

ปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลแม่ธิ
อำเภอภูกามยาว จังหวัดพะเยา

อริสรา บุญรักษา

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
ตุลาคม 2564
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา



310782078

UP_Thesis_61351545_independent_study / recv: 04102564 20:30:14 / seq: 17



61351545_310782078

ปัจจัยที่มีผลต่อการทกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลแม่อิง
อำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา

อริสรา บุญรักษา

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองเสนอเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
ตุลาคม 2564
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยพะเยา



310782078

UP_Thesis_61351545_independent_study / recv: 04102564 20:30:14 / seq: 17

FACTORS AFFECTING FALLS IN THE ELDERLY MAE ING OF PHU KAM YAO DISTRICT
PHAYAO PROVINCE

ARISARA BOONRAKSA

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment
of the Requirements for the Master of Public Health Degree

October 2021

Copyright 2021 by University of Phayao



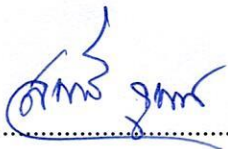
310782078


UP Thesais 61351545 independent study / recv: 04102564 20:30:14 / seq: 17

การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง
เรื่อง
ปัจจัยที่มีผลต่อการหลั่งในผู้สูงอายุ ตำบลแม่ธิ่ง
อำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา

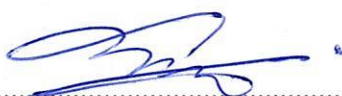
ของ อริสรา บุญรักษา

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยพะเยา


.....ประธานกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมคิด จูหว่า)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อนุกุล มะโนทน)


.....อาจารย์บัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยพะเยา
(ดร.ปฐิพัทธ์ วงศ์เรือง)


.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุกิจ พันธุ์พิมานมาศ)

เรื่อง:	ปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลแม่ือง อำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา
ผู้ศึกษาค้นคว้า:	อริสรา บุญรักษา, การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง: ส.ม., มหาวิทยาลัยพะเยา, 2564
อาจารย์ที่ปรึกษา:	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อนุกุล มะโนทน
คำสำคัญ:	การหกล้ม, ผู้สูงอายุ, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลแม่ือง อำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 240 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยการถดถอย โลจิสติก

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.8 มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 53.8 สถานภาพ สมรส ร้อยละ 69.2 จำนวนสมาชิกในครอบครัว ส่วนใหญ่ 1 ถึง 3 คน ร้อยละ 62.9 ผู้ดูแลหลักคือ คู่สมรส ร้อยละ 59.6 ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 81.1 การหกล้มของผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 26.0 ผู้หญิงหกล้มมากกว่าผู้ชาย 3 เท่า โดยมีสาเหตุจากการ วิงเวียนศีรษะ ร้อยละ 33.3 สถานที่เกิดหกล้มส่วนใหญ่ ที่บ้าน ร้อยละ 89.6 ผลจากการล้ม ส่วนใหญ่ บาดเจ็บปานกลาง ร้อยละ 37.5 และการรักษา ส่วนใหญ่ ไปพบแพทย์ ร้อยละ 70.8

ปัจจัยภายใน ส่วนใหญ่ พบว่า ดัชนีมวลกาย ปกติ ร้อยละ 56.3 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.5 มีการใช้ยา ร้อยละ 65.8 อาบน้ำได้ ร้อยละ 96.3 ไม่มีปัญหาการทรงตัว ร้อยละ 89.2 การมองเห็นชัดเจน ร้อยละ 73.3 ภาวะสุขภาพดี 59.6 ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่ พบว่า ที่พักอาศัยบ้านสองชั้น ร้อยละ 54.2 มีราวบันได 1 ข้าง ร้อยละ 56.2 พื้นบ้านปูกระเบื้องมันลื่น ร้อยละ 68.8 มีห้องน้ำภายในบ้าน ร้อยละ 77.1 เป็นส้วมชักโครก ร้อยละ 95.8 ห้องน้ำไม่มีราวเกาะ ร้อยละ 85.4

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุ คือ อายุ ดัชนีมวลกาย ปัญหาการทรงตัว การมองเห็น ภาวะสุขภาพ และราวบันได สามารถใช้ทำนายการหกล้มของผู้สูงอายุตำบลแม่ืองที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ได้สมการทำนาย คือ การหกล้ม = $12.443 + 1.228(\text{อายุ}) + 1.958(\text{การทรงตัว}) + 2.323(\text{การมองเห็น}) - 2.313(\text{ดัชนีมวลกาย}) + 2.181(\text{ภาวะสุขภาพ}) - 3.993(\text{ราวบันได})$ การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุควรเน้นการดูแลในผู้สูงอายุมาก มีปัญหาการทรงตัว ปัญหาการมองเห็น ดัชนีมวลกาย ภาวะสุขภาพและการมีราวบันได

Title: FACTORS AFFECTING FALLS IN THE ELDERLY MAE ING OF PHU KAM YAO DISTRICT PHAYAO PROVINCE

Author: Arisara Boonraksa, Independent Study: M.P.H., University of Phayao, 2021

Advisor: Associate Professor Dr. Anukool Manotone

Keywords: Falls, Elderly, Factors affecting Falls

ABSTRACT

This analytical study was done on the purpose of aiming to study the factors that contribute to falls in the elderly in Mae Ing sub-district of Phu Kam Yao District Phayao Province. The sample group of 240 people The data were collected by questionnaires and were analyzed by descriptive statistics mean percentage and analyzing the relationship with logistic regression.

The results have found that most of the participants were female with a proportion of 58.8 percent and age range between 60–69 years old, with a marital status of 69.2 percent. The majority of family members are 1–3 family members (62.9 percent). The primary caretakers were their partners (59.6 percent) and their main occupation was agriculture (81.1 percent). Falls in the elderly were reported to be 26 percent with the 3 times larger proportion being women more than men. The major causes of this difference were 33.3 percent being dizziness and the fall incidents occur mostly at home which accounts for 89.6 percent. The moderate injury was 37.5 percent and those who seek treatment with doctors were 70.8 percent.

The study has outlined the internal factors being mostly due to body mass index classified as normal. 56.3 percent 49.2 percent of elderly having congenital disease, 62.5 percent taking the medication regularly, 65.8 percent able to take bath themselves without assist, 96.3 percent having no stability problems, 89.2 percent having clear visibility, 73.3 percent were healthy The 59.6 percent was from The environmental factors were reported to be due to most of the participants lived in two-story houses (54.2 percent). These properties were having one handrail on each side of the staircase, 56.2 percent. Some houses having slippery tiling floors, 68.8 percent. The bathrooms are located in the house, 77.1 percent. The bathroom with bidet, 95.8 percent and the proportion of their bathrooms have no assisting handle was 85.4

The factors that are associated with falling in elderly include age, body mass index (BMI), balancing, vision, health and the handrails. These factors can help predict the potential falling in Maeing sub district with the statistical significance of 0.05 . The equation is falling = $x^2 - 1.228(\text{age}) + 1.958(\text{balancing}) + 2.313(\text{vision}) - 2.313(\text{BMI}) + 2.181(\text{health}) - 3.993(\text{handrails})$. The falling prevention in elderly is focusing on balancing, vision, BMI, health conditions and the handrails.

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อนุกุล มะโนทน อาจารย์ที่ปรึกษาการค้นคว้าด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ตำบลแม่ืองทั้งหมดที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย นายมนตรี วิลาชัย สาธารณสุขอำเภอภูพานยาว ที่อนุเคราะห์สถานที่ทำการวิจัย และให้คำปรึกษาในการทำงานวิจัย ขอขอบคุณอาจารย์สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ท่านอื่น ๆ ที่ให้คำปรึกษาให้คำแนะนำ ตั้งแต่การเริ่มโครงร่างวิจัยจนมีส่วนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอคุณสำหรับคำแนะนำและจะนำไปปรับปรุงแก้ไขและพัฒนางานวิจัยของตนเองต่อไป ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

อริสรา บุญรักษา



310782078

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	2
วัตถุประสงค์.....	3
สมมุติฐานของการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	4
ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัย.....	4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	5
การหกล้มในผู้สูงอายุ.....	7
กระบวนการชราภาพที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุ	12
การประเมินความเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ.....	13
พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ.....	15



310782078

UP :Thesis 61351545 independent study / recv : 04102564 20:30:14 / seq: 17

ทฤษฎี PRECEDE FRAMEWORK..... 16

ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์..... 24

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ..... 31

กรอบแนวคิดการวิจัย 40

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย 41

 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง..... 41

 วิธีดำเนินการวิจัย..... 42

 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย..... 44

 การเก็บรวบรวมข้อมูล 45

 การวิเคราะห์ข้อมูล 45

บทที่ 4 ผลการวิจัย..... 47

 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... 47

บทที่ 5 บทสรุป..... 60

 อภิปรายผลการศึกษา 60

 ข้อเสนอแนะ..... 64

 บรรณานุกรม 65

 ภาคผนวก 69

 ภาคผนวก ก แบบสอบถาม 70

 ประวัติผู้วิจัย 75

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไป.....	47
ตาราง 2 แสดงร้อยละและจำนวนปัจจัยภายในบุคคลของการหกล้มในผู้สูงอายุ (n = 240)	49
ตาราง 3 แสดงร้อยละและจำนวนปัจจัยสิ่งแวดล้อมของการหกล้มในผู้สูงอายุ (n = 240)	53
ตาราง 4 แสดงร้อยละและจำนวนประวัติการหกล้มในผู้สูงอายุ (n = 48).....	57
ตาราง 5 แสดงการวิเคราะห์อิทธิพลของ อายุ สถานภาพ ปัญหาการทรงตัว การมองเห็น ดัชนีมวลกาย ภาวะสุขภาพ และราบบันได ที่มีความสัมพันธ์ กับการหกล้มของผู้สูงอายุตำบลแม่เอื้อง อำเภอภูพานมยว จังหวัดพะเยา โดยวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก	58



310782078

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	400
-------------------------------	-----



310782078

UP Thesais 61351545 independent study / recv: 04102564 20:30:14 / seq: 17

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ซึ่งเป็นผลมาจากอัตราเกิดที่ลดลงและผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้น ในรอบครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา ประชากรโลกมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2018 ทั่วโลกมีประชากรรวมทั้งหมด 7,633 ล้านคน และมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 990 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด เท่ากับสถานการณ์ทั่วโลกได้เป็นสังคมผู้สูงอายุมาหลายปีแล้ว (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561) ผู้สูงอายุ ยังคงมีปัญหาทางด้านสุขภาพ เนื่องจาก อายุที่เพิ่มมากขึ้น อวัยวะร่างกายเสื่อมสภาพลง สมรรถนะทางกายลดลง ทำให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย ส่งผลให้มีโรคประจำตัวและเกิดการหกล้มได้ง่าย

ปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 16.5 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และคาดการณ์ว่าจะสูงถึงร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2562) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เสื่อมตามวัย ภาวะสุขภาพที่เสื่อมลงไปตามกาลเวลา และผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัว มีปัญหาทางด้านสุขภาพหลายด้าน รวมทั้งมีปัญหาทางด้านการเดินทางและการทรงตัวที่มีประสิทธิภาพลดลง และอวัยวะของร่างกายจะมีแต่เสื่อมลง ไม่ว่าจะเป็นทางด้าน การมองเห็น สายตาวัวมัว มองไม่ชัด มีน้ำหนักร่างกายที่ต่ำกว่าเกณฑ์ หรือมากกว่าเกณฑ์ สาเหตุเหล่านี้จึงเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆ หรือแม้กระทั่ง ความเสี่ยงจากปัจจัยต่าง ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับร่างกายแต่ทำให้เกิดการหกล้มได้ เช่น ลักษณะที่อยู่อาศัยที่ไม่เหมาะสม บ้านยกสูงแต่ราวบันไดไม่มีหรือมีแต่ไม่เหมาะสมไม่แข็งแรง ก็ทำให้เกิดการหกล้มได้เช่นกัน จะเห็นได้ว่าไม่ว่าจะเป็นปัจจัยภายในบุคคลหรือปัจจัย สิ่งแวดล้อมก็ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มได้ จากข้อมูลสถาบันแพทยจุฬาลงกรณ์ พบว่า ในปี พ.ศ. 2559-2561 มีจำนวนผู้สูงอายุที่บาดเจ็บด้วยสาเหตุการพลัดตกหกล้ม ทั้งหมด 117,531 ราย โดยกลุ่มที่เข้ารับบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินมากที่สุด คือ กลุ่มที่มีอายุ 60-64 ปี รองลงมา คือกลุ่มอายุ 65-69 ปี และกลุ่มอายุ 70-74 ปี ตามลำดับ และปี 2562 มีจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มมาด้วยสาเหตุการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งหมด 24,364 ราย ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่อง จากข้อมูลระบบสถิติงาน ปี 2560 มีผู้สูงอายุร้อยละ 15.45 ปี 2561 มีผู้สูงอายุ



