาลตามกรอบเขตบริการสุขภาพ ประกอบด้วย โรงพยาบาล 4 ขนาด คือ โรงพยาบาล ขนาด 30 เตียง 60 เตียง 90 เตียง และ 120 เตียง

1.1 โรงพยาบาลขนาด 30 เตียง จำนวน 12 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสีดา โรงพยาบาลแก้งสนามนาง โรงพยาบาลบัวลาย โรงพยาบาลโนนแดง โรงพยาบาลบ้านเหลื่อม โรงพยาบาลลำทะเมนชัย โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้าเมืองยาง โรงพยาบาลพระทองคำ โรงพยาบาลเทพารักษ์ โรงพยาบาลขามทะเลสอ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ ท่าช้าง และโรงพยาบาลวังน้ำเขียว

1.2 โรงพยาบาลขนาด 60 เตียง จำนวน 12 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลนครบุรี โรงพยาบาลโนนไทย โรงพยาบาลเสิงสาง โรงพยาบาลคง โรงพยาบาลจักรราช โรงพยาบาลโนนสูง โรงพยาบาลหนองบุญมาก โรงพยาบาลโชคชัย โรงพยาบาลขามสะแกแสง โรงพยาบาลประทาย โรงพยาบาลห้วยแถลง และโรงพยาบาลชุมพวง

1.3 โรงพยาบาลขนาด 90 เตียง จำนวน 5 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลปักธงชัย โรงพยาบาลด่านขุนทด โรงพยาบาลพิมาย โรงพยาบาลสูงเนิน และโรงพยาบาลสีคิ้ว

1.4 โรงพยาบาลขนาด 120 เตียง จำนวน 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลบัวใหญ่ โรงพยาบาลปากช่องนานา และโรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา

2. ทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลแต่ละขนาดแบบไม่แทนที่ เพื่อให้ได้โรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนจากแต่ละระดับมาอย่างละ 1 แห่ง ดังนี้

2.1 โรงพยาบาลขนาด 30 เตียง ได้แก่ โรงพยาบาลวังน้ำเขียว

2.2 โรงพยาบาลขนาด 60 เตียง ได้แก่ โรงพยาบาลครบุรี

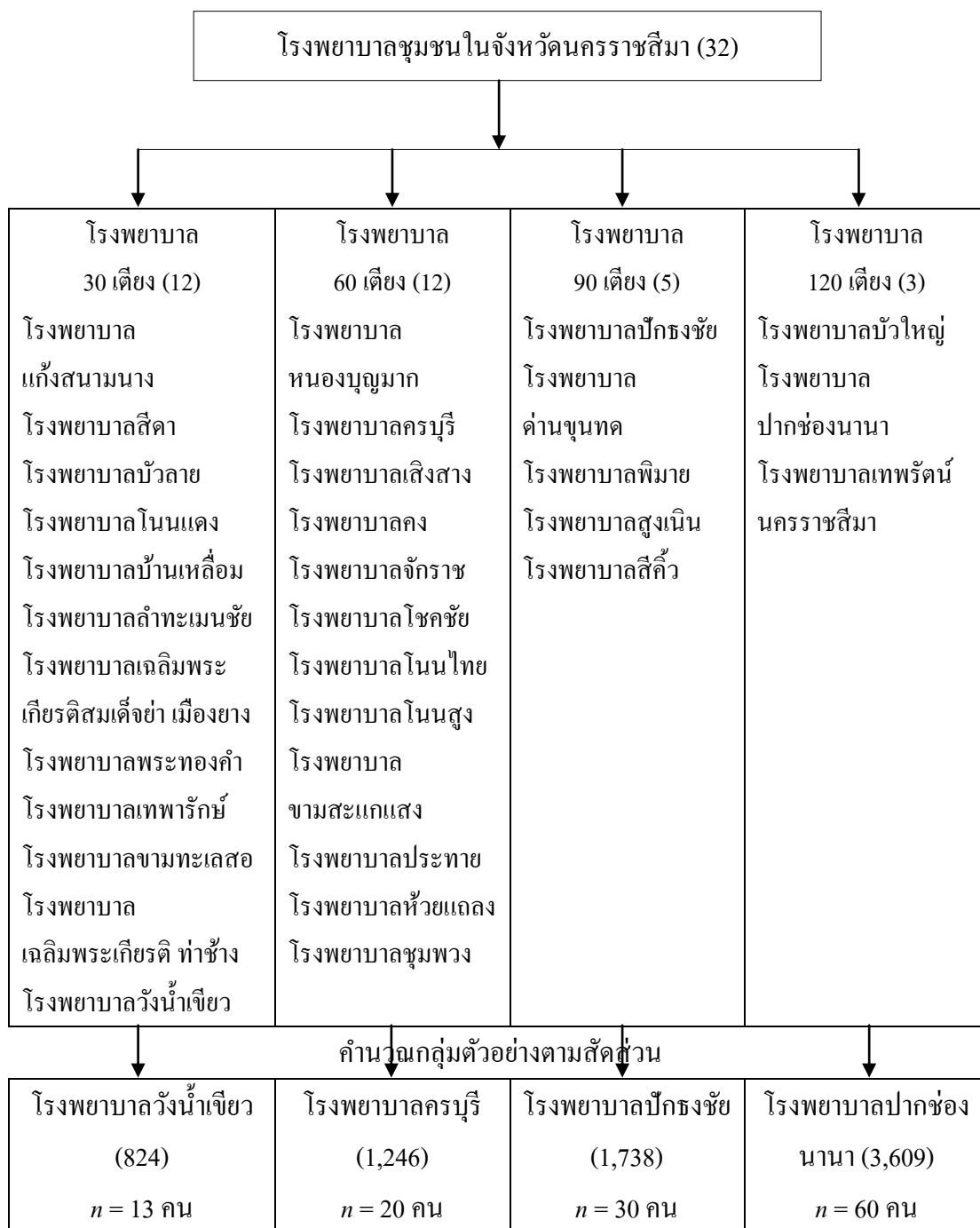
2.3 โรงพยาบาลขนาด 90 เตียง ได้แก่ โรงพยาบาลปักธงชัย

2.4 โรงพยาบาลขนาด 120 เตียง ได้แก่ โรงพยาบาลปากช่องนานา

3. กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล โดยคิดตามสัดส่วนของประชากรผู้ป่วยสูงอายุแต่ละโรงพยาบาล ให้ได้ตามจำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ ได้ดังนี้
โรงพยาบาลปากช่องนานา จำนวน 60 คน โรงพยาบาลปักธงชัย จำนวน 30 คน โรงพยาบาลครบุรี จำนวน 20 คน และโรงพยาบาลวังน้ำเขียว จำนวน 13 คน ดังภาพที่ 2

4. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 เลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่จากรายชื่อผู้ป่วยสูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน โดยดำเนินการเก็บข้อมูลทุกวันในช่วงเวลาภาคบ่าย โดยประเมินก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลว่าผู้ป่วยสูงอายุมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการเก็บข้อมูลวันละ 5 คน จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 123 คน



ภาพที่ 2 การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือสำหรับคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination-Thai 2002 [MMSE-Thai 2002]) เป็นแบบประเมินที่พัฒนามาจากแบบประเมิน MMSE ที่สร้างโดย Folstein, Folstein, and McHugh (1975) โดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองฉบับภาษาไทย (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2545) ใช้ทดสอบความสามารถของผู้สูงอายุ ด้วยการวัดสมรรถภาพทางสมองทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านการรับรู้เวลา สถานที่ (Orientation) ด้านความจำ (Registration) ความตั้งใจ (Attention) ด้านการคำนวณ (Calculation) ด้านความเข้าใจภาษา และการแสดงออกทางภาษา (Language) และความจำเฉพาะหน้า (Recall) ประกอบด้วย 11 กิจกรรม ได้แก่ การตอบคำถามเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ การจดจำข้อความ การคิดคำนวณ การเขียน และการปฏิบัติตามคำสั่ง การให้คะแนนในแต่ละกิจกรรมจะแตกต่างกันออกไปตามความยากง่าย คะแนนความสามารถในการทำแบบทดสอบมีความสัมพันธ์กับความรู้พื้นฐาน คะแนนเต็มของแบบทดสอบจึงมีค่าไม่เท่ากัน เมื่อใช้ทดสอบบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ผ่านการทดลองใช้กับผู้สูงอายุ และทดสอบความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีการวัดซ้ำ และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .97 (รัชดาภรณ์ หงส์ทอง และศิริพันธุ์ สาสัดย์, 2558)

เกณฑ์การให้คะแนน

ผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนเต็มเท่ากับ 23 คะแนน หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน แสดงว่า มีภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา คะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน แสดงว่า มีภาวะสมองเสื่อม

ผู้สูงอายุปกติเรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา คะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน หากได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22 คะแนน แสดงว่า มีภาวะสมองเสื่อม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 7 ชุด ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ยาที่รับประทานประจำ และประสบการณ์การหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

2. แบบประเมินอาการกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุไทย (Thai Falls Efficacy Scale-international [Thai FES-I]) ใช้เพื่อประเมินระดับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่ ลัดดาเถียมวงศ์ (2554) แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย ด้วยวิธีการแปลกลับ (Back translation) จากแบบประเมินความกลัวการหกล้มฉบับนานาชาติ (Falls Efficacy Scale-international [FES-I]) ที่สร้างและพัฒนาโดยสมาคมป้องกันการหกล้มแห่งยุโรป (ProFaNE, 2006) ที่ดัดแปลงมาจากแบบ

ประเมิน FES ของ Tinetti et al. (1990) ซึ่งได้เพิ่มข้อคำถามจากแบบประเมิน FES จำนวน 6 ข้อ เพื่อให้ครอบคลุมกิจกรรมทางกาย และทางสังคมตั้งแต่ระดับง่ายไปสู่ยากของผู้ป่วยสูงอายุที่อาจมีผลต่อระดับความกล้วการหกล้ม ผ่านการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ในจังหวัด นครศรีธรรมราช จำนวน 433 คน และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาค่าความตรงเชิง โครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบค่า Factor Loading มากกว่า .40 ขึ้นไป และความ เชื่อมั่นสอดคล้องภายในของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .95 แบบประเมินนี้ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับระดับความกล้วการหกล้ม เมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมด 16 กิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมทางกายและกิจกรรมทางสังคม ทั้งที่ง่าย และยาก โดย ปวันรัตน์ ศรีคำ (2557) ได้นำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีประวัติการหกล้ม และผู้สูงอายุ ที่ไม่มีประวัติการหกล้มที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐบาลในระดับตติยภูมิ ในเขต กรุงเทพมหานคร จำนวน 152 ราย คำนวณค่าความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .90

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

ไม่กล้วหกล้มเลย ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

กล้วหกล้มเล็กน้อย ให้คะแนนเท่ากับ 2 คะแนน

กล้วหกล้มมาก ให้คะแนนเท่ากับ 3 คะแนน

กล้วหกล้มมากที่สุด ให้คะแนนเท่ากับ 4 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์อยู่ระหว่าง 16-64 คะแนน

คะแนน 16-21 คะแนน แสดงว่า ไม่กล้วการหกล้ม

คะแนน 22-27 คะแนน แสดงว่า กล้วการหกล้มน้อยถึงปานกลาง

คะแนน 28-64 คะแนน แสดงว่า กล้วการหกล้มมาก

3. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) เป็นการประเมิน เกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยสูงอายุเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยรวมในปัจจุบัน ของ Melanson and Downe-Wamboldt (1987) แปลเป็นภาษาไทยโดย วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ซึ่งลักษณะของ แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย ข้อคำถาม 1 ข้อ โดยให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินระดับภาวะสุขภาพ ปัจจุบันโดยรวมของตนเอง ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ด้วยวิธีการวัดซ้ำ (Test-retest method) โดย กมลพร วงศ์พนิตกุล และคณะ (2555) ได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ในชุมชน จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 30 ราย แล้วนำไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ สเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์ ได้ค่าเท่ากับ .94

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่ดี พอใช้ ดี และดีมาก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

สุขภาพไม่ดี	ให้ 1 คะแนน
สุขภาพพอใช้	ให้ 2 คะแนน
สุขภาพดี	ให้ 3 คะแนน
สุขภาพดีมาก	ให้ 4 คะแนน

4. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale [TGDS]) เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้คัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนหรือในคลินิกผู้สูงอายุของกลุ่มฟื้นฟูสภาพสมองของไทย (Train The Brain Forum Thailand) โดยได้รวมกลุ่มบรรดาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยาจิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ นักจิตวิทยา มาประชุมกัน เพื่อคัดแปลงแบบวัดภาวะเศร้า (Geriatric Depression Screening [GDS]) ของ Yesavage et al. (1983) และฉบับภาษาไทยที่แปลโดย อรวรรณ ถีทองอินทร์ (2535) เป็นการสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุในช่วงระยะเวลาหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา ลักษณะการตอบมี 2 ลักษณะคือ เป็นการตอบคำถามว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” จำนวน 30 ข้อคำถาม แบบสัมภาษณ์นี้มีกรให้คะแนนเป็น 0 หรือ 1 คะแนน โดยมีข้อคำถามที่เป็นความรู้สึกด้านบวก 10 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 และ 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ข้อละ 1 คะแนน ส่วนข้อที่เหลือจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามที่เป็นความรู้สึกด้านลบ ถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ข้อละ 1 คะแนน (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) เป็นแบบวัดที่นำไปใช้ได้ง่าย เข้าใจง่าย ใช้เวลาสั้น มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมของคนไทย ผ่านการนำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 275 ราย ทั่วประเทศ ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสูตร KR-20 ของ Kuder Richardson พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.93 (กลุ่มฟื้นฟูสภาพสมอง, 2537)

เกณฑ์การให้คะแนน และคะแนนรวมของแบบสัมภาษณ์อยู่ระหว่าง 0-30 คะแนน และจำแนกเกณฑ์ได้ดังนี้

คะแนน 0-12	คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุปกติไม่มีภาวะซึมเศร้า
คะแนน 13-18	คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะเศร้าซึมเศร้าเล็กน้อย
คะแนน 19-24	คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะเศร้าซึมเศร้าปานกลาง
คะแนน 25-30	คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะเศร้าซึมเศร้าสูง

5. แบบประเมินภาวะโรคร่วม (Charlson's Comorbidity Index [CCI]) ใช้เพื่อประเมินโรคอื่นที่เป็นร่วมของผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปัจจุบัน พัฒนาโดย Charlson et al. (1987) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย Utriyaprasit (2001) สามารถประเมินได้จากประวัติ

การรักษา หรือเวชระเบียน และการสัมภาษณ์จากผู้ป่วยสูงอายุ โดยแต่ละภาวะโรคร่วมทั้ง 19 โรค ให้คะแนนตามความรุนแรงของโรค ดังนี้

1 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุมีโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคของหลอดเลือดหัวใจส่วนปลาย โรคของหลอดเลือดในสมอง โรคความจำเสื่อม โรคปอดชนิดเรื้อรัง โรคของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคตับชนิดไม่รุนแรง โรคเบาหวาน

2 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุมีโรคอัมพาตครึ่งซีก โรคเบาหวานในระยะสุดท้าย โรคไต เนื่องจาก โรคเม็ดโลหิตขาวผิดปกติ โรคความบกพร่องของการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อน้ำเหลือง

3 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุมีโรคตับ

6 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุมีโรคเอดส์ และโรคมะเร็งที่มีการแพร่กระจาย

หากผู้ป่วยสูงอายุไม่มีโรคร่วมจะให้คะแนน เท่ากับ 0 คะแนน ผลรวมของคะแนนมีค่าตั้ง 0-37 คะแนน ผ่านการทดลองใช้กับผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 123 ราย พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นภายใน (Intra-class Correlation Coefficient [ICC]) เท่ากับ .96 (ทีปทัศน์ ชินดาปัญญากุล, นรลักษณ์ เอื้อกิจ และสุชาติ ไชยโรจน์, 2560)

เกณฑ์การตีความคะแนน (Charlson et al., 1987 อ้างถึงใน Stein et al., 2013)

ผู้ป่วยสูงอายุไม่มีโรคร่วม	เท่ากับ 0
ผู้ป่วยสูงอายุไม่มีโรคร่วม 1-2 โรค	เท่ากับ 1
ผู้ป่วยสูงอายุไม่มีโรคร่วม 3-4 โรค	เท่ากับ 2
ผู้ป่วยสูงอายุไม่มีโรคร่วมตั้งแต่ 5 โรคขึ้นไป	เท่ากับ 3

6. แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (The Modified Barthel Activities of Daily Index [BAI]) ใช้ในการประเมินความสามารถในเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุไทย โดย Jitapunkul et al. (1994) พัฒนามาจากแบบประเมินดัชนีบาร์เทล (Barthel index) ของ Mahoney and Barthel (1965) เป็นชุดข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระยะ 24-48 ชั่วโมง ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งครอบคลุมเรื่องการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การสวมใส่เสื้อผ้า การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนย้ายภายในบ้าน และความสามารถในการควบคุมการขับถ่าย ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ตั้งแต่ 0 ถึง 3 โดยเรียงลำดับตามความยากง่ายของแต่ละกิจกรรม

โดยแบบประเมินนี้ได้ผ่านการทดสอบโดยมีการนำไปใช้วัดภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุไทยในชุมชนแออัดคลองเตยทั้งหมด 73 คน พบว่า มีความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .79 (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) ผ่านการทดลองใช้กับผู้สูงอายุสมองเสื่อมในสถานดูแลระยะยาว จำนวน 40 คน และทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีการวัดซ้ำ และคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .95 (รัชดาภรณ์ หงส์ทอง และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2558)

เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนรวมของแบบประเมิน อยู่ระหว่าง 0-21 คะแนน

0-4 คะแนน	หมายถึง	มีภาวะพึ่งพาทั้งหมด
5-8 คะแนน	หมายถึง	มีภาวะพึ่งพาส่วนใหญ่
9-12 คะแนน	หมายถึง	มีภาวะพึ่งพางบางส่วน
12 คะแนนขึ้นไป	หมายถึง	มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย

7. การทดสอบความสามารถในการทรงตัวโดยการยืนต่อเท้าเป็นแนวเส้นตรง

(Sharpened Romberg Test [SRT]) ใช้เพื่อประเมินความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุขณะยืนตรงอยู่กับที่ของ Brigg et al. (1989) โดยได้พัฒนามาจากการตรวจความสามารถในการทรงตัวของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว (Romberg Test [RT]) ของ Romberg (1851) มีวิธีการทดสอบความสามารถโดยให้ผู้ป่วยสูงอายุยืนตรงต่อเท้าเป็นแนวเส้นตรงบนพื้นเรียบ มือทั้ง 2 ข้างไขว้กอดอก และลิ้มตา โดยให้ผู้ป่วยสูงอายุพยายามทรงตัวให้นานที่สุดภายใต้ในเวลา 60 วินาที ประเมินผลโดยการบันทึกเวลาทั้งหมดที่ใช้ในการยืนทรงตัวขณะอยู่กับที่ ซึ่งการทดสอบความสามารถในการทรงตัวด้วยวิธีนี้ เป็นวิธีที่ได้มาตรฐาน ไม่ซับซ้อน เข้าใจได้ง่าย รวดเร็ว และปลอดภัย มีความเชื่อมั่นภายใน (Intra-class Correlation Coefficients [ICC]) เท่ากับ .99 (Franchignoni, Tesio, Martino, & Ricupero, 1998)

7.1 อุปกรณ์ที่ใช้ในการทดสอบ คือ นาฬิกาจับเวลา

7.2 สถานที่ทดสอบ คือ เตรียมสถานที่ทดสอบ โดยทดสอบบนพื้นเรียบ อยู่ในระดับเดียวกัน กว้างพอสมควรโดยไม่มีสิ่งกีดขวาง

7.3 วิธีการทดสอบ (Brigg et al., 1989)

7.3.1 ผู้ดำเนินการทดสอบให้ผู้ป่วยสูงอายุถอดรองเท้า ยืนตรงต่อเท้า บนพื้นเรียบ โดยใช้นิ้วหัวแม่เท้าขวาต่อส้นเท้าซ้าย หรือใช้นิ้วหัวแม่เท้าซ้ายต่อส้นเท้าขวาเป็นแนวเส้นตรงตามแต่ถนัด และตามองตรงไปข้างหน้า

7.3.2 มือทั้ง 2 ข้างไขว้กอดหน้าอก

7.3.3 ผู้ดำเนินการทดสอบเริ่มจับเวลา เมื่อผู้ป่วยสูงอายุยืนตรงต่อเท้า และมือทั้งสองข้างไขว้กอดอก ให้ผู้ป่วยสูงอายุพยายามทรงตัวให้นานที่สุดเท่าที่จะได้ ในเวลา 60 วินาที

7.3.4 ผู้ดำเนินการทดสอบหยุดจับเวลา เมื่อผู้สูงอายุมีอาการเซ ขยับเลื่อนของขาข้างที่ยืนอยู่จากตำแหน่งเดิม มือหลุดออกจากการกอดอก หรือใช้มือแตะสิ่งแวดล้อมเพื่อพยุงตัว

การประเมินผลการทดสอบ (Gras, Ganley, Bosch, & Mayer, 2017)

< 30 วินาที หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุมีการทรงตัวบกพร่อง

≥ 30 วินาที หมายถึง ผู้ป่วยสูงอายุมีการทรงตัวปกติ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Content validity)

ผู้วิจัยหาความตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยดำเนินการ ดังนี้

แบบประเมินอาการกลัวหกล้มในผู้สูงอายุไทย (Thai FES-I) แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินภาวะโรคร่วม แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (BAI) และแบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย ล้วนเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้น โดยทีมผู้เชี่ยวชาญ และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเป็นอย่างดี จึงไม่นำเครื่องมือดังกล่าวไปตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเที่ยงด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. แบบประเมินอาการกลัวหกล้มในผู้สูงอายุไทย และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน หาความเที่ยงโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .94 และ .81 ตามลำดับ

2. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการทดสอบความสามารถในการทรงตัวของผู้ป่วยสูงอายุ หาค่าความเที่ยงโดยการวัดซ้ำ ห่างกัน 5 นาที และนำค่าไปวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์สปีียร์แมน แรงค์ ออเดอร์ ได้เท่ากับ ได้เท่ากับ .86 และ .90 ตามลำดับ

3. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย และแบบประเมินภาวะโรคร่วมของผู้ป่วยสูงอายุ ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธี KR-20 ของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่มีค่าประเมินแบบ 2 ค่า (Dichotomous) ได้ค่าเท่ากับ .95 และ .98 ตามลำดับ

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยการเก็บข้อมูล จำนวน 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ มีความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย และมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุ โดยผู้วิจัยกำหนดให้ผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่ในการจัดเตรียมสถานที่ และดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยสูงอายุขณะทำการทดสอบความสามารถในการทรงตัว ทั้งนี้ผู้วิจัยได้อธิบายความเป็นมา และวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย พร้อมทั้งสาธิตการจัดสถานที่ และการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยสูงอายุระหว่างทำการทดสอบการทรงตัว เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจ สามารถร่วมดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ได้ถูกต้องและปลอดภัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้นำเสนอเค้าโครงวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยต่อ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จนได้รับการพิจารณา และเห็นชอบจากคณะกรรมการ เมื่อวันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2559 รหัสรับรองจริยธรรมการวิจัยเลขที่ 05-12-2558

2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง บริเวณห้องที่จัดเตรียมไว้ หลังจากนั้นชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบถึงสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วม หรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้เมื่อต้องการทันที โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยตนเอง โดยไม่มีการบังคับใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการบันทึกชื่อหรือเปิดเผยข้อมูล การวิเคราะห์ผลการวิจัยกระทำในภาพรวม ไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง และบุคคลที่เกี่ยวข้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ มีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยผู้วิจัยกำหนดให้ผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่ในการจัดเตรียมสถานที่ และดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยสูงอายุขณะทำการทดสอบ

ความสามารถในการทรงตัว โดยผู้วิจัยอธิบายความเป็นมา และวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย พร้อมทั้งสาริถการจัดสถานที่ และการดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยสูงอายระหว่างทำการทดสอบ การทรงตัว เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจ สามารถร่วมดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยได้ถูกต้อง และปลอดภัย

1.2 ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากช่องนานา โรงพยาบาลปักธงชัย โรงพยาบาลครบุรี และ โรงพยาบาลวังน้ำเขียว เพื่อขออนุญาตเข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าการพยาบาล และหัวหน้าตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลปากช่องนานา โรงพยาบาลปักธงชัย โรงพยาบาลครบุรี และ โรงพยาบาลวังน้ำเขียว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัย สํารวจรายชื่อผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยในของ โรงพยาบาล ชุมชนในแต่ละวัน ทำการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน วันละ 5 คน เพื่อคัดกรอง กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยสูงอายุตามรายชื่อที่สุ่มไว้ เพื่อแนะนำตัวผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ ของการวิจัย พร้อมอธิบายให้ทราบถึงสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วม หรือถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ เมื่อต้องการทันที โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจสมัครเข้าร่วมการวิจัย ด้วยตนเองโดยไม่บังคับ หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมให้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือใน ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างสุ่มมาได้ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย จะทำการสุ่ม กลุ่มตัวอย่างทดแทน จนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