310782078

UP-Thesiss 61351545 independent study / recv: 04102564 20:30:14 / seq: 17

ร้อยละ 16.06 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.5 ในปี 2562 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2562) ซึ่งเป็นที่ชัดเจนว่าขณะนี้สังคมไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว อีกทั้งประกอบกับสภาพสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ผู้คนต้องดิ้นรนทำมาหาเลี้ยงชีพ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งต้องใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังขาดบุตรหลานดูแล ถูกทอดทิ้ง ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มและ เกิดความพิการตามมาได้

จังหวัดพะเยา มีประชากร 360,652 คนโดยมี ผู้สูงอายุ 87,052 คน (ร้อยละ 24.14) และมีผู้สูงอายุมีปัญหาในการหกล้ม จำนวน 3,610 ราย ร้อยละ 4.15 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2562) ในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ การหกล้มยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ

อำเภอภูพานมีผู้สูงอายุ จำนวน 4,111 คน ร้อยละ 27.21 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2562) ซึ่งเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ อีกทั้งยังมีร้อยละของผู้สูงอายุมากที่สุด ในจังหวัดพะเยา และเป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ อำเภอภูพานยาวมี 3 ตำบล โดยตำบลที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดคือตำบลแม่อิง มีผู้สูงอายุ 928 คน ร้อยละ 35 เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ตำบลแม่อิงมีผู้สูงอายุที่มีปัญหาการหกล้ม จำนวน 48 ราย ร้อยละ 5.2 จำนวนมากที่สุดในอำเภอภูพานยาว (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2562) และเป็นผู้สูงอายุที่หกล้ม ทั้ง 48 ราย ส่วนใหญ่ลักษณะบ้านจะคล้ายคลึงกันคือบ้านยกพื้นสูง แต่ก็ยังพบว่าผู้สูงอายุบางคนบ้านมีลักษณะเป็นบ้านชั้นเดียวก็ยังคงเกิดการหกล้ม และผู้สูงอายุที่หกล้มส่วนมากจะมีวิถีชีวิตแบบดั้งเดิมสืบต่อกันมารุ่นต่อรุ่น คือ มีอาชีพทำไร่ ทำนา ออกไปทำงานตอนเช้ากลับเข้าบ้านอีกที่ตอนเย็น มีการใช้ส้วมส่วนใหญ่แค่เฉพาะเวลากลางวัน บ้านบางหลังเป็นชักโครก บางหลังเป็นนั่งยอง ๆ ผู้สูงอายุบางคนที่หกล้มมีทั้งใช้ส้วมแบบชักโครก และนั่งยอง ๆ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าข้อมูลเบื้องต้น ต่างส่งผลให้ผู้สูงอายุนั้นล้มได้ ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีผลกับการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลแม่อิง จึงมีความสำคัญที่จะหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการหกล้ม เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ พึ่งระวังและมีการป้องกันตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่เกิดความพิการ และการเสียชีวิตจากการหกล้ม และช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักและระมัดระวังตนเองจากปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการหกล้ม

คำถามการวิจัย

ปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลแม่อิง อำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลแม่เอ็ง อำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา

สมมุติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยภายในมีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ
2. ปัจจัยภายนอกมีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรเป้าหมาย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลแม่เอ็ง อำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา จำนวน 928 คน

กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มศึกษา (Case) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เคยหกล้ม โดยอาศัยอยู่จริงในเขต ตำบลแม่เอ็ง อำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา จำนวน 48 คน (HDC ข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561-30 กันยายน 2562) สำหรับประชากรกลุ่มเปรียบเทียบ (Control) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ไม่เคยหกล้ม จำนวน 192 คน โดยการใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ (Kelsey, et al., 1996) โดยคำนวณจากกลุ่มศึกษา (Case)/กลุ่มเปรียบเทียบ (Control) เป็น 1:4 จึงจะได้ กลุ่มเปรียบเทียบนำกลุ่มที่จะศึกษา จำนวน 48 คน มาคูณ 4 จะได้ 192 คน ดังนั้นเมื่อได้ กลุ่มศึกษา 48 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 192 คน รวมแล้วการศึกษาคั้งนี้จะมีกลุ่มตัวอย่าง ทั้งสองกลุ่มรวมกันเป็น 240 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น ได้แก่ ตัวแปรปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ให้การดูแลหลัก อาชีพเดิม อาชีพปัจจุบัน
2. ปัจจัยภายใน ได้แก่ แบบแผนการดำเนินชีวิต สถานะสุขภาพกายและสุขภาพจิต
3. ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน

ตัวแปรตาม

การหกล้มของผู้สูงอายุตำบลแม่เอ็ง อำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา

ข้อตกลงเบื้องต้น

ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามตามข้อเท็จจริง หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาหากประสงค์ที่จะหยุดทำการตอบแบบสอบถามสามารถกระทำได้ด้วยความสะดวกใจ

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลแม่ือง อำเภอกงหรา จังหวัดพะเยา

การหกล้ม หมายถึง การสูญเสียการทรงตัวของผู้สูงอายุ โดยส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย มีการสัมผัสกับพื้น ซึ่งอาจทำให้ได้รับการบาดเจ็บหรืออาจไม่ได้รับการบาดเจ็บ โดยไม่รวมการสูญเสียการทรงตัวที่ปะทะกับสิ่งของและไม่ล้มลงพื้น

ปัจจัยภายในบุคคล (Intrinsic factor) หมายถึง สภาพร่างกายหรือการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้ม เช่น การเปลี่ยนแปลงระบบประสาท ความเสื่อมของการมองเห็น การได้ยินบกพร่องการเปลี่ยนแปลงระบบโครงสร้าง และกล้ามเนื้อ

ปัจจัยภายนอกบุคคล หมายถึง ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมสถานการณ์ภายนอก ร่างกาย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุทั้งภายในและภายนอกบ้าน เช่น พื้นบ้านเป็นมันวาวและลื่น พื้นบ้านต่างระดับที่ลื่นเตี้ยาก บันไดบ้านไม่มีราวบันไดจับยึด ห้องน้ำห้องส้วมที่ไม่เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ

ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท หมายถึง ลักษณะความสัมพันธ์ในชุมชนแบบที่เป็นชนบท ผสมกับหมู่บ้านหรือเมืองเล็ก มักเป็นสภาพที่พบในชุมชนชนบทที่อยู่ติดกับเมืองเป็นส่วนใหญ่ โดยมีลักษณะกึ่งเมืองกึ่งชนบท

ประโยชน์ที่รับจากการทำวิจัย

1. ได้หาแนวทางในการป้องกันหรือลดความรุนแรงและอุบัติการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุ
2. มีเป็นข้อมูลในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
3. มีเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้สนใจศึกษาเรื่องการหกล้มในผู้สูงอายุ



310782078

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลแม่ธิง ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท อำเภอภูพาน จังหวัดพะเยา ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญในหัวข้อต่าง ๆ ตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
2. การหกล้มในผู้สูงอายุ
 - 2.1 ความหมายของการหกล้มในผู้สูงอายุ
 - 2.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ
3. กระบวนการชราภาพที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุ
4. การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ
5. ทฤษฎี PRECEDE FRAMEWORK
6. ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

สำหรับประเทศไทย “ผู้สูงอายุ” ได้ถูกบัญญัติขึ้นครั้งแรกโดย พลดารวจตรี อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร เมื่อปี พ.ศ. 2506 โดยใช้เกณฑ์เช่นเดียวกัน ประเทศทั่วโลก โดยยึดตามปีปฏิทินใดที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ (บรรลู่ ศิริพานิช, 2542) นอกจากการใช้เกณฑ์อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุแล้ว ยังได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ลักษณะ (สุรกุล เจนอบรม, 2539) ดังนี้

1. ลักษณะอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological Aging) ความสูงอายุลักษณะนี้เป็นไปตามอายุขัยของมนุษย์ โดยดูตั้งแต่ปีที่เกิดหรืออายุที่ปรากฏจริง โดยไม่นำเอาเรื่องของสุขภาพ ความสามารถ หรือความรู้ทางสติปัญญา และบทบาททางสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย



310782078

UP-Thesis 61351545 independent study / recv: 04102564 20:30:14 / seq: 17

2. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น ผมเริ่มขาว ผิวหนังเหี่ยวยุ่น ตกกระ ส่ายตายาว ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายนี้จะเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ รวมถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสติปัญญา เช่น ระบบความจำเสื่อมไป การเรียนรู้เริ่มลดถอยลง

4. ลักษณะบทบาทสังคม รวมไปถึงด้านครอบครัว ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานและบทบาทสังคมอื่น ๆ ด้วย สำหรับการศึกษานี้ ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง

การจัดประเภทการเป็นผู้สูงอายุ

ในแต่ละสังคมได้กำหนดความสูงอายุแตกต่างกัน จึงมีการจัดประเภทการเป็นผู้สูงอายุที่ต่างกัน ดังนี้

1. การประชุมขององค์การอนามัยโลกที่เมือง KIEV ประเทศรัสเซีย ปีค.ศ. 1963 สรุปถึงความยืนยาวของชีวิตตามปฏิทินเป็นเกณฑ์เบื้องต้น ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1 วัยสูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60-74 ปี

1.2 วัยชรา คือ ผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

2. Yurick, et al. (1980) ได้แบ่งผู้สูงอายุออกตามสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (National Institute of Aging) เป็น 2 กลุ่ม คือ

2.1 ผู้สูงอายุวัยต้น (young old) มีอายุ 65-74 ปี ยังไม่ชรามากเป็นวัยที่ยังทำงานได้ ยังมีสุขภาพกายและจิตดี

2.2 ผู้สูงอายุวัยท้าย (old old) มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ถือว่าเป็นวัยชราที่แท้จริง

3. อัลเฟรด เจ คาห์น ได้แบ่ง ผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ตามปีปฏิทินอายุ (เปรมกมล ขวนขวาย, 2550) ได้แก่

3.1 ผู้สูงอายุวัยต้น (the “young” elderly) มีอายุต่ำกว่า 74 ปี

3.2 ผู้สูงอายุวัยกลาง (the “middle-aged” elderly) มีอายุระหว่าง 75 ปี ถึง 84 ปี

3.3 ผู้สูงอายุวัยสุดท้าย (the “old” elderly) มีอายุ 85 ปีขึ้นไป

การหกล้มในผู้สูงอายุ

ความหมายของการหกล้มในผู้สูงอายุ

สุทธิชัย จันตะพันธ์กุล (2541) ให้ความหมายว่า การหกล้มเป็นการเปลี่ยนท่า โดยไม่ได้ตั้งใจและเป็นผลให้ร่างกายทรุดหรือลงนอนกับพื้นหรือปะทะสิ่งของต่าง ๆ เช่น โตะไม้้นับรวมการหกล้มที่เกิดจากอุบัติเหตุร้ายแรง เช่น ถูกรถชน

เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล; พวพิน ศิริโพธิ์งาม และพรรณวดี พุทธิวัฒน์ (2543) ให้ความหมายว่า การหกล้ม หมายถึง การที่ร่างกายสูญเสียสมดุลและตกไปที่พื้นหรือในระดับที่ต่ำกว่าเอวโดยไม่เจตนา ทั้งนี้รวมถึงการหกล้ม จากบันไดและเฟอร์นิเจอร์ แต่ไม่รวมการหกล้มที่เกิดจากแรงภายนอก เช่น การหกล้มที่เกิดจากอุบัติเหตุรถยนต์

ดุขฎิ ปาลฤทธิ (2564) ให้ความหมายว่า การหกล้มเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่ได้คาดคิดมาก่อน ไม่ได้ตั้งใจ เกิดขึ้นโดยบังเอิญทำให้ร่างกายสูญเสียสมดุลและตกไปที่พื้น หรือในระดับที่ต่ำกว่าเอว ซึ่งมีสาเหตุมาจากการสะดุด การลื่น การตกบันได ตกเก้าอี้ หรือเตียง

ลัดดา เกียมวงศ์; วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) การหกล้ม หมายถึง บุคคลที่สูญเสียการทรงตัวโดยไม่ตั้งใจ และไม่ได้เกิดจากแรงกระทำภายนอก โดยทำให้ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ได้แก่ มือ แขน เข่า ก้นหรือร่างกายทั้งตัวสัมผัสกับพื้น และต้องเกิดเหตุการณ์ดังกล่าวตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ความหมายของการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า มีการใช้คำและความหมายที่แตกต่างกัน เช่น คำว่าการหกล้ม การล้ม และอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ซึ่งมีการศึกษาทั้งในชุมชนและในโรงพยาบาล

ลัดดา เกียมวงศ์ (2547) ให้ความหมายว่า การหกล้ม หมายถึง การที่บุคคลสูญเสียการทรงตัวโดยไม่ตั้งใจ และไม่ได้เกิดจากแรงกระทำภายนอก โดยทำให้ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ได้แก่ แขน เข่า ก้น หรือร่างกายตั้งตัวสัมผัสกับพื้น

Lyons, Adams and Titler (2005) กล่าวว่า การหกล้ม หมายถึง การที่ร่างกายลงไปอยู่กับพื้นหรือในระดับที่ต่ำกว่าตำแหน่งที่ยืน นั่ง หรือนอนโดยไม่ตั้งใจ

World Health Organization (2007) กล่าวว่า การหกล้ม หมายถึง เหตุการณ์ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งพลัดตกลงมาบนพื้นหรือบนพื้นผิวในระดับที่ต่ำกว่าเอวโดยไม่ตั้งใจ จากความหมายของการหกล้ม สามารถสรุปได้ว่า การหกล้ม หมายถึง การที่ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยไม่ตั้งใจเป็นผลให้ทำให้ส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกายลงไปอยู่กับพื้นหรือในระดับที่ต่ำกว่า หรือปะทะสิ่งของต่าง ๆ ซึ่งอาจทำให้ได้รับบาดเจ็บหรือไม่ได้รับบาดเจ็บก็ได้

เช่น การสะดุด การลื่น การตกบันได ตกเก้าอี้ หรือตกเตียง เป็นต้น ซึ่งไม่รวมกับการหกล้มที่เกิดจากอุบัติเหตุร้ายแรง เช่น ถูกรถชน

จากความหมายของการหกล้ม สามารถสรุปได้ว่า หมายถึง การที่ร่างกายเสียการทรงตัว จากการเปลี่ยนท่าทางของร่างกายทรุดตัวลงกับพื้นหรือระดับที่ต่ำกว่าเดิม โดยไม่ได้ตั้งใจเป็นผลทำให้ส่วนหนึ่งส่วนใดของร่างกาย เช่น แขน เข่า ก้น หรือร่างกายทั้งตัวสัมผัสลงไปกับพื้นหรือในระดับที่ต่ำกว่า ซึ่งอาจทำให้ได้รับบาดเจ็บหรือไม่ได้รับบาดเจ็บ โดยไม่รู้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ สามารถจำแนกได้เป็น 2 ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยภายในบุคคล (Intrinsic factor) ที่มีความสัมพันธ์หรือเป็นสาเหตุชักนำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม (ศิริพร พรพุทธิษา, 2542) ได้แก่

1.1 ปัจจัยที่เกิดจากกระบวนการสูงวัย กระบวนการสูงวัย (Aging process)

เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของ เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกาย เริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนเจริญเติบโต เป็นทารก และเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ในช่วงเวลาเหล่านี้ เซลล์จะเปลี่ยนแปลงในทางเสริมสร้าง การเจริญเติบโต เมื่อพ้นวัยผู้ใหญ่แล้วจะมีผลการสลายเซลล์มากกว่าการสร้าง จึงพบว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายที่เสื่อมลง เกิดพยาธิสภาพหลายระบบ จึงพบว่าผู้สูงอายุมีพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงแบบเสื่อมถอย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มได้ง่าย ดังนี้

1.1.1 การเปลี่ยนแปลงในระบบสมองและประสาท พบว่าความไวของการรับรู้ความรู้สึกลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ตำแหน่งความสามารถในการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมร่างกายให้อยู่ในดุลยภาพ (Homeostasis) พบว่ามีการเสื่อมลงในวัยสูงอายุ โดยจำนวนประสาทซิมพาเทติก และอัตราการนำพลังของเส้นประสาทลดลงถึงร้อยละ 10-15 (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีปฏิกิริยาต่อสิ่งเร้าเชื่องช้า เช่น ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Postural hypotension) ทำให้ผู้สูงอายุหน้ามืด วิงเวียน เกิดการหกล้มตามมา ภาวะซีมีตราและภาวะสมองไม่สามารถคิดและหาเหตุผลได้ (Cognitive impairment) จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ราว 2 เท่า ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia) จะหกล้มได้ง่ายจากการตัดสินใจที่ไม่ดี การกระะยะผิดพลาด ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการทรงตัวได้ง่าย

1.1.2 การมองเห็น จะพบการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมลงของสายตา ได้แก่ เกิดการหนาตัว ชุ่มและแข็งขึ้นของเลนส์ มีผลต่อการปรับสายตาเกี่ยวกับความชัด การรับรู้ ความตื้นลึก ความไวต่อแสง และการปรับตัวต่อความมืดจอตตาที่ลดลง ซึ่งลดลงอย่างเด่นชัด ในช่วงอายุ 70-79 ปี สาเหตุของการมองเห็นที่ทำให้หกล้มบ่อย ๆ เช่น ต้อกระจก โรค Macular degeneration สายตายาวจากความชรา การใช้แว่นตาที่เสื่อมสมรรถภาพ หรือใช้เลนส์ ไม่เหมาะสม หรือการเดินในที่มืด

1.1.3 การเปลี่ยนแปลงของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ จากการศึกษาพบว่า เมื่ออายุ 60-70 ปี มวลกล้ามเนื้อความแข็งแรง และความสามารถในการประสานงาน ของกล้ามเนื้อลดลงถึงร้อยละ 20-40 ร่วมกับมีการเสื่อมของข้อต่อและเอ็นรอบ ๆ ข้อ ซึ่งทำให้ การเคลื่อนไหวของข้อและความเร็วในการตอบสนองลดลง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลง ของโครงร่างและกล้ามเนื้อยังมีผลต่อท่าทางการเดิน ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถ ยกเท้าได้สูงเท่ากับที่เคยทำได้รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงในการเคลื่อนไหวของสะโพก ในการรับน้ำหนักของขาขณะที่เดิน โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิงมีลักษณะการเดินคล้ายเป็ด (Waddling gait) ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุมีการสะดุด เมื่อเดินบนทางที่มีพื้นขรุขระหรือ ต่างระดับ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

1.1.4 ระบบทางเดินปัสสาวะ กระบวนการสูงวัยมีผลทำให้การทำหน้าที่ ของระบบทางเดินปัสสาวะลดลง โดยพบว่าความสามารถบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะและ ความจุในกระเพาะปัสสาวะลดลง ร่วมกับกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกราน กล้ามเนื้อรอบ ๆ ท่อปัสสาวะอ่อนกำลังลง และตัวรับการกระตุ้นต่อการยืดขยายในกระเพาะปัสสาวะทำงาน ลดลง ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาคลื่นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary incontinence) ซึ่งเป็นสาเหตุต้องเข้าห้องน้ำบ่อยขึ้น และมีความเร่งรีบเข้าห้องน้ำไม่ทันทำให้เสี่ยงต่อ การหกล้มได้ง่าย (ปาระลี โอภาสนันท์, 2545)

1.1.5 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุบทบาทในสังคม เปลี่ยนไป เช่น การที่ต้องออกจากงานทำให้สูญเสียตำแหน่ง รายได้ลดน้อยลง การสูญเสียและ พลาดพราก จากสิ่งที่ตนเคยรักใคร่อาจก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งจะต้องปรับตัวให้เข้ากับ สิ่งที่เปลี่ยนไปให้ได้ ถ้าปรับตัวไม่ได้ก็จะเกิดพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น อาการเหงา ว้าเหว อาการหลงลืม วิดกกังวล และซึมเศร้า ทำให้การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ซ้ำลง และการตัดสินใจไม่ดีในเรื่องความปลอดภัยเมื่ออยู่ตามลำพัง ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยง ต่อการหกล้มได้ง่าย และจากการศึกษาระดับชาติของผู้สูงอายุไทย พบว่า สุขภาพจิตที่ไม่ดี เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการหกล้ม (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

1.2 ปัจจัยที่เกิดจากการเจ็บป่วยหรือพยาธิสภาพของโรค ได้แก่

1.2.1 ความผิดปกติของหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต เป็นสาเหตุสำคัญของการหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง เกิดความดันโลหิตต่ำหรือหัวใจทำงานล้มเหลวได้ ซึ่งเป็นอาการนำและเกิดการหกล้มที่ทำให้ผู้สูงอายุมาโรงพยาบาล และภาวะที่มีคาโรติดไซน์สมิปฏิกริยาไวผิดปกติ (Carotid sinus syndrome) เกิดภาวะหัวใจเต้นช้าและความดันโลหิตต่ำ ซึ่งทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง เป็นผลให้เกิดอาการวิงเวียน หน้ามืดเป็นลมเกิดการหกล้ม จากการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการหกล้มกับภาวะ Postural hypotension โดยใช้ Tilt table test พบว่าผู้มีประวัติหกล้มประมาณร้อยละ 35 จะพบมีภาวะ Postural hypotension (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

1.2.2 พยาธิสภาพในระบบสมองและประสาท ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer' disease) สมองเสื่อมจากเนื้อสมองตาย (Multi-infarct dementia) โรคหลอดเลือดในสมอง โรคพาร์กินสัน (Parkinson' disease) และโรคสมองเสื่อม (Dementia) ทำให้ผู้สูงอายุมีท่าเดินผิดปกติและสูญเสีย การทรงตัวได้ง่าย ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการหกล้มตามมา ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองไม่สามารถคิด และหาเหตุผลได้ (Cognitive impairment) จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ราว 2 เท่า ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia) จะหกล้มได้ง่ายจากการตัดสินใจที่ไม่ดี การกระเด้งผิดพลาด ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการทรงตัวได้ง่าย (Lyons, Adams and Titler, 2005)

1.2.3 ความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดปัญหาการทรงตัวไม่มั่นคง เช่น การสูญเสียสภาพจากการที่ร่างกายไม่ได้เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน (Deconditioning state) หรือโรคเรื้อรังทางกาย เช่น โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) โดยเฉพาะข้อเข่าและข้อสะโพก นอกจากนี้อาการผิดปกติและโรคของเท้า เช่น ตาปลา หูด แผลเป็น หรือโครงสร้างของเท้าผิดปกติ ทำให้เกิดความเจ็บปวดขณะเดินหรือเปลี่ยนท่า เกิดการหกล้มตามมาได้ (ลัดดา เกียมวงศ์ และจอม สุวรรณโณ, 2557)

1.2.4 การใช้ยา ผู้สูงอายุมักจะได้รับยาหลายชนิดมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากความชราต่อเภสัชจลนศาสตร์ และเภสัชพลศาสตร์ของยา และความผิดพลาดทั้งจากตัวผู้ป่วยและแพทย์ ซึ่งทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา และทำให้เกิดผลข้างเคียงหรือพิษของยาได้ง่าย ยาจะมีผลต่อกลไกการทรงตัว เช่น ยารักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Class Ia, ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ได้แก่ ยานอนหลับ และยาด้านซึมเศร้ามีผลทำให้วังงซึม เดินโซเซ ภาวะวุ่นวายและสับสน ยาลดความดันโลหิต

และยาขับปัสสาวะ ทำให้ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (ลัดดา เกียมวงศ์; วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

1.3 ปัจจัยที่เกิดจากความผิดปกติทางจิต เช่น อาการวิตกกังวล หงุดหงิด และซีมีเศร้า ทำให้ผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมซ้ำและมีการตัดสินใจผิดพลาด นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยกลัวจะหกล้มมากเกินไปจนไม่ยอมเดินกลับทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม

ปัจจัยภายในบุคคลที่กล่าวมาพบว่า เกี่ยวข้องกับกระบวนการสูงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ร่วมกับปัญหาการเจ็บป่วยหรือพยาธิสภาพของโรคต่าง ๆ ซึ่งในผู้สูงอายุมักพบว่าจะมีโรคประจำตัวหลายโรคและมีการใช้ยาหลายชนิดทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยาที่ได้รับ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อกลไกการทรงตัวของร่างกายลดลงทั้งโดยตรงและโดยอ้อม จึงทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆ

2. ปัจจัยภายนอกบุคคล (Extrinsic factor) หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยทั้งภายในและภายนอกบ้าน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ได้แก่

2.1 สิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้ม (เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล; พวพิน ศิริโพธิ์งาม และพรรณวดี พุชว์ฉนะ, 2543) ดังนี้

2.1.1 พื้นบ้านเป็นมันลื่น เช่น การปูพื้นด้วยกระเบื้องเคลือบ หินขัด หินแกรนิต พื้นไม้ขัดเงา ทำให้เสี่ยงต่อการลื่นหกล้มได้ง่าย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีการทรงตัวไม่ดี