2.3 ในรายชื่อผลการประเมิน พบว่า มีภาวะสมองเสื่อม ผู้วิจัยแจ้งผลการตรวจให้กับ ผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ดูแลให้ทราบ และประสานกับพยาบาลประจำตึกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ชุมชนนั้น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการตรวจประเมินอย่างละเอียดต่อไป จากนั้นทำการสุ่ม ตัวอย่างใหม่จนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ โดยในขั้นตอนการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ไม่พบผู้ป่วย สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม

2.4 กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการคัดกรองตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยทำการเก็บ รวบรวมข้อมูล โดยเครื่องมือที่จัดเตรียมไว้ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ จำนวน 6 ชุด ได้แก่ ข้อมูล ส่วนบุคคล แบบประเมินอาการกลืนหกล้มในผู้สูงอายุไทย แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ

แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุของไทย แบบประเมินภาวะโรคร่วม และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่วนการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้แบบประเมินแบบสังเกต ได้แก่ การวัดหรือทดสอบ จำนวน 1 ชุด ประกอบด้วย การทดสอบความสามารถในการทรงตัว โดยการยืนต่อเท้าเป็นแนวเส้นตรง รวมระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยสูงอายุแต่ละราย ประมาณ 30 นาที ทั้งนี้หากมีภาวะแทรกซ้อนขณะทำการสัมภาษณ์จะยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลทันที และให้การช่วยเหลือ อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ไม่พบผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติในขณะที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนในรายที่ผลการประเมิน พบว่า มีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยแจ้งผลการประเมินให้พยาบาลประจำตึกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนนั้น ๆ รับทราบเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป ซึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 9 คน

2.5 เมื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละรายให้เรียบร้อย ถ้าพบว่าข้อมูลใดไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพิ่มจนสมบูรณ์ แจ้งผลการสัมภาษณ์ กล่าวคำขอบคุณ และลากลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา โดยการวิเคราะห์การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ ประสิทธิภาพการหกล้ม ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทรงตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะโรคร่วม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ
3. วิเคราะห์ความถี่การหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ส่วนความถี่การหกล้มของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกิจกรรม วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระหว่าง เพศ ประสิทธิภาพการหกล้ม ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทรงตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะโรคร่วม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความถี่การหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ โดยผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ได้แก่ การทดสอบ

การกระจายของข้อมูลโดยวิธี Histogram, Stem and Leaf Plot, Box Plot, Kolmogorov Smirnov test, Fisher's Skewness coefficient และ Scatter plot พบว่า เพศ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทรงตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะโรคร่วม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ มีการกระจายข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงหาค่าความสัมพันธ์โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียลระหว่างเพศกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์ ระหว่าง ความสามารถในการทรงตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะโรคร่วมกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ โดยแปลงข้อมูลที่ได้ให้อยู่ในมาตรวัดอันดับมาตรา (Ordinal scale) ตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์ และกำหนดระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรหรือค่า r (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากรู, 2553) ดังนี้

$r = \pm 1$	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
$r > .70$	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับสูง
$r < .30$	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
r มีค่าระหว่าง .30-.70	หมายความว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
$r = 0$	หมายความว่า ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทรงตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะโรคร่วม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกตึกผู้ป่วยใน ในช่วงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 นำเสนอผลการวิจัยด้วยตารางประกอบการบรรยายโดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ และระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย เพศ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทรงตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะโรคร่วม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ส่วนที่ 3 ความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทรงตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะโรคร่วม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งสามารถอธิบายได้ดังรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 123$)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน ($n = 123$)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	67	54.5
ชาย	56	45.5
อายุ (ปี)		
60-69	59	47.9
70-79	49	39.9
80 ปีขึ้นไป	15	12.2
อายุต่ำสุด = 60 ปี อายุสูงสุด = 85 ปี อายุเฉลี่ย = 70.56 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.19		
สถานภาพ		
โสด	1	0.8
สมรส	86	69.9
หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	2	1.6
คู่สมรสเสียชีวิต	34	27.7
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	25	20.4
ประถมศึกษา	95	77.2
มัธยมศึกษา	2	1.6
ปริญญาตรี	1	0.8

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.5) มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 47.9) รองลงมาคือ มีอายุอยู่ระหว่าง 70-79 ปี (ร้อยละ 39.9) อายุเฉลี่ย 70.56 ปี ($SD = 7.19$) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 69.9) และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 77.2)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา

ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ประสิทธิภาพการหกล้ม ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทรงตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะโรคร่วม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของประสิทธิภาพการหกล้ม ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทรงตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะโรคร่วม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($n = 123$)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน ($n = 123$)	ร้อยละ
ประสิทธิการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่เคยหกล้ม	25	20.3
เคยหกล้ม	98	79.7
จำนวนครั้งของการหกล้ม		
เคยหกล้ม 1 ครั้ง	26	26.5
เคยหกล้ม 2 ครั้ง	39	39.8
เคยหกล้มมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป	33	33.7
ภาวะซึมเศร้า		
ผู้ป่วยสูงอายุปกติไม่มีภาวะซึมเศร้า	114	92.8
ผู้ป่วยสูงอายุปกติมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย	9	7.2
ความสามารถในการทรงตัว: ระยะเวลาที่ใช้ในการทดสอบ		
ผู้ป่วยสูงอายุมีการทรงตัวบกพร่อง (< 30 วินาที)	88	71.5
ผู้ป่วยสูงอายุมีการทรงตัวเป็นปกติ (≥ 30 วินาที)	35	28.5
เวลาเฉลี่ย = 32.43 วินาที ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 24.19		
การรับรู้ภาวะสุขภาพ		
ไม่ดี	29	23.6
พอใช้	71	57.7
ดี	21	17.1
ดีมาก	2	1.6

จากตารางที่ 2 พบว่า ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยหกล้ม (ร้อยละ 79.7) หกล้มจำนวน 2 ครั้ง (ร้อยละ 39.8) รองลงมาคือหกล้มมากกว่า 3 ครั้ง (ร้อยละ 33.7) ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 92.8) มีการทรงตัวบกพร่อง (ร้อยละ 71.5) มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 57.7) ส่วนใหญ่มีโรคร่วม (ร้อยละ 60.2) มีคะแนนภาวะโรคร่วม เท่ากับ 1 (ร้อยละ 67.7) ภาวะโรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ โรคเบาหวานชนิดไม่รุนแรง (ร้อยละ 56.8) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับพึ่งพาเล็กน้อย (ร้อยละ 88.6)

ส่วนที่ 3 ความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ประกอบด้วย ความกลัวการหกล้มของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ดังตารางที่ 3 และความกลัวการหกล้มของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกิจกรรม วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ($n = 123$)

ความกลัวการหกล้ม	จำนวน	ร้อยละ
ไม่กลัวการหกล้ม	21	17.1
กลัวการหกล้ม	102	82.9
กลัวการหกล้มมาก	87	85.3
กลัวการหกล้มเล็กน้อยถึงปานกลาง	15	14.7

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กลัวการหกล้ม (ร้อยละ 82.9) โดยมีความกลัวการหกล้มอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 85.3)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความกลัวการหกล้มของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกิจกรรม ($n = 123$)

กิจกรรม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
1. ความสะอาดบ้าน	1.88	0.84
2. ใสหรือถอดเสื้อผ้า	1.93	0.91
3. ใสหรือถอดเสื้อผ้า	1.56	0.74
4. ใสหรือถอดเสื้อผ้า	2.11	1.05

ตารางที่ 4 (ต่อ)

กิจกรรม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
5. ไปซื้อของ	1.72	0.77
6. ลูกนั่งเก้าอี้	1.72	0.72
7. ขึ้น-ลงบันได	2.39	0.99
8. เดินเล่นนอกบ้านหรือรอบ ๆ บ้าน	1.74	0.69
9. เอื้อมแขนหยิบของเหนือศีรษะหรือก้มลงเก็บของ	1.95	0.79
10. รับโทรศัพท์	1.33	0.51
11. เดินบนพื้นลื่น	3.00	0.94
12. ไปเยี่ยมญาติหรือเพื่อน	1.63	0.62
13. ไปในที่แออัด เช่น ตลาดสด	1.80	0.68
14. เดินบนพื้นที่ไม่เรียบ	2.98	0.93
15. เดินขึ้น-ลงบนทางที่ลาดชัน	3.01	0.92
16. ไปร่วมงานต่าง ๆ ของชุมชน เช่น ไปทำบุญที่วัด/ มัสยิด	1.54	0.64

จากตารางที่ 4 พบว่า กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างกล่าวการหกล้มมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การเดินขึ้น-ลงบนทางที่ลาดชัน ($\bar{X} = 3.01, SD = .92$) รองลงมาคือ การเดินบนพื้นลื่น ($\bar{X} = 3.00, SD = .94$) และการเดินบนพื้นที่ไม่เรียบ ($\bar{X} = 2.98, SD = .93$) ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทรงตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะโรคร่วม และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ วิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์พอยท์ไบซีเรียล และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะซึมเศร้า
ความสามารถในการทรงตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะโรคร่วม และความสามารถใน
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ($n = 123$)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ค่า p - value
ความสามารถในการทรงตัว	-.327** (r_s)	<.01
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	-.248** (r_s)	.003
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.223** (r_s)	.007
เพศหญิง	.200* (r_{pb})	.013
ภาวะซึมเศร้า	.194* (r_s)	.016
ประสบการณ์การหกล้ม	.184* (r_s)	.021
ภาวะโรคร่วม	-.097 (r_s)	.143

* $p < .05$, ** $p < .01$

r_s ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์

r_{pb} ค่าสัมประสิทธิ์พอยท์ไบซีเรียล

จากตารางที่ 5 พบว่า ความสามารถในการทรงตัว มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ($r_s = -.327, p = < .01$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r_s = -.248, p = .003$; $r_s = -.223, p = .007$) กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เพศหญิง ภาวะซึมเศร้า และประสบการณ์การหกล้ม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r_{pb} = .200, p = .013$; $r_s = .194, p = .016$; $r_s = .184, p = .021$) กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนภาวะโรคร่วม มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = -.097, p = .143$)

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการทรงตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ภาวะโรคร่วม และความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง จำนวน 123 คน ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน และการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จากผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลชุมชน ในช่วงระหว่าง เดือน กุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุไทย แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบวัด ความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย แบบประเมินภาวะโรคร่วม แบบประเมินความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวัน และการทดสอบความสามารถในการทรงตัวโดยการยืนต่อเท้าเป็นแนวเส้นตรง ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำแบบประเมินอาการกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุไทย แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย แบบประเมินภาวะโรคร่วม และการทดสอบความสามารถ ในการทรงตัวโดยการยืนต่อเท้าเป็นแนวเส้นตรง ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่มีลักษณะคล้าย กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วหาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .94, .81, .86, .95, .98 และ .90 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์สเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์ ซึ่งได้ผลการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลพื้นฐาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.5) มีอายุอยู่ใน ช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 47.9) รองลงมาคือ มีอายุอยู่ระหว่าง 70-79 ปี (ร้อยละ 39.9) สถานภาพ สมรส (ร้อยละ 69.9) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 77.2) ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 92.8) มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 57.7) มีภาวะโรคร่วม (ร้อยละ 60.2) มีคะแนนภาวะโรคร่วม เท่ากับ 1 (ร้อยละ 67.7) ภาวะโรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ โรคเบาหวานชนิดไม่รุนแรง (ร้อยละ 56.8) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ใน

ระดับพียงพาลีเล็กน้อย (ร้อยละ 88.6) มีการทรงตัวบกพร่อง (ร้อยละ 71.5) และในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เคยหกล้ม (ร้อยละ 79.7)

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความกลัวการหกล้ม (ร้อยละ 82.9) โดยกลัวการหกล้มในระดับมาก (ร้อยละ 85.3) ซึ่งกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างกลัวการหกล้มมากที่สุด คือ การเดินขึ้น-ลงบนทางที่ลาดชัน ($\bar{X} = 3.01, SD = .92$) รองลงมาคือ การเดินบนพื้นลื่น ($\bar{X} = 3.00, SD = .94$) และการเดินบนพื้นที่ไม่เรียบ ($\bar{X} = 2.98, SD = .93$) ตามลำดับ

3. ความสามารถในการทรงตัว มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ($r_s = -.327, p < .01$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r_s = -.248, p = .003; r_s = -.223, p = .007$) กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เพศหญิง ภาวะซึมเศร้า และประสบการณ์การหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r_{pb} = .200, p = .013; r_s = .194, p = .016; r_s = .184, p = .021$) กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = -.097, p = .143$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำมาใช้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการศึกษา ได้ดังนี้

1. ระดับของความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความกลัวการหกล้ม (ร้อยละ 82.9) มีความกลัวการหกล้มอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 85.3) มีภาวะโรคร่วม (ร้อยละ 60.2) โดยกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างกลัวการหกล้มมากที่สุด คือ การเดินขึ้น-ลงบนทางที่ลาดชัน ($\bar{X} = 3.01, SD = .92$) รองลงมาคือ การเดินบนพื้นลื่น ($\bar{X} = 3.00, SD = .94$) และการเดินบนพื้นที่ไม่เรียบ ($\bar{X} = 2.98, SD = .93$) ตามลำดับ เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยไปในทางที่เสื่อมลง เมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วย ร่างกายจะมีการเสียสมดุล มีกำลังสำรองลดลง การทำหน้าที่เสื่อมถอย (Functional decline) ร่วมกับการลดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยสูงอายุจากการต้องนอนพักอยู่บนเตียง ทำให้ร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้เต็มที่ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ความหนาแน่นของกระดูกลดลง การระบายอากาศของปอดลดลง การทำงานประสานกันของระบบประสาทต่าง ๆ ในร่างกายช้าลง จึงทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย และความไวในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นของผู้ป่วยสูงอายุลดต่ำลง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา

วรรณ รัตน์มณี และนัยนา พิพัฒน์วิชชา (2560) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความกลัวการหกล้มมากถึงร้อยละ 91.7 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.5) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Andersson et al., (2008) และ Kim et al., (2012) ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพศหญิงมีความกลัวการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย จึงมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างร่างกายจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนมากกว่าเพศชาย และการที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 79.7 เคยมีประสบการณ์การหกล้ม มีการทรงตัวบกพร่อง ร้อยละ 71.5 จัดเป็นประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งทั้งสภาวะด้านร่างกาย และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองตามความเชื่อของทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ที่เชื่อว่า เมื่อเกิดความผิดปกติหรือความเจ็บป่วย ตลอดจนการเกิดประสบการณ์ที่ไม่ดี จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ ไม่เชื่อในความสามารถตนเองทำให้เกิดความกลัวการหกล้มได้

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความสามารถในการทรงตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพ เพศ ภาวะซึมเศร้า และประสบการณ์การหกล้ม มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ส่วนภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายผลการวิจัย ได้ดังต่อไปนี้

2.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ประกอบด้วย ความสามารถในการทรงตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพ เพศ ภาวะซึมเศร้า และประสบการณ์การหกล้มสามารถอภิปรายได้ดังต่อไปนี้

2.1.1 ความสามารถในการทรงตัว

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาในการทรงตัว (ร้อยละ 71.5) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความสามารถในการทรงตัว มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ($r_s = -.327, p = < .01$) กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาการทรงตัวไม่ดีจะกลัวการหกล้มมาก ส่วนผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีปัญหาการทรงตัวจะกลัวการหกล้มน้อยหรือไม่กลัวการหกล้ม โดยผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงตามวัย คือ มวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุมีขนาดเล็กลง มีการสะสมของแคลเซียม และมีโครงสร้างที่เปลี่ยนแปลงไปจากความเสื่อมหรือรอยโรค นอกจากนี้เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective tissue) มีความยืดหยุ่นลดลง ส่งผลต่อการควบคุมสมดุลของร่างกาย รวมทั้งระบบประสาทที่มีการเปลี่ยนแปลงตามวัย ทำให้ความไวใน

การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ซ้ำลง (Miller, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัญหาในการทรงตัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป จากสภาวะความเจ็บป่วยหรือพยาธิสภาพของโรคทำให้มีอาการอ่อนเพลีย สภาพร่างกายอ่อนแอความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง การเดินทรงตัวไม่ดี ซึ่งอาจเกิดจากโรคหรืออายุที่มากขึ้น (Hendrich et al., 1995) ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงหรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เช่น การได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ การคาสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น เมื่อต้องปฏิบัติกิจกรรมผู้สูงอายุจึงเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจในการก้าวเดิน กลัวการหกล้ม ทำให้ลักษณะการเดินผิดปกติในผู้สูงอายุ เช่น การเดินลากเท้า ไม่สามารถยกเท้าได้สูงเท่าที่เคยทำได้ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุขาดความสามารถในการรักษาภาวะสมดุลขณะทรงตัว ส่งผลให้เกิดการหกล้มได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่ พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับท่าทางการเดิน และการทรงตัวถึงแม้ว่าจะไม่เคยมีประวัติการหกล้มมาก่อน ผู้ป่วยสูงอายุก่อนหน้านี้จะมีความกลัวเกี่ยวกับการที่จะไม่สามารถลุกขึ้นได้เอง ภายหลังจากการหกล้ม กลัวการบาดเจ็บ กลัวต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (อภิฤดี จิระวิโรจน์ และนิชาภัทร พุฒิกามิน, 2556) สามารถอธิบายตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ได้ว่า หากบุคคลมีสภาวะด้านร่างกายร่างกายที่ผิดปกติ จะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการทรงตัว ทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ ร่วมกับการเกิดประสบการณ์ที่ไม่ดี จึงไม่เชื่อในความสามารถของตนเอง ขาดความมั่นใจในการก้าวเดินอย่างปลอดภัยและเกิดความกลัวการหกล้มขึ้น สอดคล้องกับศึกษา ที่พบว่า ความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทรงตัว (แดนเนาวรัตน์ จามรจันทร์, 2548; อัจฉรารวรรณ รัตน์มณี และนัยนา พิพัฒน์วิชิชา, 2560; Deshpande et al., 2008; Kressig et al., 2001; Lach, 2005)

2.1.2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อย (ร้อยละ 88.6) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r_s = -.248, p = .003$) กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพามากจะกลัวการหกล้มมาก ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาเล็กน้อยจะกลัวการหกล้มน้อยหรือไม่กลัวการหกล้ม โดยผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อผู้สูงอายุเกิดการเจ็บป่วย ร่างกายเสียสมดุล มีกำลังสำรองลดลง ทำให้ร่างกายปรับตัวไม่ได้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลงระหว่างการอยู่รักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการต้องนอนพักอยู่แต่

บนเตียง เป็นปัจจัยสำคัญยิ่งที่ทำให้ผู้ปวยสูงอายุมีสภาวะร่างกายถดถอย ร่างกายไม่สามารถทำ
 หน้าที่ได้เต็มที่ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) ทำให้กล้ามเนื้อขาดความแข็งแรงหรือร่างกายเกิดภาวะ
 เสื่อมถอย ส่งผลให้ผู้ปวยสูงอายุขาดความมั่นใจในการเคลื่อนไหว มีการจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ ระดับ
 ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงเมื่อเกิดการเคลื่อนไหวหรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ
 จึงเกิดความกลัวการหกล้ม (Suzuki et al., 2002) สามารถอธิบายตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถ
 ของตนเองของ Bandura (1997) ได้ว่า หากบุคคลมีสภาวะด้านร่างกายที่ผิดปกติ เกิดการรับรู้
 ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับต่ำ จึงไม่เชื่อในความสามารถของตนเอง ส่งผลให้เกิดการจำกัด
 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง กลัวไม่กล้าที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ได้ด้วยตนเอง ส่งผล
 ให้ผู้ปวยสูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงกลัวการหกล้ม สอดคล้องกับ
 การศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงกลัวการหกล้ม
 (อัจฉราวรรณ รัตน์มณี และนัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2560; อภิสิทธิ์ ตามศักดิ์, สุภาพ อารีเอื้อ
 และสิริรัตน์ ติลาจรัส, 2558; Denkinger et al., 2010; Hill et al., 2010; Lach, 2005; Scheffer et al.,
 2008 Schmid et al., 2009)

2.1.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพอยู่ใน
 ระดับพอใช้ (ร้อยละ 57.7) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ปวยสูงอายุ
 มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r_s = -.223, p = .007$) กับความกลัวการหกล้มของผู้ปวยสูงอายุ
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ ผู้ปวยสูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีจะ
 กลัวการหกล้มน้อย ส่วนผู้ปวยสูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับไม่ดีจะกลัวการหกล้มมาก
 โดยผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า การแสดงออกถึงความรู้สึก
 และความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพของตนเอง มีผลต่อการมองตนเองของผู้ปวยสูงอายุ หากผู้ปวย
 สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองไม่ดีทำให้ผู้ปวยสูงอายุมองตนเองในด้านลบ เนื่องจาก
 มีการรับรู้ตนเองไม่มีความสามารถในการกระทำในสิ่งที่ต้องการทำได้ (Zijlstra et al., 2007)
 สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองซึ่งเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของ
 ตนเอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเพราะหากบุคคลไม่เชื่อมั่นในตนเองหากคิดว่าเหตุการณ์ที่ประสบอยู่
 นั้นยากเกินกว่าที่ตนจะสามารถปฏิบัติได้จะเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ
 แม้จะมีความรู้ความสามารถก็ไม่อาจทำกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จได้ ดังนั้นผู้ปวยสูงอายุที่คิดว่า
 ตนเองมี ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี จึงมีความกลัว และขาดความมั่นใจหรือไม่เชื่อในความสามารถของ
 ตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ

กมลพร วงศ์พนิตกุล และคณะ (2555) และ Fletcher and Hirdes (2004) ที่พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีมีการจำกัดการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของตนเองเนื่องจากกลัวการหกล้ม

2.1.4 เพศ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.5) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r_{pb} = .200, p = .013$) กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิงกลัวการหกล้มมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุเพศชาย โดยผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้จากทฤษฎีด้านสตรีวิทยา ได้ว่า เพศ เป็นปัจจัยสำคัญที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านสตรีวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพ และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ รวมถึงความแตกต่างในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้ความกลัวการหกล้มแตกต่างกันไประหว่างเพศชาย และเพศหญิง (Arfken et al., 1994; Kressing et al., 2001) นอกจากนี้ สังคมโดยทั่วไปมีการกำหนดบทบาทของเพศชาย และเพศหญิงแตกต่างกัน โดยเพศชายถูกคาดหวังถึงความกล้าหาญ เข้มแข็ง ไม่แสดงความอ่อนแอออกมาให้เห็นโดยง่าย (สุรางค์ โคว์ตระกูล, 2553) ตรงกันข้ามกับเพศหญิงที่มีความอ่อนแออบบาง และสามารถแสดงออกถึงความกลัว และอารมณ์ในด้านต่าง ๆ ได้อย่างอิสระมากกว่าเพศชาย ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยสูงอายุต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่เป็นเพศชายมักจะทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองโดยไม่พึ่งพาผู้อื่นเพราะเชื่อในความสามารถของตนเอง หรือเคยประสบความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองจึงไม่กลัวการหกล้ม (สมภพ เรืองตระกูล, 2549) นอกจากนั้น จากการเปลี่ยนแปลงตามวัยด้านโครงสร้างกระดูกของผู้ป่วยสูงอายุเพศชาย และเพศหญิงก็มีความแตกต่างกันคือ ผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิงมีฮอร์โมนเอสโตรเจนลดต่ำลง ทำให้เนื้อกระดูกมีการทำลาย และการเคลื่อนย้ายแคลเซียมออกจากกระดูกมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุเพศชาย สามารถอธิบายตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ได้ว่า สภาวะทางด้านร่างกายของเพศหญิงที่ผิดปกติ ส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิงมักจะไม่ทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง เพราะไม่เชื่อในความสามารถของตนเอง หรืออาจไม่เคยประสบความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองจึงเกิดความกลัวการหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองเพศหญิงมีความกลัวการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย (Andersson et al., 2008; Kim et al., 2012) และจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาที่ขัดแย้งกับผลการศึกษาในครั้งนี้

2.1.5 ภาวะซึมเศร้า

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 92.8) และพบว่า มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (ร้อยละ 7.2) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามี

ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r_s = .194, p = .016$) กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามากจะกลัวการหกล้มมาก ส่วนผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าน้อยหรือไม่มีภาวะซึมเศร้าจะกลัวการหกล้มน้อยหรือไม่กลัวการหกล้มเลย โดยผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า ภาวะซึมเศร้าส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะผิดปกติทางอารมณ์ มีจิตใจหม่นหมอง ขาดความกระตือรือร้นในชีวิต รู้สึกไร้ค่า แยกตนเองไม่สนใจสิ่งแวดล้อม และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) ร่วมกับผู้ป่วยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ของร่างกายในทางเสื่อมลง เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายลำบาก การมองเห็นไม่ชัด เป็นต้น และการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องแยกจากบุคคลในครอบครัว ต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุสูญเสียความมั่นใจในตนเอง เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวอย่างปลอดภัย เกิดภาวะความกลัวการหกล้มหรือกลัวการได้รับบาดเจ็บจากการหกล้มทำให้ผู้ป่วยสูงอายุกลายเป็นคนเก็บตัว จำกัดกิจกรรมของตนเอง หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม เกิดภาวะซึมเศร้า ไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง (สายพิน ขอดกุล, 2555) ผู้ป่วยสูงอายุมีความเจ็บปวด และมีการสูญเสีย มักมีความผิดปกติด้านอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมช้าลง และมีการตัดสินใจผิดพลาด (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554) สามารถอธิบายตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ได้ว่า สภาวะทางทางด้านอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของบุคคล หากบุคคลมีอารมณ์ทางด้านลบ อันเนื่องมาจากสภาวะการเจ็บป่วย ความเจ็บปวด จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับต่ำ ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมช้าลง ไม่มั่นใจในการทำกิจกรรม ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร่ากลัวการหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความกลัวการหกล้ม (อัจฉราวรรณ รัตนมณี และนัยนา พิพัฒน์วิศิษฐา, 2560; Arfken et al., 1994; Vellas et al., 1997; Kim et al., 2012)