2.1.2 พื้นบ้านต่างระดับที่สังเกตเห็น เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น และการแยกความแตกต่างของระดับทำได้ลำบาก ทำให้การกระเด้งก้าวเท้าผิดพลาดเกิดหกล้มได้

2.1.3 ประตูบ้านที่มีขอบธรณีประตู เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีลักษณะก้าวย่างช้าและยกเท้าต่ำ เมื่อมีขอบธรณีประตูจะทำให้เดินสะดุดเกิดการหกล้มได้ รวมถึงประตูบ้านที่มีลักษณะการเปิดปิดลำบาก

2.1.4 แสงสว่างภายในบ้านไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับสายตาดูการมองเห็นไม่ชัดเจนอยู่แล้ว เมื่อภายในบ้านมืดสลัว แสงสว่างไม่เพียงพอยิ่งทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้

2.1.5 การจัดเปลี่ยนเฟอร์นิเจอร์บ่อย ๆ ทำให้ผู้สูงอายุจำสภาพแวดล้อมไม่ได้ซึ่งเสี่ยงต่อการเดินสะดุดหกล้มได้ง่าย รวมถึงการจัดวางสิ่งของภายในบ้านไม่เป็นระเบียบ

2.1.6 พรหมเช็ดเท้าลื่น ขาดรุ่งหรือ หือขอบสูงเกินไป ทำให้เดินสะดุดลื่นหกล้ม

2.1.7 บ้านโคกบ้านชั้นและไม่มีราวบันได ราวบันไดไม่มีความแข็งแรงมั่นคง มีการวางสิ่งของตามขั้นบันได การตกจากบันไดบ้านส่วนใหญ่มักมีสาเหตุจากการลื่นหรือก้าวเท้าพลาด ไถล ขณะเดินขึ้นบันได ผู้สูงอายุบางคนอาจมีสิ่งของในมือจนไม่สามารถใช้มือเกาะจับราวบันไดได้ทำให้เกิดการก้าวพลาดบันไดได้

2.1.8 ห้องน้ำห้องส้วมไม่เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่

1) ที่ตั้ง อยู่ภายนอกบ้าน อยู่ไกล ทำให้ผู้สูงอายุไม่สะดวกในการเข้าห้องน้ำ

2) พื้นลื่น ไม่สะอาด ส่วนใหญ่พบว่ามักจะเปียกและตลอดเวลา เนื่องจากห้องน้ำห้องส้วมในบ้านของคนไทย บริเวณอาบน้ำและสุขาจะอยู่รวมในห้องเดียวกัน และมีได้แบ่งบริเวณที่เปียกและแห้งเวลาอาบน้ำ จึงมักทำให้น้ำไหลเปียกทั่วห้อง ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการลื่นล้มได้

3) ไม่มีราวเกาะในห้องน้ำห้องส้วม ผู้สูงอายุมักมีปัญหาหากล้มเมื่อขาดความแข็งแรงมีการเสื่อมของข้อต่อ การลุกการนั่งไม่คล่องแคล่ว จึงมีความยากลำบากในการลุกขึ้นและนั่งลงบนโถส้วม ขณะทำกิจกรรมซับซ้อน ทำให้มีโอกาสที่จะเกิดการหกล้มได้ ถ้ามีราวจับเกาะจะช่วยให้การ ทรงตัวดีขึ้น

4) การวางของใช้เกาะเกาะในห้องน้ำทำให้ผู้สูงอายุเดินสะดุดลื่นล้มง่าย

5) ลักษณะโถส้วมไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น เป็นส้วมแบบนั่งยอง

2.2 สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน ได้แก่ สถานที่ที่ผู้สูงอายุไปเป็นประจำ ได้แก่

2.2.1 ถนนในชุมชนทางซำรูด ไม่มีบาทวิถี ไม่มีสะพานลอยหรือทางม้าลายสำหรับข้ามถนน หรือมีสิ่งกีดขวาง เช่น พุ่มไม้

2.2.2 วัสดุขอบเจดีย์เป็นพื้นขัดมัน บันไดปูด้วยหินอ่อนซึ่งทำให้ลื่น

2.2.3 ตลาดแผงขายของที่จัดวางไม่เป็นระเบียบและทางเดินแคบ

2.2.4 ทุ่งนามีคันนาคูคลอง ซึ่งมีพื้นไม่สม่ำเสมออาจเปียกและ ลื่น

กระบวนการชราภาพที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา เนื่องมาจากความชรามีส่วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ได้แก่ สายตาที่เสื่อมลง การได้ยินและการทรงตัวบกพร่อง ความเสื่อมของระบบประสาทสัมผัสโดยเฉพาะระบบประสาทรับรู้ตำแหน่ง (Proprioception) ทำให้การตอบสนองช้าลง นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับการที่กำลังกล้ามเนื้อ

ด้อยลงร่วมกับการที่ความยืดหยุ่นของข้อต่อต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไป ทำให้โอกาสของการหกล้มเพิ่มสูงขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ดังนี้

1. กระบวนการชราของสายตา

ทำให้ผู้สูงอายุมีตาลึกลงขึ้นเนื่องจากไขมันโดยรอบลดลง เกิดหนังตาตก ขอบหนังตาม้วนเข้า (entropion) และขอบหนังตาม้วนออกได้ง่ายขึ้น การหนาตัวและการแข็งขึ้นของเลนส์ตา มีผลต่อการปรับระยะสายตา เกิดเป็นสายตาผู้สูงอายุ การขุ่นของเลนส์ตาที่เกิดจากความชราไม่ใช่ต่อกระจกแต่เป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้ความรุนแรงของต่อกระจกหนาขึ้น รูม่านตาที่เล็กในผู้สูงอายุเป็นลักษณะปกติของวัยได้ แต่จะยังคงมีการหดตัวเมื่อได้รับแสง และความไวต่อแสงและการปรับตัวต่อความมืดของจอตาที่ลดลงทำให้เกิดปัญหาหกล้มได้

2. กระบวนการชราของประสาทสัมผัสอื่น ๆ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของการรับรู้ความรู้สึกตามร่างกาย เนื่องจากจำนวนปลายประสาทที่รับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดและอุณหภูมิมีจำนวนลดลงเมื่ออายุมากขึ้น นอกจากนี้เมื่ออายุมากขึ้น ที่ทำหน้าที่รับรู้ความรู้สึกที่มีคุณภาพ (สัมผัส การสั่น และการแยกแยะตำแหน่งมีจำนวนลดลงและมีลักษณะเปลี่ยนแปลงไป เช่น รูปร่างยาวกว่าปกติ และตำแหน่งเลื้อนออกห่างจากชั้นหนังกำพร้ามากขึ้น ทำให้ความไวของการรับรู้ความรู้สึกที่ซับซ้อนลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ตำแหน่งที่ต่างกัน ความสามารถในการรับรู้วัตถุ และความสามารถรับรู้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ความรู้สึกของร่างกายเป็นปัจจัยหนึ่งของการเกิดหกล้มและอุบัติเหตุในผู้สูงอายุได้

3. กระบวนการชราของการได้ยินและการทรงตัว

เนื่องมาจากมีการเสื่อมของชั้นหูในร่วมกับเส้นประสาทคูที่ 8 เยื่อแก้วหูและอวัยวะในหูชั้นกลางแข็งตัวมากขึ้น ทำให้สูญเสียการได้ยินระดับเสียงสูง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัวทำให้มีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการมึนงง (Dizziness) และอาการบ้านหมุน (Vertigo) และเป็นสาเหตุให้เกิดการหกล้มได้ง่ายในผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

การประเมินความเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ

การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุทุกรายควรได้รับการตรวจประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง และแนวทางในการแก้ไขสาเหตุของการหกล้ม ซึ่งจากการทบทวน

มีแนวทางในการประเมิน ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการสำรวจประเมินสิ่งแวดล้อม

1. การซักประวัติ ได้แก่ ประวัติการหกล้ม โรคหรือปัญหาทางสุขภาพ และการได้รับยา (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ดังนี้

1.1.1 ประวัติการหกล้ม ควรประเมินโดยการสัมภาษณ์ถึงรายละเอียด ได้แก่ กิจกรรม ในขณะที่เกิดเหตุ เช่น ขณะออกกำลังกาย ขณะงดยหน้า เกิดขณะลุกขึ้นยืน หรือขณะนั่งอยู่เฉย ๆ หรือเกิดอาการนำก่อน เช่น เวียนศีรษะ มึนงง ใจสั่น ชัก เป็นต้น สถานที่ที่เกิดและลักษณะของสิ่งแวดล้อม เช่น ภายในบ้านหรือที่ทางเดินเท้า พื้นเปียกชื้นหรือขรุขระ หรือแสงสว่างไม่เพียงพอ เป็นต้น เวลาที่เกิด เช่น เกิดในขณะที่นอน เกิดในตอนกลางวัน หรือเกิดในตอนบ่าย นอกจากนี้ความสัมพันธ์เหตุการณ์ก่อนหน้าที่ควรต้องได้รับการสัมภาษณ์ ได้แก่ เกิดอาการหลังจากได้รับยาบางอย่างมาระยะหนึ่ง อาการปวดศีรษะที่เกิดมาก่อนไม่นาน หรือมีอาการมือสั่นมาก่อน เป็นต้น อาการที่เกิดตามหลังหรือมาพร้อมกับการ หกล้มเป็นสิ่งสำคัญ ได้แก่ อาการหมดสติ อาการชา อาการจุกแน่นหน้าอก หรือเหนื่อยหอบ เป็นต้น จำนวนครั้งที่เกิดการหกล้ม และลักษณะของการหกล้มรวมทั้งความเกี่ยวเนื่องหรือลักษณะร่วมของการหกล้มที่เกิดขึ้นก็ควรได้รับการสัมภาษณ์ โดยละเอียด

1.1.2 ปัญหาทางสุขภาพ ภาวะทางสุขภาพและปัญหาที่ทางการแพทย์ที่ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ คือปัญหาที่มีผลต่อปัจจัยควบคุมการทรงตัว 3 ประการ คือ ประสาทรับความรู้สึกส่วนการประมวลผล การทรงตัว (สมอง) กล้ามเนื้อ โครงสร้างที่ใช้ ทรงตัวในการสัมภาษณ์ควรได้ประวัติเกี่ยวกับประสิทธิภาพการมองเห็น ปัญหาสายตา อาการบ้านหมุน โรคหรือปัญหาของหูชั้นใน การได้ยิน ความผิดปกติของการเดิน อาการผิดปกติของประสาทรับรู้ตำแหน่ง โรคของสมอง เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน หรืออาการของโรคหลอดเลือดสมอง อาการหรือโรคที่เป็นผลให้เลือดและ/หรือออกซิเจนไปเลี้ยงสมองลดลง อาการและประวัติของโรคกล้ามเนื้อหรือไขสันหลังหรือเส้นประสาท ตลอดจนอาการและประวัติของโรคข้อและกระดูก โดยเฉพาะความผิดปกติของข้อเข่าและสะโพก

1.1.3 การได้รับยา ผู้สูงอายุเมื่อได้รับยาจำนวนมากเท่าไร โอกาสที่จะเกิดผลข้างเคียงยิ่งมากเท่านั้น และจัดเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ ยาที่มักพบว่าเป็นปัญหา ได้แก่ ยาที่ทำให้หัวใจบีบเป็นผลให้การรับรู้ลดลง และการประมวลผลเพื่อการควบคุมการทรงตัวของสมองด้อยลง เช่น ยาลดน้ำมูก ยานอนหลับ ยาทางจิตเวช และยาลดความดันโลหิตสูงบางชนิด นอกจากนี้ยังพบว่ายาที่ทำให้ความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าจากท่านอนหรือท่านั่งเป็นทำยืน (postural hypotension) เช่น ยาลดความดันโลหิตสูงที่พบบ่อย

คือ กลุ่มยาขับปัสสาวะ

2. การประเมินความสามารถของร่างกาย ผู้สูงอายุควรได้รับการประเมินดังต่อไปนี้

2.1 การวัดสัญญาณชีพ ได้แก่ การตรวจชีพจร และความดันโลหิต เพื่อประเมินภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (postural hypotension) โดยการวัดความดันโลหิตในท่านอนหลังจากนอนไปแล้ว 5 นาที และในท่านั่งหลังจากลุกขึ้นนั่งนาน 1 นาที (ประเสริฐ อัสสันตชัย และคณะ, 2544)

2.2 การประเมินการมองเห็น ทดสอบโดยใช้แผ่น Snellen chart ซึ่งสำหรับผู้สูงอายุมีความบกพร่องของการมองเห็นจะทำให้ความสามารถของการอ่านตัวหนังสือในบรรทัดที่ 6/12 ของแผ่น Snellen chart ได้น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนตัวหนังสือทั้งหมด (ลัดดา เกียมวงศ์, 2547)

พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ (โชติกา สุจารี และคณะ, 2556)

1. ปัจจัยด้านภายในตัวบุคคล

- 1.1 ไม่เคลื่อนไหวร่างกายโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือขณะร่างกายอ่อนแอ
- 1.2 หลีกเลี่ยงการไปในที่ที่เป็นอันตราย
- 1.3 การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- 1.4 การไปพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายประจำปี
- 1.5 การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์
- 1.6 รับประทานอาหารครบส่วนและเพียงพอ
- 1.7 การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ
- 1.8 การเคลื่อนไหวและเปลี่ยนท่าช้า ๆ
- 1.9 สำรวจสิ่งของที่เป็นอันตรายภายในบ้านเป็นประจำ
- 1.10 ใช้อุปกรณ์ในการเคลื่อนไหวที่เหมาะสม
- 1.11 สวมเครื่องแต่งกายเหมาะสม

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

2.1 จัดให้มีแสงสว่างและเสียงที่เหมาะสม สถานที่ที่พบว่าแสงสว่างมักไม่เพียงพอ เช่น บันได ทางเข้าบ้าน ทางเดินภายในและภายนอกบ้าน บริเวณที่มีแสงจ้ามากเกินไป เช่น บริเวณที่มีกระจก พื้นที่ขัดมันเป็นเงาสะท้อน หรือบริเวณที่แสงอาทิตย์ส่องตรง สำหรับสี

ที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ สีกลมกสิน สีที่ประกอบกันเป็นลวดลายแบบแผนที่สับสน เช่น สีของพรม หรือกระเบื้องปูพื้น หรือสิ่งของตกแต่งผนัง เป็นต้น

2.2 จัดพื้นที่บ้านให้เหมาะสม พื้นที่เป็นอันตราย ได้แก่ พื้นผิวที่ไม่เรียบ มีลวดลาย หลอกลตา มีสิ่งปกคลุมที่ทำให้ลื่นหรือสะดุด เช่น บริเวณทางเดิน พื้นบ้านที่ไม่เรียบ การลงน้ำมันพื้นลื่นเกินไป มีสิ่งเกะกะบนพื้น พื้นห้องน้ำที่เปียกอยู่เสมอ พรมปูพื้นที่ไม่มี ที่ยึดเกาะ

3. จัดสิ่งก่อสร้างภายในบ้านให้เหมาะสม เช่น บันไดควรมีราวยึด ชั้นบันได ควรมีความสูงที่เหมาะสม สูงสม่ำเสมอ และกว้างเพียงพอ ไม่ควรมีลวดลาย ควรมีขอบเขต แสดงเครื่องหมายให้ชัดเจน ห้องน้ำควรมีราวเกาะยึด ไม่ควรเป็นที่นั่งแบบนั่งยอง ๆ อ่างล้างหน้า ไม่ควรต่ำเกินไป

4. ควรจัดเครื่องเรือนให้เหมาะสม จัดให้เป็นระเบียบ ไม่ควรเกะกะขวางทางเดิน เครื่องเรือนควรมีความมั่นคงขณะใช้งาน

5. เครื่องแต่งกายและเครื่องช่วยในการเคลื่อนไหวควรมีความเหมาะสม เสื้อผ้าที่ใส่ ควรพอดีตัว ไม่ใหญ่หรือยาวเกินไป เพราะทำให้มีโอกาสสะดุดหรือเกี่ยวดึงได้ง่าย รองเท้าควร ใส่พอดีเท้า อุปกรณ์ช่วยเคลื่อนไหวต่าง ๆ เช่น ไม้เท้า ล้อเข็น ควรมีขนาดที่เหมาะสม และใช้ได้ อย่างถูกต้อง

ทฤษฎี PRECEDE FRAMEWORK

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE FRAMEWORK หรือ PRECEDE Model เป็นกรอบ แนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย (Multiple Casuality Assumption) มีสมมติฐานว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายปัจจัย และการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นั้น ต้องวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรม เสียก่อนโดยอาศัยกระบวนการ และวิธีการต่าง ๆ รวมกันเพื่อวางแผนและกำหนดกลวิธี ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ คำว่า PRECEDE ย่อมาจาก Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Education al Diagnosis and Evaluation ซึ่งหมายถึง กระบวนการใช้ปัจจัยหลักหรือปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ในการวินิจฉัย และประเมินผลการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (สมคิด ทิมสาด, 2548)

การใช้ PRECEDE FRAMEWORK เป็นกระบวนการวิเคราะห์การดำเนินงานในลักษณะ โครงการ เริ่มต้นจากเป้าหมายหรือสภาพการณ์ของปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่หรือผลลัพธ์

ที่เกิดขึ้น พิจารณาย้อนกลับไปยังสาเหตุว่าเป็นเพราะอะไร ทำไมหรือมีเหตุมาจากอะไร กล่าวคือ เป็นกระบวนการที่วิเคราะห์ย้อนกลับว่าสิ่งที่เป็นอยู่นั้นมีองค์ประกอบหรือปัจจัยนำอะไรบ้าง ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์หรือสภาพดังปรากฏ แล้วจึงนำข้อมูลเหล่านี้มาใช้ในการวางแผน เพื่อดำเนินการแก้ไขพฤติกรรมให้ถูกต้อง (สมคิด ทิมสาด, 2548)

ขั้นตอนและกระบวนการของกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ RECEDE FRAMEWORK กรอบแนวความคิดเกี่ยวกับ RECEDE FRAMEWORK สามารถนำไปใช้ในโครงการสาธารณสุขต่าง ๆ เพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพตามกระบวนการที่กำหนด 7 ขั้นตอน (สมคิด ทิมสาด, 2548)

ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยทางสังคม (Social Diagnosis) เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์ “คุณภาพชีวิต” ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของการวิเคราะห์โดยการประเมินสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วย นักเรียน กลุ่มคนวัยทำงาน ผู้ใช้แรงงาน หรือผู้บริโภคน สิ่งที่เหมาะสมได้จะเป็นเครื่องชี้วัดและเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายนั้น ๆ

การวินิจฉัยสังคมมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ 6 ประการ คือ (สมคิด ทิมสาด, 2548)

1. เพื่อวิเคราะห์หาสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือเป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตในประชากรเป้าหมาย
2. เพื่อวิเคราะห์และทำความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตที่ปรากฏอยู่ในสังคมโดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่ และข้อมูลที่ศึกษาโดยวิธีการต่าง ๆ
3. เพื่อกำหนดวาระของปัญหาสังคมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
4. เพื่อหาเหตุผลโดยละเอียดสำหรับชีวิตให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาที่วิเคราะห์แล้ว
5. เพื่อหาเหตุผลที่เพียงพอสำหรับการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อแก้ไขปัญหานั้น ๆ
6. เพื่อหาเหตุผลที่ชัดเจนสำหรับใช้เป็นพื้นฐานสำหรับการประเมินโครงการเชิงเศรษฐกิจ

การวินิจฉัยสังคมสามารถจะกระทำได้ในหลายลักษณะเดียวกัน เช่น โดยการศึกษาระบุวิเคราะห์จากข้อมูล และเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเป็นไป และปัญหาสังคมของกลุ่มเป้าหมายที่สามารถจะหาได้จากแหล่งต่าง ๆ หรือจากการสำรวจชุมชนโดยตรง นอกจากนี้ยังสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้จากการใช้เทคนิคต่าง ๆ ด้วย (สมคิด ทิมสาด, 2548)

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด (Epidemiological Diagnosis) เป็นการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพหรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคมหรือมีผลกระทบมาจากปัญหาสังคมว่ามีปัญหาสุขภาพหรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

อะไรบางอย่างที่เป็นปัญหาสำคัญของสังคม หรือกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยอาศัยข้อมูลที่มีอยู่แล้ว ทางวิทยาการระบาด หรือข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมเพิ่มขึ้นใหม่โดยวิธีการต่าง ๆ และวิเคราะห์ตามหลักการทางด้านวิทยาการระบาด ข้อมูลทางด้านวิทยาการระบาดจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรค และภาวะสุขภาพ ความชุกชุมของโรคหรือการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ การกระจายของการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ (วิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคล สถานที่ และเวลา) ตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและการกระจายในลักษณะที่เป็นอยู่ (วิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคลสิ่งทำให้เกิดโรคและสภาพแวดล้อม) การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจะช่วยให้จัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อประโยชน์ในการวางแผนดำเนินงาน และการกำหนดวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสม (สมคิด ทิมสาด, 2548)

ในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพนั้น ถ้าหากว่ามีปัญหาสุขภาพหลายปัญหาก็จำเป็นจะต้องจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพได้มีหลักเกณฑ์และแนวการพิจารณา ดังนี้ (สมคิด ทิมสาด, 2548)

1. พิจารณาว่าปัญหาใดบ้างที่มีผลกระทบต่อประชากรหรือสังคมมากที่สุด ในแง่ของการสูญเสียชีวิต การสูญเสียจากการหยุดทำงาน ค่าใช้จ่ายในการพักผ่อน ความพิการที่เกิดขึ้น ทั้งชั่วคราวและถาวร ปัญหาความยุ่งยากภายในครอบครัวและค่าใช้จ่ายที่ชุมชนหรือหน่วยงานต่าง ๆ จะต้องใช้ในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น
2. ปัญหาใดบ้างที่เป็นอันตรายต่อกลุ่มประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเป็นพิเศษ เช่น เด็ก หรือแม่
3. ปัญหาใดที่มีเทคโนโลยีในการแก้ไขปัญหาแล้ว และมีหน่วยงานต่าง ๆ รับผิดชอบ และสามารถดำเนินการแก้ไขได้
4. ปัญหาใดทั้งที่ยังไม่มีหน่วยงานใดดำเนินการแก้ไขและมีความจำเป็น หรือเหตุผลอะไรที่ไม่ได้รับการดำเนินการแก้ไข
5. ปัญหาใดบ้างเป็นที่สนใจของหน่วยงานที่จะดำเนินการแล้วส่งผลให้เห็นได้อย่างชัดเจนในแง่ของการทำให้สุขภาพดีขึ้น มีผลต่อเศรษฐกิจ หรือผลประโยชน์ของชุมชนโดยตรง
6. มีปัญหาใดบ้างที่จัดว่าเป็นปัญหาสำคัญของภูมิภาคและประเทศที่กำลังได้รับการดำเนินการแก้ไขปัญหาอยู่ในปัจจุบัน

สรุปได้ว่าการวินิจฉัยทางวิทยาการระบาด หรือการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ เป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพ และปัญหาสังคมนั่นเอง บุคลากรสาธารณสุขส่วนมากมักไม่ได้เกี่ยวข้องกับหรือดำเนินการแก้ไขปัญหาสังคมโดยตรง



310782078

แต่จะวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพแต่ละปัญหากับปัญหาสังคมและคุณภาพชีวิต การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพอย่างละเอียดจะเป็นพื้นฐานสำหรับการวิเคราะห์พฤติกรรมของกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE ในลำดับต่อไป (สมคิด ทิมสาด, 2548)

ขั้นตอนที่ 3 การวินิจฉัยทางพฤติกรรม (Behavioral Diagnosis) จากปัจจัยปัญหาด้านสุขภาพอนามัยที่ได้ในขั้นตอนที่ 1-2 จะนำมาวิเคราะห์ต่อเพื่อหาสาเหตุที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลและสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น สาเหตุจากพันธุกรรมหรือสภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น โดยกระบวนการสุขศึกษา จะให้ความสนใจประเด็นที่เป็นสาเหตุอันเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคลเป็นสำคัญ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

อย่างไรก็ตาม แม้การวินิจฉัยพฤติกรรมในขั้นตอนนี้จะมุ่งเน้นไปที่พฤติกรรม แต่ก็ควรจะได้พิจารณาถึงสาเหตุต่าง ๆ ที่ไม่ได้เป็นพฤติกรรมควบคู่กันไปด้วย การวิเคราะห์พฤติกรรมที่สำคัญมี 5 ขั้นตอนด้วยกัน ดังนี้