2.1.6 ประสพการณ์การหกล้ม

การศึกษานี้ พบว่า ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยหกล้ม (ร้อยละ 79.7) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ประสพการณ์การหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r_s = .184, p = .021$) กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีประสพการณ์การหกล้มจะกลัวการหกล้มมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่เคยมีประสพการณ์การหกล้ม โดยผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยหกล้ม (ร้อยละ 79.7) ส่วนใหญ่เคยหกล้ม 2 ครั้ง จึงทำให้มี

ประสบการณ์ที่ไม่ดี ซึ่งเกิดจากตัวผู้ป่วยสูงอายุ โดยความกลัวมักสัมพันธ์กับประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีประวัติการหกล้มอย่างน้อยหนึ่งครั้งในหนึ่งปีที่ผ่านมาจะมีโอกาสหกล้มซ้ำได้มากกว่าผู้ที่ไม่เคยหกล้ม (ลัดดา เทียมวงศ์, 2554) และโอกาสที่จะเกิดการหกล้มซ้ำจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนครั้งของการหกล้มในอดีต ซึ่งเป็นปัญหาด้านจิตใจที่ตามมาหลังจากการหกล้ม (เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล และคณะ, 2543) ระดับความรุนแรงของประสบการณ์ที่ไม่ดีนั้นจะทำให้ระดับของความกลัวเพิ่มมากขึ้น สามารถอธิบายตามทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเกิดจากแหล่งข้อมูลซึ่งเชื่อมโยงมาจากประสบการณ์ของตนเองหรือของบุคคลอื่น ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ที่ไม่ดี จากการเคยหกล้มเองมาก่อน จึงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับต่ำ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ต้องจำกัดการเคลื่อนไหว ลดลงการทำหน้าที่ของร่างกาย ผู้ป่วยสูงอายุจึงกลัวไม่ต้องการให้เกิดการหกล้มซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Krauss et al. (2005) Vellas et al. (1997) และ Yauk et al. (2005) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์การหกล้มมีความกลัวการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีประสบการณ์การหกล้ม แต่การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉราวรรณ รัตนมณี และนัยนา พิพัฒน์วิศิชา (2560) Andersson et al. (2008) Kim et al. (2012) และ Scheffer et al. (2008) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีประสบการณ์การหกล้มมาก่อนมีความกลัวการหกล้ม

2.2 ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ สามารถอภิปรายได้ดังต่อไปนี้

2.2.1 ภาวะโรคร่วม

การศึกษารุ่นนี้ พบว่า ภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์ ($r_s = -.097, p = .143$) กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วมหรือไม่โรคร่วม ต่างก็มีความกลัวการหกล้มไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะโรคร่วม (ร้อยละ 60.2) และโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคเบาหวานชนิดไม่รุนแรง (ร้อยละ 56.8) ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยไปในทางที่เสื่อมลง ทำให้ความสามารถในการก้าวเดิน และการทรงตัวบกพร่อง โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานจะมีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานที่ผิดปกติไปของส่วนควบคุมการทรงตัว และระบบประสาท นอกจากนี้ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะมีมวลกล้ามเนื้อขาและโครงร่างที่ลดลง ความแข็งแรงของขา และความสามารถในการเปลี่ยนท่าจากท่านั่งเป็นท่านยืน ต่ำกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ (Leenders et al., 2013) จึงทำให้มีประสบการณ์ที่ไม่ดี มีภาวะผิดปกติทางอารมณ์ อันเนื่องมาจากสภาวะการเจ็บป่วย

จากตัวผู้สูงอายุเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม และการขาดความมั่นใจนั้นมักสัมพันธ์กับประสบการณ์ที่ไม่ดี และหากประสบการณ์นั้นมีความรุนแรง ก็จะทำให้เกิดความจำ และความกลัวมากยิ่งขึ้น ในที่นี้ก็คือ การมีภาวะโรคร่วมเป็นจำนวนมาก จะทำให้บุคคลนั้นประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองลดลง ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุกลัวการหกล้มได้ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะโรคร่วม (ร้อยละ 39.8) อาจได้รับอิทธิพล หรือประสบการณ์จากคนรอบข้างทำให้เกิดประสบการณ์ที่ไม่ดี สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ดังนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ไม่ดีจากการมีโรคร่วมทำให้เกิดความเครียด ที่ต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเอง และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะโรคร่วม แต่การได้รับประสบการณ์จากบุคคลอื่น เช่น ผลกระทบ และความรุนแรงที่เกิดการมีโรคร่วมหลายโรค เป็นต้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างนั้นมีประสบการณ์ที่ไม่ดี จึงมีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับต่ำ และเกิดความกลัวการหกล้ม นอกจากนี้ความรุนแรงของโรคร่วมในผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีไม่มาก เนื่องจากการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Murphy et al. (2003) ที่พบว่า ภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (2017) ที่พบว่า ภาวะโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน มีความกลัวการหกล้ม ร้อยละ 82.9 โดยมีความกลัวในระดับมาก สูงถึงร้อยละ 85.3 โดยกิจกรรมที่ผู้ป่วยสูงอายุกลัวการหกล้มมากที่สุดคือ การขึ้นและลงบนทางที่ลาดชัน รองลงมาคือ การเดินบนพื้นทีลื่น ดังนั้นพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ควรให้ความสำคัญกับการดูแลสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลให้มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยสูงอายุ เช่น มีแสงสว่างเพียงพอ พื้นไม่ลื่น มีสัญลักษณ์แจ้งเตือนเมื่อมีทางลาดชัน เพราะกิจกรรมที่ผู้ป่วยสูงอายุกลัวการหกล้มมาก คือ การขึ้น และลงบนทางที่ลาดชัน และการเดินบนพื้นทีลื่น หรือการจัดกิจกรรมส่งเสริมความมั่นใจโดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยสูงอายุ พัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความมั่นใจ ป้องกัน และลดระดับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งสามารถทำได้โดยการส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการทรงตัว เพิ่มระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

2. การให้ความรู้ที่มสุขภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์การหกล้ม ภาวะซึมเศร้า ความสามารถ

ในการทรงตัว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อลดระดับ และผลกระทบจากความกลัวการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ ให้มีความมั่นใจ และสามารถกลับมาดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง

ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ควรวางแผนการดำเนินงาน หรือกำหนดนโยบายในการให้การพยาบาล หรือกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อป้องกัน และลดความกลัวการหกล้ม โดยกำหนดนโยบายในการส่งเสริมความสามารถในการทรงตัว ส่งเสริมการจัดกิจกรรมเพื่อลดภาวะซึมเศร้า และกิจกรรมที่เพิ่มระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความสามารถในการทรงตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพ เพศ ภาวะซึมเศร้า และประสบการณ์การหกล้ม มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการทำวิจัยเกี่ยวกับ ปัจจัยทำนาย การเกิดความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุต่อไป
2. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาล หรือโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ และจัดการความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อป้องกัน และลดความกลัวการหกล้มให้กับผู้ป่วยสูงอายุ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการจำกัดการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยสูงอายุขณะนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
3. การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลรัฐบาลระดับระดับตติยภูมิตั้ง 4 แห่ง ในจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลรักษาโรคพื้นฐานทั่วไปที่ไม่ซับซ้อน และมีความรุนแรงของโรคไม่มาก ซึ่งอาจส่งผลต่อการศึกษาในครั้งนี้

ด้านการศึกษาพยาบาล

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความกลัวการหกล้ม มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทรงตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพ เพศ ภาวะซึมเศร้า และประสบการณ์การหกล้ม โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการเรียนการสอน เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับความกลัวการหกล้ม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างถูกต้อง

บรรณานุกรม

- กมลพร วงศ์พนิตกุล, นัยนา พิพัฒน์วิศิชา และรวีวรรณ เผ่ากัณหา. (2555). ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดกาญจนบุรี.
ใน การประชุมวิชาการระดับชาติ เครือข่ายสถาบันอุดมศึกษาทั่วประเทศประจำปี 2555
"ชุมชนเข้มแข็ง สังคมน่าอยู่ เศรษฐกิจยั่งยืน ตามแนวทางปรัชญาของเศรษฐกิจ
พอเพียง" (หน้า 978-988). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *ร่างเกณฑ์พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ แนวทางพัฒนางาน
บริการชั้นสูตรสาธารณสุข*. นนทบุรี: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจน์ นิตเรืองจรัส. (2545). การประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยโรคตา.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่,
คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. *สารศิริราช*, 46(1), 1-9.
- คุณสปรณ์ มัคคัปลานนท์ และปฐนารี สุขเวช. (2559). การดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อ
สะโพกเทียม. *Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University*, 3(6),
57-66.
- จิรภรณ์ ชนะภย์. (2551). *ระบบจัดการความปลอดภัยด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย
ในโรงพยาบาลเอกชน จังหวัดกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชลธิชา จันทศิริ. (2555). ปัญหาระบบผิวหนัง. ใน คณาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, *เอกสาร
ประกอบการสอนรายวิชา 105301 การพยาบาลผู้สูงอายุ เล่มที่ 2* (หน้า 448-461). ชลบุรี:
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- แดนเนาวรัตน์ จามรจันทร์, จิตอนงค์ ก้าวกสิกรรม และสุจิตรา บุญหยง. (2548). *รายงานวิจัยฉบับ
สมบูรณ์โครงการการศึกษาเรื่องการทรงตัวและหกล้มในผู้สูงอายุไทย*. เข้าถึงได้จาก
http://elibrary.trf.or.th/project_content.asp?PJID=RDG4730020.
- ทิพเนตร งามกาละ, ประคอง อินทรสมบัติ และสุปรีดา มั่นคง. (2554). การสังเคราะห์องค์ความรู้
เกี่ยวกับการป้องกันและจัดการการหกล้มในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล.
รวมาริบัติพยาบาลสาร, 17(1), 108-124.

- ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, นรลักษณ์ เอื้อกิจ และสุชาติ ไชยโรจน์. (2560). ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 28(1), 96-109.
- นัยนา พิพัฒน์วิเศษ. (2555). การพยาบาลเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. ใน *เอกสารประกอบการสอนรายวิชา 105301 การพยาบาลผู้สูงอายุ เล่มที่ 1* (หน้า 123-139). ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2554). การหกล้มในผู้สูงอายุ (Fall in elderly). ใน *วิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ), ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ* (หน้า 232-248). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเอสดีไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ดรีเอชั่น.
- ปวันรัตน์ ศรีคำ. (2557). *ปัจจัยทำนายการหกล้มในผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เปรมกมล ขวนขวย. (2550). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2555). *การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำไปใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- พิมวรินทร์ ลีสุขสันต์. (2551). *ปัจจัยทำนายการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล, ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม และพรรณวดี พุทธิวัฒนะ. (2543). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลจากการหกล้มในผู้สูงอายุ. *วารสารพจนานวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 1(2), 16-23.
- ภาวดี วิมลพันธุ์ และชนิษฐา พิศกลาด. (2556). ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลกระบวนสาธารณสุข*, 23(3), 89-109.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2552). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ: ที่คิวพี.

- ยุพิน ถนัดวิชย์ และพรชัย จุลเมตต์. (2546). การเปลี่ยนผ่านในชีวิตผู้สูงอายุของผู้สูงอายุสตรี ภายหลังที่มีภาวะข้อสะโพกหักขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 11(2), 1-17.
- รัชดาภรณ์ หงส์ทอง และศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2558). ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อการรู้จักของผู้สูงอายุสมองเสื่อม. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 8(1), 99-112.
- รัตนา สายพานิชย์ และสุวรรณี พุทธิศรี. (2548). โรควิตกกังวล. ใน มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์ (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์รามาชิปติ* (หน้า 161). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ลักขณา มะรังกา. (2555). ประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 24(3), 29-41.
- ลัดดา เกียมวงศ์. (2552). ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา. *วารสารสภาการพยาบาล*, 24(1), 77-87.
- ลัดดา เกียมวงศ์. (2554). การทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือประเมินอาการกลัวหกล้มในผู้สูงอายุไทย. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 29(6), 277-287.
- วันดี แยมจันทร์ฉาย. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วลัยภรณ์ อารีรักษ์, นัยนา พิพัฒน์วิชชา, รวีวรรณ เผ่ากัณหา, และวาริ กังใจ. (2554). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังผลดีจากการปฏิบัติและพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในชุมชน. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยนครพนมประจำปี 2554* (หน้า 486-495). นครพนม: มหาวิทยาลัยนครพนม.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาลัยมหิดล.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2545). *การสำรวจภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุไทย 2545 คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น [ฉบับภาษาไทย] พ.ศ. 2542 สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.

- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). *การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2549). *จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรางค์ ไคว์ตระกูล. (2553). *จิตวิทยาการศึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 9)*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวคนธ์ อุบลศรี. (2551). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการพลัดตก หกล้มในผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก ตึกพิเศษออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาล มหาราชนคร เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล ผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*
- สายพิน ขอดกุล. (2555). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลบุรีรัมย์. *วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 30(3), 50-57.
- อัจฉราวรรณ รัตน์มณี และนัยนา พิพัฒน์วิชชา. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการ หกล้มของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 33(1), 63-76.
- อภิฤดี จิระวิโรจน์ และณิชชาภัทร พุฒิกามิน. (2556). การศึกษาความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูสภาพ. *วารสารประสารวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 8(2), 26-34.
- อภิสิทธิ์ ตามสัตย์, สุภาพ อารีเอื้อ และสิริรัตน์ ลีลาจรัส. (2558). ความกลัวการหกล้มและ ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(1), 64-82.
- อรวรรณ ลีทองอินทร์. (2535). *ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าใน บ้านพักคนชรา นักบุญ โยเซฟ จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- American Nurse Association [ANA]. (2007). Measuring fall program outcomes. *Online Journal of Issues in Nursing*, 12(2), 1-17.

- Andersson, G. A., Kamwendo, K., & Appelros, P. (2008). Fear of falling in stroke patients: Relationship with previous falls and functional characteristics. *International Journal of Rehabilitation Research, 31*, 261-264.
- Arfken, C. L., Lach, H. W., Birgee, S. J., & Miller, J. P. (1994). The prevalence and correlates of fear of falling in elderly persons living in the community. *American Journal of Public Health, 84*(4), 565-570.
- Bandura, A. (1997). *Self efficacy the exercise of control* (4th ed.). New York: W. H. Freeman.
- Behroozi, S., Bremen, M., & Bellontonio, S. (2007). Recognizing common problems in hospitaolized older adults. *Family Practice Recertification, 29*(8), 39-45.
- Boyd, R., & Stevens, J. A. (2009). Fall and fear of falling: Burden, beliefs and behaviors. *Age and Ageing, 38*, 423-428.
- Brigg, R. C., Grossman, M. R., Brich, R., Drews, J. E., & Shaddeau, S. A. (1989). Balance performance among non-institutionalized elderly women. *Physical Therapy, 69*, 748-756.
- Chaiwanichsiri, D., Jiamworakul, A., & Kitisomprayoonkul, W. (2006). Falls among stroke patients in Thai Red Cross Rehabilitation Center. *Journal of the Medical Association of Thailand, 89*(3), 47-52.
- Chamberlin, M. E., Fulwider, B. D., Sanders, S. L., & Medeiros, J. M. (2005). Does fear of falling influence spatial and temporal gait parameters in elderly persons beyond changes associated with normal aging. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 60*(9), 1163-1167.
- Chandler, J. M. (1996). The fear of falling syndrome: relationship to fall, physical performance And activity of daily living in frail older persons. *Topic in Geriatric Rehabilitation, 11*(3), 55-63.
- Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, P. K., & MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronic Diseases, 40*(5), 373-383.
- Chen, X. L., Liu, Y. H., Chan, D. K., Shen, Q., & Van Nguyen, H. (2010). Characteristics associated with falls among the elderly within aged care wards in a tertiary hospital: A retrospective. *Chinese Medical Journal, 123*(13), 1668-72.

- Cree, M., Carriere, K. C., Soskolne, C. L., & Suarez-Almazor, M. (2001). Functional dependence after hip fracture. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 80(10), 43-736.
- Cumming, R. G., Salkeld, G., & Thomus, M. (2000). Prospective study of the impact of fear of falling on activity of daily living. *Journal of Gerontology*, 55, 299-305.
- Debra, M. P., Marita, G. T., Joanne, D., Leah, S., Taikyoung, K., Paul, A., Mary, K., & Rui, Q. (2003). Predictors of medication errors among elderly hospitalized patients. *American Journal of Medical Quality*, 23(2), 1-13.
- Denkinger, M. D., Igl, W., Lukas, A., Bader, A., Bailer, S., Franke, S., Denkinger, C. M., Nikolaus, T., & Jamour, M. (2010). Relationship between fear of falling and outcomes of an inpatient geriatric rehabilitation population-fear of the fear of falling. *Journal Compilation*, 58(4), 664-673.
- Deshpande, N., Metter, E. J., Bandinelli, S., Lauretani, F., Windham, B. G., & Ferrucci, L. (2008). Psychological, physical and sensory correlates of fear of falling and consequent activity restriction in the elderly: The InCHIANTI study. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87(5), 354-362.
- Dunn, K. S. (2001). The effect of physical restraints. *Journal of Gerontological Nursing*, 27(10), 40-48.
- Eliopoulos, C. (2005). *Gerontological nursing* (6th ed.). Philadelphia: J. B Lippincott William & Wilkins.
- Evans, D., Hodgkinson, B., Lambert, L., Wood, J., & Kowanko, I. (1998). Fall in acute hospitals a systematic review. *The JoannaBriggs Institute for Evidence Base Nursing and Midwifery*, 24, 1-71.
- Evans, D., Hodgkinson, B., Lambert, L., Wood, J., & Kowanko, I. (2001). Fall risk factors in acute hospitals setting: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 7(1), 1-71.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* power 3: A flexible statistical power analysis program for the social behavioral and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.

- Fletcher, P. C., & Hirdes, J. P. (2004). Restriction in activity associated with fear of falling among community-based seniors using home care services. *Age and Ageing, 10*, 1-7.
- Folstein, K. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. A. (1975). Mini-mental state a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychait Research, 12*, 189-198.
- Franchignoni, F., Tesio, L., Martino, M., & Ricupero, C. (1998). Reliability of four simple, Quantitative tests of balance and mobility in healthy elderly females. *Aging Clinical and Experimental Research, 10*, 26-31.
- Friedman, S. M., Munoz, B., West, S. K., Rubin, G., & Fried, L. P. (2002). Fall and fear of falling: Which come first? A longitudinal prediction model suggests for primary and secondary prevention. *American Geriatrics Society, 50*, 1329-1335.
- Gaxatte, C., Nguyen, T., Chourabi, F., Salleron, J., Pardessus, V., Delabriere, I., Thevenon, A., & Puisieu, F. (2001). Fear of falling as seen in the multidisciplinary falls consultation. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 54*, 248-258.
- Gillespie, S. M., & Friedman, S. M. (2007). Fear of falling in new long-term care enrollees. *Journal of the American Medical Directors Association, 8*(5), 307-313.
- Gras, L. Z., Ganley, K. J., Bosch, P. R., & Mayer, J. E. (2017). Convergent validity of the sharpened romberg. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics, 35*(2), 1-10.
- Greenspan, S. L., Myer, E. R., Maitland, L. A., Resmick, L. A., Resnick, N. M., & Hayes, W. C. (1994). Fall severity and bone density as risk factors for hip fracture ambulation elderly. *Journal of American Medicine Association, 271*(1), 128-133.
- Hendrich, A., Nyhuis, A., Kippenbrock, T., & Soja, M. E. (1995). Hospital Falls: development of predictive model for clinical practice. *Applied Nursing Research, 8*(3), 129-139.
- Hill, K. D., Schwarz, J. A., Kologeropoulos, A. J., & Gibson, S. J. (1996). Fear of falling revisited. *Archivs of Physical Medicine and Rehabilitation, 77*, 1025-1029.
- Hill, K. D., Womer, M., Russell, M., Blackberry, I., & McGann, A. (2010). Fear of falling in older fallers presenting at emergency departments. *Journal of Advanced Nursing, 66*(8), 1769-1779.

- Hitcho, E. B., Krauss, M. J., Brige, S., Dunagan, W. C., Fischer, I., & Johnson, S. (2004). Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: A proapective analysis. *Journal of General Internal Medicine, 19*, 732-739.
- Howland, J., Lachman, M. E., Peterson, E. W., Cote, J., Kasten, L. & Jette, A. (1998). Covariates of fear of falling and associated activited curtailment. *Gerontologist, 38*(5), 549-555.
- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Baker, D. I., Leo-Summer, L., & Coonney, L. M. (2000). The hospital elder life program: A model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalization patients. *Journal of the American Geriatrics Society, 48*(12), 1697-1706.
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., Chandraprasert, S., & Bunnag, S. (1994). Disability among thai elderly living in klong toey slum. *Journal of the Medicine Association of Thailand, 77*(5), 231-238.
- Jorstad, E. C., Hauer, K., Becker, C., & Lamb, S. E. (2005). Measuring the psychological outcomes of falling: A systematic review. *Journal of American Geriatrics Society, 53*, 501-510.
- Jung, D. (2008). Fear of falling in older adult: Comprehensive review. *Asian Nursing Research, 2*(4), 214-222.
- Kempen, G. I. J. M. (2007). Prevalence and correlates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. *Age and Ageing, 36*, 304-309.
- Kempen, G. I., Haastregt, J. C. M. V., Mckee, K. J., Delbaere, K., & Zijlstra, G. A. R. (2009). Socio-demographic, health-related and psychosocial correlates of fear of falling and avoidance of activity in community-living older persons who avoid activity due to fear of falling. *BMC Public Health, 9*, 170.
- Kerzman, H., Chetrit, A., Brin, L., & Toren, O. (2004). Characteristics of falls in hospitalized patients. *Nursing and Health Care Management and Policy, 47*(2), 223-229.

- Kim, J. E., Kim, Y. D., Kim, H. W., Lee, L. K., Yoon, H. Y., Park, M. J., Shin, I. J., Kim, K. S., & Kim, G. D. (2012). Fear of falling in subacute hemiplegic stroke patients: Associating factors and correlations with quality of life. *Annals of Rehabilitation Medicine, 36*(6), 797-803.
- Krauss, M. J., Evanoff, B., Hitcho, E., Ngugi, K. E., Dunagan, W. C., & Fischer, I. (2005). A case-control study of patient, medication, and care-related risk factors for inpatient falls. *Journal of General Internal Medicine, 20*, 116-122.
- Kressig, R. W., Wolf, S. L., Sattin, R. W., O'Grady, M., Greenspan, A., Curns, A., & Kutner, M. (2001). Associations of demographic, functional, and behavioral characteristics with activity-related fear of falling among older adults transitioning to frailty. *Journal of the American Geriatrics Society, 49*(11), 1456-1462.
- Kumar, A., Carpenter, H., Morris, R., Iliffe, S., & Kendrick, D. (2014). Which factors are associated with fear of falling in community-dwelling older people. *Age and Aging, 43*, 76-84.
- Lach, H. W. (2005). Incidence and risk factors for developing fear of falling in older adults. *Public Health Nursing, 22*(1), 45-52.
- Lee, J., Choi, M., & Kim, C. O. (2017). Falls, a fear of falling, and related factors in older adults with complex chronic disease. *Journal of Clinical Nursing, 26*, 1-10.
- Lee, H. S., & Kim, M. J. (1997). A study on fall accident. *Taehan Kanho, 36*(5), 45-62.
- Leenders, M., Verdijk, L. B., Van der Hoeven, L., Adam, J. J., Van, K. J., Nilwik, R., & Van, L. J. (2013). Patients with type 2 diabetes show a greater decline in muscle mass, muscle strength, and functional capacity with aging. *Journal of the American Medical Directors Association, 14*(8), 585-592.
- Legters, K., Verbus, N. B., Kitchen, S., Tomecsko, J., & Urnab, N. (2006). Fear of falling, balance confidence and health-related quality of life in individuals with postpolio syndrome. *Physiotherapy Practice, 22*(3), 35-127.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal, 14*, 61-65.