1. จำแนกปัญหาสุขภาพระหว่างปัญหาที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมและปัญหาที่มีได้มีสาเหตุมาจากพฤติกรรม
2. สสำรวจพฤติกรรมหลังจากที่ได้จำแนกปัญหาสุขภาพทั้ง 2 ประเภทออกจากรันแล้ว โดยการวิเคราะห์ในแต่ละปัญหาว่ามีพฤติกรรมอะไรบ้าง ทั้งที่เป็นปัจจัยของปัญหา
3. จัดลำดับความสำคัญของพฤติกรรม โดยวิเคราะห์จากพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยของปัญหาว่าพฤติกรรมใดมีความสำคัญมากหรือน้อยกว่ากันอย่างไรบ้าง กล่าวคือพฤติกรรมหรือการกระทำต่าง ๆ นั้นมีผลต่อการทำให้เกิดปัญหาต่างกันอย่างใดเพียงใด
4. จัดลำดับพฤติกรรมตามสภาพของการเปลี่ยนแปลง โดยการวิเคราะห์ดูว่าพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ได้จัดลำดับความสำคัญไว้แล้วนั้น สามารถจะเปลี่ยนแปลงได้ง่ายหรือยากเพียงใด และโดยวิธีการอย่างไร
5. เลือกพฤติกรรมเป้าหมาย โดยพิจารณาจากรายการพฤติกรรมที่ได้จัดจำแนกตามความสำคัญและความสามารถในการเปลี่ยน โดยให้ความสำคัญกับพฤติกรรมที่มีความสำคัญและสามารถจะเปลี่ยนแปลงได้มากที่สุดเป็นเป้าหมายหลักของการดำเนินงานเป้าหมายรองลงไป ได้แก่ พฤติกรรมที่มีความสำคัญ แต่เปลี่ยนแปลงได้ยาก และพฤติกรรมที่มีความสำคัญในลำดับรองลงไปแต่เปลี่ยนแปลงได้ง่ายตามลำดับ (สมคิด ทิมสาด, 2548)

ขั้นตอนที่ 4 การวินิจฉัยทางการศึกษา (Educational Diagnosis) เป็นการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพ หรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในกระบวนการสุขศึกษาที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

แต่เป็นจุดอ่อนของงานสุขศึกษาที่ผ่านมาทั้งในอดีตและปัจจุบันตามหลักพฤติกรรมศาสตร์นั้น พฤติกรรมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้จะต้องมีปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ สามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ลักษณะด้วยกัน คือ (สมคิด ทิมสาด, 2548)

1. ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) เป็นปัจจัยที่ช่วยในการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นในตัวบุคคล ปัจจัยนำนี้เป็นปัจจัยในตัวบุคคลได้รวมเอาสภาพการณ์ของแต่ละบุคคลในด้านความรู้ เจตคติความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ทางสุขภาพที่สัมพันธ์กันกับแรงจูงใจภายในหรือกลุ่มคนที่จะนำไปสู่การกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ปัจจัยประเภทนี้เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งส่วนใหญ่แล้วมักจะได้รับจากการให้ความรู้ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการสร้างค่านิยมที่บุคคลได้รับทั้งในทางตรงและทางอ้อม หรือจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง ปัจจัยดังกล่าวนี้อาจจะช่วยเหลือขัดขวางยับยั้งการเกิดหรือการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมก็ได้แล้วแต่ระดับและทิศทางของปัจจัย (สมคิด ทิมสาด, 2548)

โดยทั่วไปแล้วการเพิ่มความรู้ไม่จำเป็นจะต้องทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไปเพียงแต่พบว่าความรู้และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กันเท่านั้น แม้ว่าความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการปฏิบัติด้านสุขภาพของบุคคล และต้องอาศัยปัจจัยอื่น ๆ อีกมากที่มีอิทธิพลมากพอต่อการเกิดแรงจูงใจของบุคคลที่จะใช้ความรู้ที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจประพฤติปฏิบัติ หรือกระทำการต่าง ๆ ได้กล่าวโดยสรุปก็คือความรู้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแต่ความรู้อย่างเดียวยังไม่เป็นการเพียงพอสำหรับที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (สมคิด ทิมสาด, 2548)

ค่านิยมด้านสุขภาพและค่านิยมในด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หรือมีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลเป็นส่วนสำคัญของพฤติกรรมในบุคคลใดก็ตาม ถ้าค่านิยมต่าง ๆ สอดคล้องกันก็จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสูง แต่ถ้ามีการขัดแย้งกันของค่านิยมต่าง ๆ ก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมต่ำ ดังนั้นในการดำเนินงานสุขศึกษาจึงจำเป็นต้องพิจารณาหากวิธีที่เหมาะสมที่จะสร้างค่านิยมทางสุขภาพหรือลดความขัดแย้งกันระหว่างค่านิยมทางสุขภาพกับค่านิยมในด้านอื่น ๆ ให้มากที่สุด (สมคิด ทิมสาด, 2548)

ทัศนคติหรือเจตคติ หมายถึง แนวโน้มของจิตใจความรู้สึกที่คงที่ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง บุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์และความเชื่อที่สะสมกันมา และผ่านการประเมินคุณค่าในลักษณะของดีหรือไม่ดีโดยบุคคลนั้น ๆ แล้วทัศนคติทางสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในลักษณะของความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมีการประเมินคุณค่าในเรื่องนั้น ๆ ด้วย ถ้าทัศนคติของ

บุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดเป็นไปในทิศทางใดพฤติกรรมหรือการกระทำจะเป็นไปในทิศทางนั้น (สมคิด ทิมสาด, 2548)

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ และสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับราคา ระยะเวลา ความเป็นต้น นอกจากนั้นที่สำคัญก็คือ การหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ปัจจัยเอื้อเป็นสิ่งช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้ง่ายขึ้น เป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดไม่ให้เกิดพฤติกรรม พฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการสนับสนุนด้านต่าง ๆ (ไม่ใช่ปัจจัยด้านบุคคล) ดังต่อไปนี้ คือ (สมคิด ทิมสาด, 2548)

ทักษะในการกระทำนั้น ๆ ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการแสดงพฤติกรรมที่ต้องการการที่บุคคลจะเกิดการเรียนรู้ในการกระทำต่าง ๆ ต้องอาศัยประสบการณ์และมีทักษะทางสุขภาพที่มากอยู่เพียงพอที่จะเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ขึ้นได้ (สมคิด ทิมสาด, 2548)

แหล่งทรัพยากร มีบริการ อุปกรณ์ ตลอดจนสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นส่วนประกอบของพฤติกรรมอยู่อย่างเพียงพอ หาได้ง่าย (สมคิด ทิมสาด, 2548)

ความสามารถเข้าถึงบริการหรือทรัพยากร เช่น ค่าใช้จ่าย การเดินทาง ระยะเวลาการเสียเวลา การยอมรับ (สมคิด ทิมสาด, 2548)

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) เป็นการเสริมหรือแรงกระตุ้นให้กระทำเป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากคนหรือบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้นในเรื่องการยอมรับหรือไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น (สมคิด ทิมสาด, 2548)

สถานศึกษา ได้แก่ เพื่อน นักเรียน ครู บุคลากรอื่นในโรงเรียน พ่อ แม่ ผู้ปกครอง ฯลฯ

ชุมชน ได้แก่ เพื่อนบ้าน บุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข กลุ่มอ้างอิง

สถานพยาบาล ได้แก่ เพื่อน ผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล บุคลากรอื่น

ปัจจัยส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการกระตุ้นเตือน การยกย่องชมเชย การให้กำลังใจ การเอาเป็นแบบอย่าง การตำหนิติเตียน การลงโทษ เป็นต้น ด้วยเหตุนี้การวางแผนการดำเนินงานจึงต้องพิจารณาวิเคราะห์และใช้กลวิธีการสร้างหรือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงปัจจัยเสริมให้เกิดแรงจูงใจของบุคคลให้เกิดการกระทำหรือเกิดพฤติกรรมเป็นอย่างมาก

ขั้นตอนที่ 5 การวิเคราะห์เลือกกลวิธีการทางการศึกษา เมื่อได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ของกระบวนการสุขภาพก็จะทราบได้ว่า จะต้องมียุทธศาสตร์ต่าง ๆ อะไรบ้าง มากน้อยแค่ไหนและในลักษณะใดจึงจะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพได้พร้อมกัน ทั้งนี้ก็ทำการวิเคราะห์

ถึงแนวทางและกระบวนการที่จะใช้ในการสร้างปัจจัยหรือเปลี่ยนแปลงปัจจัยตามกระบวนการดำเนินงานสุขศึกษา เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงปัจจัยแต่ละอย่างต้องใช้กลวิธีที่แตกต่างกันออกไป และบางกรณีอาจจำเป็นต้องใช้กลวิธีในรูปแบบต่าง ๆ ผสมผสานกัน ดังนั้นการเลือกกลวิธีทางการสุขศึกษาที่ดีและเหมาะสมที่จำเป็นตามแนวคิดการดำเนินงานสุขศึกษาดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่าขอบเขตสุขศึกษามีใช้เพียงแต่การให้หรือการเผยแพร่ความรู้เท่านั้น แต่เป็นกระบวนการที่ครอบคลุมไปถึงการสร้างปัจจัย การสนับสนุนและการพัฒนาปัจจัยเสริมด้วย จึงมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วยตามกระบวนการสุขศึกษาได้อย่างแท้จริง (สมคิด ทิมสาด, 2548)

ขั้นตอนที่ 6 การวินิจฉัยทางการบริหาร (Administrative Diagnosis) ในขั้นตอนนี้เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินถึงปัจจัยด้านการบริหารจัดการที่จะมีผลต่อการดำเนินโครงการที่ได้วางแผนไว้ โดยปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลทั้งในด้านบวก คือ ทำให้โครงการประสบความสำเร็จบรรลุเป้าหมายหรือมีผลตรงข้าม คือ กลายเป็นข้อจำกัดของโครงการ ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่งบประมาณ ระยะเวลา ความสามารถของผู้ดำเนินการ ตลอดจนทรัพยากรอื่น ๆ ในองค์กร ดังนั้นในการวางแผนเพื่อดำเนินสุขศึกษาใด ๆ จะต้องให้ความสำคัญกับขั้นตอนนี้ไม่น้อยไปกว่าขั้นตอนอื่น ๆ และจะต้องมีการวิเคราะห์และพิจารณาให้ครอบคลุมทุกด้านเหมือนกับการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรม (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผลการดำเนินงาน (Evaluation) การประเมินผลการดำเนินงานเป็นกระบวนการ ซึ่งแทรกอยู่ตามระยะต่าง ๆ ในกรอบแนวคิด PRECEDE FRAMEWORK และเป็นขั้นตอนของการดำเนินงานที่มีการผสมผสานอยู่ในการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มวางแผนโดยกำหนดเป็นวัตถุประสงค์ของการประเมินในแต่ละขั้นตอนไว้ตั้งแต่แรกและต่อเนื่อง นั่นคือการประเมินผลการดำเนินงานของกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE FRAMEWORK เป็นการประเมินผลทุกระยะ (สมคิด ทิมสาด, 2548)

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพมีสาเหตุมาจากปัจจัยต่าง ๆ หลายปัจจัยรวมกัน มิใช่เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดยเฉพาะเท่านั้น ดังนั้นการดำเนินงานเพื่อที่จะให้มีผลต่อพฤติกรรมอย่างแท้จริงต้องอาศัยกระบวนการและวิธีการต่าง ๆ ร่วมกัน ซึ่งในกระบวนการของกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE FRAMEWORK ได้ผสมผสานวิทยาการในสาขาต่าง ๆ รวม 2 สาขาอย่างเหมาะสม คือ สาขาวิทยาการระบาดทางสังคมหรือพฤติกรรมศาสตร์ทางการบริหาร และทางการศึกษาในการนำไปใช้ ผู้ใช้จำเป็นจะต้องมีพื้นฐานความรู้ในวิทยาการสาขาต่าง ๆ เป็นอย่างดี (สมคิด ทิมสาด, 2548)

การนำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE FRAMEWORK มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพนั้นสามารถประยุกต์ ขั้นตอนที่ 3, 4 และ 5 มาใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการกระทำพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อนำไปวางแผนในการจัดกิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมให้กับกลุ่มเป้าหมายตาม

1. ปัจจัยนำ หรือปัจจัยหลักภายในตัวบุคคล เช่น ความรู้ ความเชื่อ การรับรู้ ค่านิยมทัศนคติของบุคคล เป็นต้น

2. ปัจจัยเอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรม เช่น ทักษะทรัพยากรหรือเครื่องมือสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ที่จะเอื้อให้เกิดหรือไม่เกิดพฤติกรรม ตลอดจนความยากง่ายของการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพต่าง ๆ เป็นต้น

3. ปัจจัยส่งเสริม ได้แก่ ความคิดเห็นของบุคคล หรือกลุ่มบุคคลที่มีต่อโรคหรือสภาพปัญหานั้น ๆ ว่ามีความคิดเห็นในเชิงสนับสนุนหรือขัดแย้งต่อการปฏิบัติให้เกิดหรือไม่เกิดพฤติกรรม รวมถึงกฎหมายระเบียบข้อบังคับ ขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ ในสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่มีส่วนส่งเสริมให้เกิดหรือไม่เกิดพฤติกรรมของบุคคลหรือไม่

เมื่อพบสาเหตุของปัจจัยทางด้านสุขภาพหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาแล้วให้กำหนดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อที่จะนำไปใช้ในการดำเนินการวางแผนสุขภาพในการจัดกิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมให้แก่กลุ่มเป้าหมาย โดยนำกลวิธีทางสุขศึกษามาดำเนินการให้สอดคล้องกับปัญหาพฤติกรรมที่กลุ่มเป้าหมายขาดหรือประสออยู่ตามปัจจัยที่พบ 3 ปัจจัย (สมคิด ทิมสาด, 2548)

ข้อดีและข้อจำกัดกรอบแนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE

ข้อดี

1. กระบวนการตามขั้นตอนทั้ง 7 เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยแบบย้อนกลับทำให้มองเห็นจุดเริ่มต้นขั้นตอนต่าง ๆ ตลอดจนความสัมพันธ์ในแต่ละขั้นตอน ซึ่งจะเป็นแนวทางการวิเคราะห์อย่างมีระบบตามขั้นตอน

2. เป็นกรอบแนวคิดที่ผสมผสานความรู้สาขาต่าง ๆ (Integrated Development) ซึ่งแนวคิดดังกล่าวสามารถนำไปใช้การแก้ปัญหาพฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุจากหลายปัจจัย (Multiple Factors) ดังนั้นในการดำเนินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจำเป็นต้องมีการดำเนินการในหลาย ๆ ด้านประกอบกัน

3. การวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมที่จำแนกออกเป็นปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม

3.1 ทำให้สามารถวิเคราะห์เหตุของพฤติกรรมได้ครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในและภายนอกบุคคล การกำหนดกลวิธีในการแก้ไขจึงสามารถกำหนดได้ครอบคลุมปัจจัยสาเหตุทั้งหมด มิใช่เป็นเพียงการเน้นการให้ความรู้ เพื่อแก้ไขเฉพาะปัจจัยนำที่นิยม ทำกันในอดีต แต่ได้ให้ความสนใจในการฝึกทักษะ การจัดสภาพแวดล้อม และทรัพยากรที่เอื้อต่อการปฏิบัติ รวมทั้งจัดให้มีปัจจัยเสริมที่สนับสนุน และกระตุ้นให้บุคคลเกิดการปฏิบัตินั้น ๆ อย่างต่อเนื่อง

3.2 ปัจจัยเอื้อ กรอบแนวคิด PRECEDE FRAMEWORK ได้ครอบคลุมการสนับสนุนด้านต่าง ๆ ทั้งทางทักษะ แหล่งทรัพยากรและความสามารถเข้าถึง แต่ในแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพจะเน้นเฉพาะการรับรู้ต่ออุปสรรคเป็นสำคัญ

3.3 ปัจจัยเสริมในกรอบแนวคิด PRECEDE ช่วยในการอธิบายพฤติกรรม การเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีข้อจำกัดในการทำนายพฤติกรรม

ข้อจำกัด

1. เป็นกรอบแนวคิดประเภท Diagnosis Model สำหรับวิเคราะห์หาสาเหตุไม่ใช่รูปแบบของ Intervention Model ไม่ได้บอกวิธีการแก้ปัญหา จะต้องดำเนินการวางแผนตามข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ได้
2. เป็นกรอบแนวคิดสำหรับการวิเคราะห์หาสาเหตุปัญหาสุขภาพ โดยจำกัดเฉพาะสาเหตุทางพฤติกรรมเท่านั้น
3. จำนวนตัวแปรในการวิเคราะห์มาก เป็นปัญหาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งต้องใช้คำถามมากเกินไปทำให้ผู้ตอบไม่ให้ความร่วมมือ (สมคิด ทิมสาด, 2548)

ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะของบุคคล และประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) การคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม (Behavioral specific cognitions and affect) และพฤติกรรมที่ได้ (Behavioral Outcome) การรู้ตัวแปรที่เป็นปัจจัยต่อการเกิดพฤติกรรมจะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบกิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม จากทฤษฎีนี้แสดงให้เห็นว่าแต่ละบุคคลมีลักษณะและความเฉพาะของปัจจัยที่จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

1. แนวคิดหลักและคำจำกัดความ (Major concepts and definition)

1.1 การเห็นความสำคัญของสุขภาพ (Importance of health) คือ การที่บุคคลมองว่าสุขภาพคือสิ่งที่มีคุณค่าที่ควรแสวงหา

1.2 รับรู้ว่าคุณภาพสามารถควบคุมได้ (Perceived control of health) บุคคลรับรู้และเชื่อว่าสามารถเปลี่ยนแปลงสุขภาพได้ตามต้องการ

1.3 รับรู้ความสามารถของตน (Perceive self-efficacy) บุคคลมีความเชื่ออย่างมากว่าพฤติกรรมสามารถเกิดได้ตามที่บุคคลกำหนด

1.4 คำจำกัดความของสุขภาพมีตั้งแต่การไม่มีโรคจนถึงสุขภาพสูงสุดทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

1.5 การรับรู้สภาวะสุขภาพ (Perceived health status) สภาวะที่รู้สึกดีหรือรู้สึกป่วยสามารถแยกได้จากพฤติกรรมสุขภาพ

1.6 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม (Perceived benefits of behaviors) บุคคลจะมีความโน้มเอียงสูงที่จะเริ่มหรือทำต่อเนื่องในพฤติกรรมนั้น ๆ ถ้ารับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพ

1.7 การรับรู้ถึงอุปสรรคของพฤติกรรม (Perceived barriers to health promoting behaviors) ถ้าบุคคลรับรู้ว่าพฤติกรรมนั้นยากลำบากจะทำให้มีความตั้งใจลดลงในการปฏิบัติตาม

สำหรับองค์ประกอบอื่น เช่น อายุ เพศสภาพ การศึกษา รายได้ น้ำหนัก แบบแผนสุขภาพของครอบครัว การคาดการณ์ เป็นเพียงผลโดยอ้อมในกระบวนการคิด และปี ค.ศ. 1996 Health Promotion Model ได้ปรับปรุงใหม่ และมีกรอบแนวคิดเพิ่มดังนี้

1. พฤติกรรมเดิม (Prior related behavior) คือ พฤติกรรมที่เป็นองค์ประกอบที่มีผลโดยตรงและโดยอ้อม และมีความเชื่อมโยงกับการรับรู้ถึงความสามารถของตนพฤติกรรมในอนาคตจะได้รับอิทธิพลจากความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการกระทำที่คล้ายคลึงในอดีต

2. กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผล (Activity-related affect) ความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบในพฤติกรรมบางอย่างมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและมีอิทธิพลโดยอ้อมถึงการรับรู้ในความสามารถของตน

3. การยึดมั่นต่อแผนปฏิบัติ (Commitment to a plan of action) รวมถึงแนวคิดที่ตั้งใจเป็นแผนกลยุทธ์ที่เป็นเหตุนำมาซึ่งความตั้งใจที่จะเป็นแผนในการปฏิบัติซึ่งเกิดขึ้นเองหรือบุคคลอื่นมีส่วนรับรู้

4. ความต้องการ ความชอบที่เกิดขึ้นแทรกทันที (Immediate competing demands and preferences) ในการที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติ ความต้องการที่จะปฏิบัติอาจไม่สำเร็จเพราะไม่สามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อมได้ ความชอบเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการเลือกปฏิบัติ เช่น บางครั้งตั้งใจจะไปออกกำลังกาย แต่กลับแวะเดินเที่ยวซื้อของในศูนย์การค้า เป็นต้น



จากแนวคิดหลักของทฤษฎีจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้นั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องซับซ้อนหลากหลายปัจจัยที่จะต้องประเมิน ดังนั้นเพื่อความชัดเจนจึงขออธิบายรายละเอียดแนวคิดต่าง ๆ ตามแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

คำอธิบายรายละเอียดทฤษฎี

1. **คุณลักษณะของบุคคล และประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences)** เป็นส่วนที่ต้องให้ความสำคัญและประเมินในเบื้องต้น เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่จะนำมาสู่การออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมี 2 ส่วน ดังนี้

1.1 **พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (Prior related behavior)** พฤติกรรมเดิมเป็นผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผลโดยตรงจากพฤติกรรมสุขภาพเดิมทำให้เกิดเป็นลักษณะนิสัยจนทำเป็นอัตโนมัติ และเพิ่มพูนการกระทำซ้ำ ๆ กลายเป็นพฤติกรรมถาวร อธิบายเช่นเดียวกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม พฤติกรรมเดิมมีผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านการรับรู้ถึงความสามารถของตน ประโยชน์อุปสรรค และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผล Bandura ได้ บอกว่าการปฏิบัติจริงและการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นส่วนสำคัญของทักษะหรือความสามารถสิ่งใดที่เคยเรียนรู้ว่ามีอุปสรรค จะเกิดความต้องการที่จะเอาชนะ พฤติกรรมจะเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึก เมื่อมีเหตุการณ์ที่ซ้ำเดิมบุคคลจะดึงประสบการณ์มาใช้พยายามมีส่วนช่วยเสริมให้บุคคลมองเห็นประโยชน์ของพฤติกรรมสอนให้รู้ถึงวิธีการเอาชนะความยากลำบาก

1.2 **ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors)** ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการคาดหมายพฤติกรรม มีการจัดกลุ่มดังนี้ชีววิทยา สังคม วัฒนธรรม จิตวิทยา ด้านชีววิทยา ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะรูปร่าง สภาวะวัยรุ่น วัยหมดประจำเดือน ความแข็งแรง ความสามารถออกกำลังกาย ด้านจิตวิทยาประกอบด้วย แรงจูงใจความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้สภาวะสุขภาพ การให้คำจำกัดความของสุขภาพ ด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ ตัวแปรด้านเชื้อชาติ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามลักษณะบางอย่างของบุคคลเปลี่ยนไม่ได้ ดังนั้นจึงไม่ได้นำมาเป็นส่วนที่จะกระทำเพื่อเพิ่มพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. **การรับรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม (Behavioral specific cognitions and affect)** เป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องค้นหาและพัฒนาให้เป็นแรงเสริมต่อการเกิดความมุ่งมั่นในการกระทำปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.1 **การรับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำ (Perceived benefits of action)** การรับรู้ถึงประโยชน์ทำให้เกิดพฤติกรรม ทั้งในด้าน intrinsic และ extrinsic เช่น ด้าน intrinsic

ได้แก่ เพิ่มความตื่นตัว ลดความรู้สึกอ่อนล้าด้าน extrinsic ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้เกิดแรงจูงใจที่สำคัญขณะที่ intrinsic ทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

2.2 การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (Perceived barriers to action)

การรับรู้ถึงอุปสรรคซึ่งรวมทั้งจินตนาการ หรือความจริง เช่น หาได้ยาก ไม่สะดวกใช้ แพง ทำยากหรือใช้เวลามากอุปสรรคดังกล่าวมองเป็นตัวกั้นเป็นเครื่องกีดขวาง เช่น การสูบบุหรี่ การกินอาหารที่มีไขมันสูง

2.3 การรับรู้ความสามารถของตน (Perceived Self-Efficacy) แบนดูรา

ให้คำจำกัดความ Self-efficacy ว่าเป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลในการจัดการให้สำเร็จ การที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีทักษะ และสามารถจัดการได้จะทำให้มีความต้องการปฏิบัติ ซึ่งตัดสินอยู่บนฐานของข้อมูล 4 ประการ

2.3.1 การที่จะบรรลุสู่พฤติกรรมเกี่ยวข้องกับมาตรฐานของตนเอง หรือการประเมินจากบุคคลอื่น

2.3.2 การมีประสบการณ์จากการสังเกต การปฏิบัติของบุคคลอื่น และการประเมินตนเองและได้รับข้อมูลย้อนกลับ