- Maki, B. E., Holliday, P. J., & Topper, A. K. (1991). Fear of falling and postural performance in the elderly. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 46, 123-131.
- McFarlane-Kolb, H. (2004). Falls risk assessment, multitargeted interventions and the impact on hospital falls. *International Journal of Nursing Practice*, 10, 199-206.
- Melanson, P. M., & Downe-Wamboldt, B. (1987). Identification of older adults' perceptions of their health, feelings toward their future and factors affecting these feelings. *Journal of Advanced Nursing*, 12, 29-34.
- Miller, W. C. (2003). Standing strong. *The Interdisciplinary Journal of Rehabilitation*, 19(2), 145-159.
- Miller, C. A. (2009). Mobility and safety. In *Nursing for wellness in older adult*. (5th ed.) n.p.: Spearhead.
- Mitprasart, U. (2011). Nutritional status and associated factors among older adults in the hospital. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-Eastern Division*, 29(3), 46-55.
- Moore, D. S., & Ellis, R. (2008). Measurement of fall-related psychological constructs among independent-living older adults: A review of the research literature. *Aging & Mental Health*, 12(6), 684-699.
- Mossey, J. M., & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. *The American Journal of Public Health*, 72(8), 800-808.
- Murphy, S. L., Williams, C. S., & Gill, T. M. (2002). Characteristics associate with fear of falling and activity restriction in community-living older persons. *Journal of American Geriatric Society*, 50, 516-520.
- Murphy, S. L., Dubin, J. D., & Gill, T. M. (2003). The development of falling among Communityling older women: Predisposing factors and subsequent fall events. *Journal of Gerontology*, 58(10), 943-947.
- National Patient Safety Agency [NPSA]. (2007). Slips, trips and falls in hospital, the thid report from *the patient safety observatory*. Retrieved from <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/easysiteweb/getresource.axd?assetid=61390>
- Nelson, R. C., & Amin, M. A. (1990). Falls in the elderly. *Emergency Medication Clinics of North America*, 8(2), 309-324.

- Nyberg, L., & Gustafson, B. (1995). Patient falls in stroke rehabilitation. *Stroke*, *26*(5), 838-842.
- Prevention of Falls Network Europe [ProFaNE]. (2006). Falls Efficacy Scale International (FES-I). Retrieved from <http://www.profane.eu.org/fesi.html>
- Resnick, B. (2003). Preventing fall in acute care. In M. Mezey, T. Fulmer, I. Abraham (Eds.), & D. Zwicker (Managing Ed.), *Geriatric nursing protocols for best practice* (pp. 141-164). New York: Springer.
- Rogers, S. (1994). Reducing falls in a rehabilitation setting: A safer environment through team effort. *Rehabilitation Nursing*, *19*, 274-276.
- Romberg, M. H. (1851). *Lehrbuch der nervenkrankheiten des menschen*. Berlin: Alexander Duncker.
- Rubenstein, T., Alexander, N., & Hausdoff, J. (2003). Evaluating fall in older adults: Step and Misstep. *Clinical Geriatric*, *11*(1), 52-61.
- Scheffer, A. C., Schuurmans, M. J., Dijk, N. V., Hooft, T. V., & Rooij, S. E. (2008). Fear of falling: Measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age and Ageing*, *37*, 19-24.
- Schmid, A. A., Acuff, M., Doster, K., Duiser, A. G., Whitaker, A., Damush, T., Williams, L., & Hendrie, H. (2009). Poststroke fear of falling in the hospital setting. *Topics in Stroke Rehabilitation*, *16*(5), 357-366.
- Stein, F. C., Hojaij, N. H. S. L., Silva, J. G. N., Borges, L. V., Jacob-Filho, W., & Hashimoto, C. L. (2013). Colonoscopy complications in the elderly: the impact of age and multimorbidity. *Arq Gastroenterol*, *50*(4), 251-256.
- Suzuki, M., Ohyama, N., Yamada, K., & Kanamori, M. (2002). The relationship between fear of falling, activities of daily living and quality of life among elderly individuals. *Nursing and Health Sciences*, *4*, 155-161.
- The National Ageing Research Institute. (2005). *The modified falls efficacy scale [MFES] guidelines*. Retrieved from <http://www.docstoc.com/docs/34679811/The-Modified-Falls-Efficacy-Scale-%28MFES%29-guidelines>
- Tideksaar, R., & Silverton, R. (1989). Psychological characteristics of older people who fall. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, *8*(3), 80-83.

- Tinetti, M. E., Richman, D., & Powell, L. (1990). Falls efficacy as a measure of fear of falling. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 45*(6), 239-243.
- The Jonanna Briggs Institute [JBI]. (1998). *Best practice: Evidence based practice information sheets for health professionals, 2*(2), 1-6.
- Utriyaprasit, K. (2001). *The relationship between recovery symptoms and function outcomes in Thai CABG patients*. Unpublished doctoral dissertation, Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio.
- Vellas, B. J., Wayne, S. J., Romero, L. J., Baumgartner, R. N., & Garry, P. J. (1977). Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers. *Age and Ageing, 26*(3), 93-189.
- William, T. A., King, G., Hill, A. M., Rajagopal, M., Barnas, T., & Pascoe, G. (2007). Evaluate of a fall prevention programe in acute tertiary care hospital. *Journal of Clinical Nursing, 16*, 316-324.
- Yardley, L., Beyer, N., Hauer, K., Kempen, G., Ziegler, C. P., & Todd, C. (2005). Development and initial validation of the falls efficacy scale-international [FES-I]. *Ageing and Ageing, 34*, 614-619.
- Yauk, S., Hopkin., B. A. Phillips, C. D., Terrell, S., Bennion, J., & Riggs, M. (2005). Predicting in hospital falls: Development of the Scott and White falls Risk Screener. *Journal Nursing Care Quality, 20*(2), 128-133.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research, 17*(1), 37-49.
- Zijlstra, G. A. R., Haastregt, J. C. M. V., Eijk, J. Th. M. V., Rossum, E. V., Stalenhoef, P. A., & Kempen, G. I. J. M. (2007). Prevalence and correlates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. *Age and Ageing, 36*, 304-309.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัยและ
ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

รหัสจริยธรรมการวิจัย 05-12-2558

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนงลักษณ์ พรหมมาพงษ์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป มีคุณสมบัติตรงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างไว้เป็นจำนวน 123 คน และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ตอบแบบสัมภาษณ์ จำนวน 7 ชุด ได้แก่ แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการกลัวหกล้มในผู้สูงอายุไทย แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุของไทย แบบประเมินภาวะโรคร่วม และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งรับการทดสอบความสามารถในการทรงตัวโดยการยืนต่อเท้าเป็นแนวเส้นตรง การสัมภาษณ์ และการทดสอบทั้งหมดใช้เวลา ประมาณ 30 นาที

ประโยชน์ที่จะได้รับ คือ ได้รับการประเมินระดับความกลัวการหกล้ม และความสามารถในการทรงตัว ทำให้ท่านทราบข้อมูลระดับความกลัวการหกล้ม และความสามารถในการทรงตัวของท่านเพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลสุขภาพของท่าน นอกจากนี้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และการทดสอบความสามารถในการทรงตัว มีความสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการหกล้ม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนลดระดับความกลัว และอัตราการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อไป อย่างไรก็ตามอาจมีความเสี่ยงหรือความไม่สบายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ได้แก่ อาการกำเริบของโรคของโรคในระหว่างการสัมภาษณ์ ท่านจะได้รับการแก้ไขภาวะฉุกเฉินและหยุดการสัมภาษณ์ทันที

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า การปฏิเสธจะไม่ส่งผลกระทบต่อใด ๆ

ต่อวิธีการดำเนินชีวิตและการดูแลรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะถือเป็นความลับ ไม่มีการบันทึกชื่อหรือเปิดเผยข้อมูลของท่านให้ผู้อื่นรับทราบ ในการวิเคราะห์ผลการวิจัย จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้องเมื่อการวิจัยสิ้นสุดลง ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายทิ้งทันที

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสาวนงลักษณ์ พรหมมาพงษ์ หมายเลขโทรศัพท์ 088-581-8173 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นัยนา พิพัฒน์วิไลชา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก หมายเลขโทรศัพท์ 087-614-3659

นางสาวนงลักษณ์ พรหมมาพงษ์

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ
วันให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด
และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามี
สิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย
นี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง
ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผย
ในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน
ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวนงลักษณ์ พรหมมาพงษ์)

ลงนาม.....ผู้ช่วยวิจัย

(.....)

ลงนาม.....ผู้ช่วยวิจัย

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง
จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้
ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวนงลักษณ์ พรหมมาพงษ์)

ลงนาม.....ผู้ช่วยวิจัย

(.....)

ลงนาม.....ผู้ช่วยวิจัย

(.....)

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง
แบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย

(Mini-Mental State Examination-Thai 2002 [MMSE-Thai 2002])

ในกรณีที่ผู้ถูกทดสอบอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

เขียนบันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง
(ทั้งคำตอบที่ถูกต้องและผิด) คะแนน

1. Orientation for time (5 คะแนน)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- | | | | |
|-----|--------------------|-------|--------------------------|
| 1.1 | วันนี้วันที่เท่าไร | | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 | วันนี้วันอะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 | เดือนนี้เดือนอะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 | ปีนี้ปีอะไร | | <input type="checkbox"/> |
| 1.5 | ฤดูนี้ฤดูอะไร | | <input type="checkbox"/> |

2. Orientation for place (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- | | | | |
|-----|-------------------------------|-------|--------------------------|
| 2.1 | กรณีอยู่ที่สถานพยาบาล | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 | กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |

3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นารทดสอบความจำ ผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา,ยาย,.....)
ตั้งใจฟัง ให้ดีนะเพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อ ผม(ดิฉัน) พูดจบให้คุณ
(ตา,ยาย,.....) พูดทบทวนตามที่ได้ยินให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดี เดี่ยวผม (ดิฉัน) ถามซ้ำ

* การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป
(ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)

.....

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

.....

4. Attention/ Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ(ตา,ยาย,.....) คิดเลขในใจเป็นไหม?
ถ้าตอบคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 ข้อนี้คิดในใจเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7

ไปเรื่อย ๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1, 2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่ามะนาว ให้คุณ(ตา,ยาย,.....) ฟังแล้วให้คุณ (ตา,ยาย,.....) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่า มะนาว สะกดว่า มอม้า-สระอะ นอหนู-สระอา-วอแหวน

ไหนดคุณ (ตา,ยาย,.....) สะกดถอยหลัง ให้ฟังซิ

ว ำ น ะ ม

5. Recall (3 คะแนน)

เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง (ตอบถูก 1 คำ ได้ 1 คะแนน)

.....

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

.....

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

ของสิ่งนี้ เรียกว่าอะไร

6.2 ชี้นำพิกาช้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า

ของสิ่งนี้ เรียกว่าอะไร

7. Repetition (1 คะแนน)

(พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้ แล้วให้คุณ (ตา,ยาย,.....) พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงทีละข้อเดียว

ใครใคร่ขายไก่ไข่

8. Verbal command (3 คะแนน)

ฟังดี ๆ นะเดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา,ยาย,.....)

รับด้วยมือขวา แล้ววางไว้ที่.....(พื้น, โต๊ะ, เตียง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

.....

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา,ยาย,.....)อ่าน

แล้วทำตามคุณ (ตา,ยาย,.....) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

.....

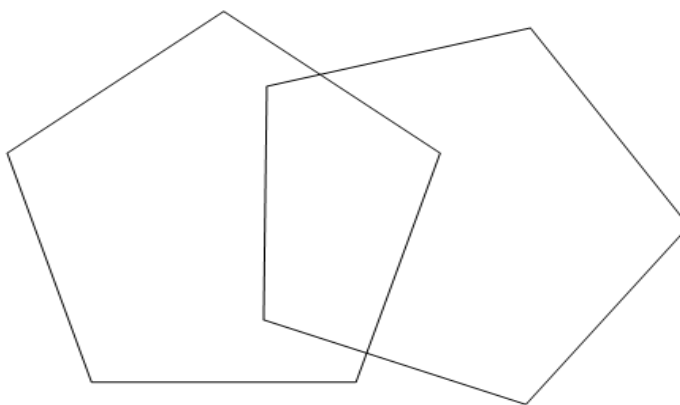
10. Writing (1 คะแนน)

.....

11. Visual construction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง

(ในที่ว่างด้านล่างของภาพตัวอย่าง)



คะแนนรวม.....

เกณฑ์การให้คะแนน

จุดตัด (Cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (Cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	เต็ม
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9, 10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

สรุปผลการประเมิน.....

หลับตา

แบบสัมภาษณ์ความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

แบบสัมภาษณ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการดูแลและจัดการอย่างเหมาะสมต่อไป

แบบสัมภาษณ์นี้ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วยสูงอายุ โดยให้ผู้สัมภาษณ์ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยสูงอายุตามข้อคำถาม และขีดเครื่องหมาย/ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ให้ตรงกับการให้ข้อมูลของผู้สูงอายุ แบบสัมภาษณ์นี้แบ่งออกเป็น 5 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ เป็นการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และประสบการณ์การหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

ตอนที่ 2 แบบประเมินอาการกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วย 16 ข้อคำถาม เป็นการสัมภาษณ์ผู้ป่วยสูงอายุเกี่ยวกับระดับความกลัวการหกล้มขณะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 1 ข้อคำถาม เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับระดับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามการรับรู้ของตัวผู้สูงอายุ

ตอนที่ 4 แบบวัดความเครียดในผู้สูงอายุของไทย ประกอบด้วย 30 ข้อคำถาม เป็นการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้สึทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุในช่วงระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ตอนที่ 5 แบบประเมินภาวะโรคร่วม ประกอบด้วย 19 ข้อคำถาม เป็นการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคอื่นที่เป็นร่วมหรือ โรคเรื้อรังของผู้ป่วยสูงอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคในปัจจุบัน

แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง ให้สัมภาษณ์ถามข้อมูลดังต่อไปนี้กับผู้ป่วยสูงอายุ (หากผู้สูงอายุตอบไม่ได้ให้พิจารณาถามจากผู้ดูแล) และให้ผู้สัมภาษณ์ขีดเครื่องหมาย / หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ให้ตรงกับกรให้ข้อมูลของผู้ป่วยสูงอายุ

1. อายุของท่าน.....ปี
2. เพศ ชาย หญิง
3. สถานะภาพ โสด สมรส
 หย่าร้าง/ แยกกันอยู่ คู่สมรสเสียชีวิต
4. การศึกษาสูงสุด ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา 4
 ประถมศึกษา 6 มัธยมศึกษา 3
 มัธยมศึกษา 6 ปริญญาตรี
 สูงกว่าปริญญาตรี อื่น ๆ
5. โรคประจำตัว ไม่มี โรคเบาหวาน
 โรคความดันโลหิตสูง โรคอัมพฤกษ์อัมพาต
 โรคกระดูกและข้อ โรคหัวใจและหลอดเลือด
 ไขมันในเลือดสูง อื่น ๆ.....
จำนวน โรคประจำตัวที่ท่านเป็นทั้งหมด รวม.....โรค
6. การรักษาที่ได้รับ (ยาที่รับประทาน) ระบุ.....
 ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท
 ยารักษาความดันโลหิตสูง ยารักษาโรคเบาหวาน
 ยาขับปัสสาวะ อื่น ๆ
7. ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา คุณเคยหกล้มหรือไม่
 ไม่เคย เคย 1 ครั้ง
 เคย 2 ครั้ง เคยมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป
8. ผู้ดูแลเมื่อท่านต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
 มีผู้ดูแล โปรดระบุความสัมพันธ์.....
 ไม่มีผู้ดูแล

ตอนที่ 2 แบบประเมินอาการกลัวหกล้มในผู้สูงอายุไทย

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบระดับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ให้ผู้สัมภาษณ์ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยสูงอายุว่าขณะทำกิจกรรมดังข้อความเหล่านี้ ผู้ป่วยสูงอายุมีความกลัวการหกล้มมากเพียงใด หากผู้ป่วยสูงอายุไม่ได้ทำกิจกรรมในข้อใดด้วยตนเอง ให้ผู้ป่วยสูงอายุคิดหรือจินตนาการว่าหากจำเป็นต้องทำกิจกรรมนั้นด้วยตนเอง ผู้ป่วยสูงอายุกลัวว่าจะเกิดการหกล้มมากน้อยเพียงใด โดยให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุด

กิจกรรม	ความรู้สึกและความคิดเห็น			
	ไม่กลัวเลย	กลัวเล็กน้อย	กลัวมาก	กลัวมากที่สุด
1. ทำความสะอาดบ้าน				
2. ไล่หรือถอดเสื้อผ้า				
3. หุงข้าว ทำกับข้าวอย่างง่าย ๆ				
4. อาบน้ำ				
5. ...				
6. ...				
7. ...				
8. ...				
9. ...				
10. ...				
11. ...				
12. ...				
13. ไปในที่มีคนแออัด เช่น ตลาดสด				
14. เดินบนพื้นที่ไม่เรียบ				
15. เดินขึ้น-ลงบนทางที่ลาดชัน				
16. ไปร่วมงานต่าง ๆ ของชุมชน เช่น ไปทำบุญที่วัด หรือมัสยิด				

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
13	บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า		
14	คุณคิดว่าความจำของคุณไม่ดีเท่าคนอื่น		
15	...		
16	...		
17	...		
18	...		
19	...		
20	คุณรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ ๆ		
21	คุณรู้สึกกระตือรือร้น		
22	คุณรู้สึกสิ้นหวัง		
23	คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ		
24	คุณอารมณ์เสื่อง่ายกับเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ อยู่เสมอ		
25	...		
26	...		
27	...		
28	...		
29	...		
30	คุณมีจิตใจ สบาย แจ่มใสเหมือนก่อน		

ตอนที่ 5 แบบประเมินภาวะโรคร่วม (Charlson's Comorbidity Index [CCI])

แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบภาวะโรคร่วมของผู้ป่วยสูงอายุ โดยให้คะแนนตามโรคร่วมของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งประเมินจากรายงานประวัติ หรือสัมภาษณ์จากผู้ป่วยสูงอายุ

คำชี้แจง ให้ 1 คะแนน ถ้าผู้สูงอายุมีอาการดังต่อไปนี้ (อย่างน้อย 1 อาการ)

● โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง (MI): _____

...

● ภาวะหัวใจล้มเหลว (CHF): _____

...

● โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย (PVD): _____

...

● โรคของหลอดเลือดในสมอง (CVD): _____

...

● โรคความจำเสื่อม (Dementia): _____

...

● โรคปอดชนิดเรื้อรัง (Chronic lung disease): _____

...

● โรคของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective tissue disease): _____

...

● โรคแผลในกระเพาะอาหาร (PUD): _____

...

● โรคตับชนิดไม่รุนแรง (Mild liver disease): _____

...

● โรคเบาหวาน (Diabetes): _____

...

คำชี้แจง ให้ 2 คะแนน ถ้าผู้สูงอายุมีอาการต่อไปนี้ (อย่างน้อยหนึ่งอาการ)

● โรคอัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia): _____

...

● โรคเบาหวานในระยะสุดท้าย (Diabetes end organ damage): _____

...

● โรคไต (Renal disease): _____

...

● เนื้องอก (Any tumor): _____

...

● โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดปกติ (Leukemia): _____

...

● โรคความบกพร่องของการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อน้ำเหลือง (Lymphoma): _____

...

คำชี้แจง ให้ 3 คะแนน ถ้าผู้ป่วยมีอาการต่อไปนี้ (อย่างน้อยหนึ่งอาการ)

● โรคตับ (Liver disease): _____

...

คำชี้แจง ให้ 6 คะแนน ถ้าผู้สูงอายุมีอาการดังต่อไปนี้ (อย่างน้อยหนึ่งอาการ)

● โรคเอดส์ (AIDS): _____

...

● โรคมะเร็งที่มีการแพร่กระจาย (Metastatic solid cancer): _____

...

รวม _____ คะแนน

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
(The Modified Barthel Activities Daily Living Index, BAI)

- 1. Feeding (การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)**
 0. ...
 1. ...
 2. ...
- 2. Grooming (การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม, โกนหนวด ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)**
 0. ...
 1. ...
- 3. Transfer (การลุกจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)**
 0. ...
 1. ...
 2. ...
 3. ...
- 4. Toilet use (การใช้ห้องสุขา)**
 0. ...
 1. ...
 2. ...
- 5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)**
 0. ...
 1. ...
 2. ...
 3. ...
- 6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)**
 0. ...
 1. ...
 2. ...

7. Stair (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

0. ...

1. ...

2. ...

8. Bathing (การอาบน้ำ)

0. ...

1. ...

9. Bowel (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. ...

1. ...

2. ...

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. ...

1. ...

2. ...

หมายเหตุ

1. เป็นการวัดว่าผู้ป่วยทำอะไรได้บ้าง (ทำอยู่ได้จริง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบว่าหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่

2. โดยทั่วไปเป็นการสอบถามถึงกิจที่ปฏิบัติในระยะ 24-48 ชั่วโมง

3. จุดประสงค์เป็นการวัดระดับ independence ดังนั้น ถ้าหากมีคนคอยอยู่ดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจกรรม ให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม ถ้าหมดสติให้คะแนน 0 ทั้งหมด

การทดสอบความสามารถในการทรงตัวโดยการยืนการทดสอบการยืนต่อเท้า เป็นแนวเส้นตรง (Sharpened Romberg Test [SRT])

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ ดำเนินการสังเกต และทดสอบความสามารถการทรงตัวของผู้ป่วยสูงอายุ
ดังต่อไปนี้

อุปกรณ์ที่ใช้ในการทดสอบ

...

สถานที่ทดสอบ

...

วิธีการทดสอบ

1. ...

2. ...

3. ...

4. ...

ผลการทดสอบ

ระยะเวลาที่ใช้.....วินาที

หมายเหตุ

1. การทดสอบนี้เป็นการทดสอบความสามารถในการทรงตัวของผู้ป่วยสูงอายุตามลำพัง
จึงไม่มีการช่วย ผู้ดำเนินการทดสอบต้องดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยสูงอายุยืนทรงต่อเท้าเป็นแนว
เส้นตรง และพร้อมให้การช่วยเหลือเพื่อป้องกันการหกล้มที่อาจเกิดขึ้นได้

2. ขณะทดสอบให้ผู้ป่วยสูงอายุถอดรองเท้า

3. อนุญาตให้ผู้ป่วยสูงอายุทดลองทำได้ 1 ครั้งก่อนการทดสอบจริง

ภาคผนวก ค

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน

Factors Related to Fear of Falling among Older Patients in Community Hospitals

ชื่อนิสิต นางสาวงลักษณ์ พรหมมาพงษ์

รหัสประจำตัวนิสิต 56920199 หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 05 - 12 - 2558

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 123 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ ตึกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวังน้ำเขียว โรงพยาบาลนครบุรี โรงพยาบาลปักธงชัย และโรงพยาบาลปากช่องนานา

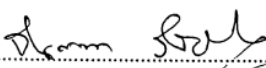
2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2560

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 21 เดือน มกราคม พ.ศ. 2559

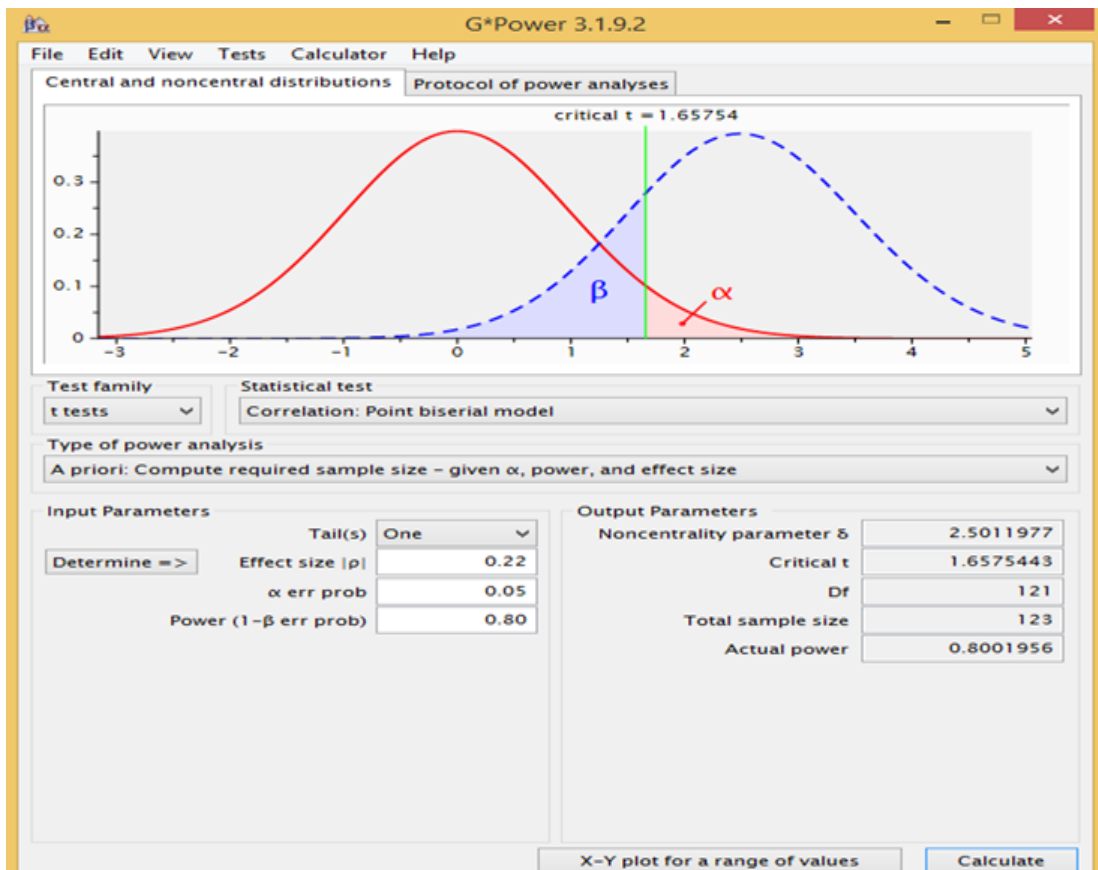
ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก ง
การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง



ภาพที่ 3 การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยโปรแกรม G*Power 3.1.9.2 (Faul et al., 2007)