2.3.3 การได้รับคำพูดสนับสนุนว่าสามารถทำได้

2.3.4 สภาวะร่างกาย เช่น ความวิตกกังวล กลัว รุ่มง่าม ความสงบ

2.4 กิจกรรมและความเกี่ยวเนื่องผลที่ได้ (Activity-related affect) สภาวะ

ความรู้สึกก่อน ระหว่าง หรือภายหลัง กิจกรรม ขึ้นกับคุณสมบัติสิ่งที่มากระตุ้นความรู้สึก อาจมากหรือน้อย อยู่ที่ระดับความรู้ ความทรงจำ และเกี่ยวกับความคิด พฤติกรรม ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ คือ สิ่งเร้า การปฏิบัติ และสิ่งแวดล้อมมีงานวิจัยที่พบว่า ถ้ามีความรู้สึกสนุก ร่าเริง มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติ แต่ถ้ารู้สึกไม่น่ายินดี มีความรู้สึกอึดอัด ก็จะไม่ปฏิบัติ แต่อย่างไรก็ตามในงานวิจัยพบว่า ทั้ง 2 ความรู้สึกอาจทำให้เกิดพฤติกรรมได้ โดยสัมพันธ์กับความสมดุลระหว่าง 2 ความรู้สึกก่อนระหว่างและหลังการปฏิบัติ

2.5 อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal influences)

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นอิทธิพลสำคัญ ซึ่งครอบคลุม เพื่อน และผู้ให้บริการทางด้านสาธารณสุขคือแหล่งแรกของอิทธิพลดังกล่าว การสนับสนุนทางสังคม แบบสำหรับปฏิบัติและบรรทัดฐานของสังคม (การคาดหวังของคนอื่น) จะทำให้บุคคลตัดสินใจว่าจะปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ หรือไม่

2.6 อิทธิพลของสถานการณ์ (Situational influences) การรับรู้บริบทของ

สถานการณ์ รวมถึงการรับรู้ว่ามีสิ่งกีดขวางต่อการปฏิบัติจากงานของ Kaplan และ Kaplan

ที่พยายามรักษาสภาพธรรมชาติสิ่งแวดล้อม มาจากการตระหนักว่าสิ่งแวดล้อมมีผลต่อสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้สึกเป็นหนึ่งในเดียวกับสถานการณ์ไม่รู้สึกแปลกแยกความรู้สึก มั่นใจปลอดภัย สภาพแวดล้อมที่น่าสนใจ จะทำให้เกิดพฤติกรรมยกตัวอย่าง เช่น สิ่งแวดล้อม ไม่สูบบุหรี่จะส่งผลให้บุคคลไม่สูบบุหรี่

3. ผลลัพธ์ของพฤติกรรม (Behavioral Outcome) เป็นผลจากความเกี่ยวเนื่อง จาก 2 ส่วน คือ คุณลักษณะของบุคคล และประสบการณ์ของบุคคลการรับรู้และอารมณ์ ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม โดยจะทำให้เกิดความมุ่งมั่น และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเกี่ยวข้องกับความต้องการ ความชอบของบุคคลดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ความยึดมั่นต่อแผนปฏิบัติ ประกอบด้วย

3.1.1 การยึดมั่นที่จะดำเนินการกระทำเฉพาะในเวลา สถานที่ และบุคคล

3.1.2 แยกแยะกลยุทธ์ในการที่จะปฏิบัติ การปฏิบัติบนข้อตกลง ด้วยความเข้าใจ มีรางวัลที่เห็นชัดเจนกลยุทธ์ในการปฏิบัติสามารถเลือกได้โดยปฏิบัติตามความชอบหรือ ตามที่บุคคลนั้นถนัดหรือปฏิบัติได้ง่าย การยอมรับที่จะทำแต่ไม่มีกลยุทธ์สนับสนุน ส่วนมาก มักจะล้มเหลวในการสร้างพฤติกรรม

3.2 ความต้องการความชอบที่เกิดขึ้นขณะนั้น (Immediate Competing Demands and Preferences) การที่จะเลือกพฤติกรรมใดปฏิบัติ มี 2 ประเด็น คือ Competing demands หมายถึง ประเด็นที่ 1 บุคคลสามารถเอาชนะได้บ้าง เช่น จากสภาพแวดล้อม เช่น ในงานครอบครัวล้มเหลวที่จะตอบสนองความต้องการมีผลต่อตนเองและผู้อื่น ประเด็นที่ 2 Competing preferences หมายถึง บุคคลมีพลังอำนาจในการที่จะควบคุมเล็กน้อย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถ การจัดการ เช่น ความชอบในการที่จะกินอาหารไขมันสูง แทนที่จะเลือกไขมันต่ำ ต้องการพลังและความสามารถในการจัดการสูง แต่ละบุคคล มีความแตกต่างในความสามารถที่จะดำรงไว้ หรือหลีกเลี่ยงบุคคลบางคนอาจจะสามารถ โน้มน้าวง่าย การที่จะต่อสู้กับความชอบต้องการการจัดการที่ดีและมีความสามารถในการควบคุม

4 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behavior) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นเป้าหมายที่ต้องการได้รับสูงสุด โดยบูรณาการเป็นวิถีสุขภาพในการดำรงอยู่ ผลคือทำให้เกิดสุขภาพที่ดีในแต่ละแนวคิดมีความเชื่อมโยงกัน ดังนั้นการนำมาประยุกต์ใช้ ตามกระบวนการพยาบาลจะเริ่มด้วยการประเมินเพื่อระบุปัญหา ปัจจัยที่เอื้อต่อการออกแบบ กิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพต่อไป และการจะใช้ทฤษฎีใดนั้นความเข้าใจเกี่ยวกับข้อตกลง เบื้องต้นของทฤษฎี และข้อความที่เป็นจริงของทฤษฎี เพื่อนำมาเป็นหลักคิดในการออกแบบ กิจกรรมการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎี (Assumptions of Health Promotion Model)

เป็นความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของทฤษฎี

1. บุคคลจะสร้างเงื่อนไขของการดำรงอยู่ ซึ่งสามารถแสดงศักยภาพสูงสุดของสุขภาพของมนุษย์ นั่นคือมนุษย์ทุกคนมีเป้าหมายสุขภาพที่ดี
2. บุคคลมีความสามารถสะท้อนการตระหนักรู้และการประเมินความสามารถของตน นั่นคือบุคคลสามารถทำความเข้าใจจุดอ่อนจุดแข็งเกี่ยวกับความสามารถของตน
3. บุคคลมองคุณค่าของการเติบโตในทางบวกและพยายามที่จะไปให้ถึงเป้าหมาย คือความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงและความคงที่ นั่นคือบุคคลจะพยายามรักษาสมดุลของตนกับการเปลี่ยนแปลงของบริบทและสิ่งที่เป็นตัวแปรทั้งหลาย
4. บุคคลหาวิธีการที่จะทำให้พฤติกรรมดำเนินไปอย่างดี นั่นคือเชื่อว่าบุคคลต้องการหาวิธีการนำพาตนเองให้มีสุขภาพที่ดี
5. บุคคลมีความซับซ้อนในลักษณะร่างกาย อารมณ์ สังคม ซับซ้อนในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสิ่งแวดล้อม และมีการปรับตัวตลอดเวลา นั่นคือ บุคคลจะมีตัวแปรทั้งภายในและภายนอกตน ต่อการที่จะเกิดพฤติกรรมใด ๆ
6. บุคลากรทางสุขภาพเป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อบุคคลทุกช่วงชีวิต นั่นคือ พยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพเป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญต่อการเกิดพฤติกรรม
7. การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อตนเองระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม คือความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นั่นคือ การจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้นต้องเป็นการริเริ่มตั้งต้นโดยตัวบุคคลนั้น ๆ

ข้อความที่เป็นจริงของทฤษฎี (Propositions of Health Promotion Model)

เป็นข้อความที่เป็นจริงผ่านการพิสูจน์สามารถนำมาเป็นหลักคิดในการออกแบบกิจกรรมกระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ข้อความทฤษฎีนำมาซึ่งฐานคิดของการทำงานในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพมีดังนี้

1. พฤติกรรมก่อนหน้านี้อยู่ และยังคงอยู่มีผลทำให้เกิดคุณลักษณะที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อความรู้สึก และการกระทำของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นจากความจริงนี้การค้นหาลักษณะที่บุคคลรับรู้ ฟังพอใจเพื่อนำมาเป็นตัวกระตุ้นให้ต้องการปฏิบัติ

2. ความยึดมั่นของบุคคล สามารถนำมาสู่ความยึดมั่นในการปฏิบัติถือว่าเป็นตัวกลางสำคัญของพฤติกรรม ดังนั้นการค้นหาสิ่งทีบุคคลยึดมั่นเพื่อนำมาเป็นตัวกระตุ้นในการทำให้เกิดพฤติกรรม

3. การรับรู้ถึงความสามารถของตน นำมาซึ่งความสำเร็จในการปฏิบัติโดยเสริมกับความยึดมั่นต่อการปฏิบัติตามความเป็นจริงของพฤติกรรม

4. การรับรู้ถึงความสามารถของตนมาก ทำให้การรับรู้ถึงอุปสรรคลดลง

5. ผลในทางบวกต่อพฤติกรรมทำให้รับรู้ในความสามารถของตนยิ่งขึ้น ทำให้เกิดผลย้อนกลับในทางบวกเพิ่มมากขึ้น

6. เมื่ออารมณ์ในทางบวกหรือความรู้สึกในทางบวกเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความน่าจะเป็นต่อความยึดมั่นและกระทำจะเพิ่มขึ้น

7. บุคคลชอบที่จะผูกพันและนำมาซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเห็นความสำคัญของรูปแบบพฤติกรรม การคาดการณ์ถึงการเกิดขึ้นของพฤติกรรม และความช่วยเหลือ สนับสนุนต่อพฤติกรรม

8. ครอบครัว กลุ่มเพื่อน และผู้ให้บริการด้านสุขภาพคือแหล่งประโยชน์สำคัญของอิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งมีผลทั้งเพิ่มหรือลดความยึดมั่นต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

9. สถานการณ์ที่มีอิทธิพลในสิ่งแวดล้อมภายนอก สามารถเพิ่มหรือลดความยึดมั่นหรือการเข้าร่วมในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

10. ความยึดมั่นต่อแผนการปฏิบัติที่มากนำมาซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่คงอยู่เป็นเวลานาน

11. ความยึดมั่นต่อการปฏิบัติจะลดลง เมื่อพฤติกรรมที่ต้องการของบุคคลสามารถควบคุมได้ลดลง

12. ความยึดมั่นต่อแผนการปฏิบัติลดลงเมื่อการปฏิบัติอื่นน่าสนใจมากกว่าหรือชอบมากกว่า

13. บุคคลสามารถประยุกต์การเรียนรู้ ความรู้สึก และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และสภาพแวดล้อมทางกายภาพต่อการสร้างสรรค์แรงจูงใจในการปฏิบัติจากข้อความที่เป็นจริงของทฤษฎีจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ต้องแสวงหา เพื่อนำมาเป็นแหล่งประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ คือการประเมินสิ่งทีผู้ป่วยให้ความสำคัญ ชอบตัวบุคคลที่ผู้ป่วยยอมรับหรือให้ความสำคัญ การทำให้เห็นประโยชน์ การรับรู้ต่อสมรรถนะของตน อิทธิพลภายนอกทีจะมีผลต่อพฤติกรรม และการให้กิจกรรมทีส่งเสริมต่อการคิดรูเพื่อสร้างแรงจูงใจ เป็นต้น ทั้งนี้



310782078

การทำความเข้าใจข้อความที่เป็นจริงของทฤษฎี จะทำให้มองเห็นแนวทางการใช้ทฤษฎี เพื่อการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

นิยามสุขภาพของเพนเดอร์ ความเข้าใจต่อการให้นิยามสุขภาพของนักทฤษฎี จะทำให้เข้าใจเป้าหมายชัดเจนมากขึ้นจากนิยามสุขภาพของเพนเดอร์ ที่นิยามว่า “สุขภาพ หมายถึง ความต้องการสูงสุดของมนุษย์ และต้องใช้ความพยายามในการสร้างพฤติกรรม การมีความสามารถดูแลตนเอง และสัมพันธภาพที่น่าพึงพอใจกับบุคคลอื่น ขณะที่มีการปรับตัวเพื่อให้การคงอยู่ของโครงสร้างและความกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์” จะเห็นว่าสุขภาพเป็นสิ่งที่บุคคลต้องสร้างด้วยตนเอง และสิ่งแวดล้อมมีความสำคัญ สัมพันธ์ใกล้ชิดกับการเกิดสุขภาพดี

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ

เพ็ญรุ่ง วรรรณดี และคณะ (2563) ได้ศึกษาสถานการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุ ในชุมชนจังหวัดสุพรรณบุรี และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มพบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 150 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประวัติการล้ม ลักษณะสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน และการทำกิจกรรมและ พฤติกรรมในการใช้ชีวิตประจำวัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ และสถิติไคสแควร์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.0 อายุที่พบมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 60–69 ปี ร้อยละ 55.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 53.7 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 74.7 อุบัติการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 26.0 ผู้หญิงหกล้ม มากกว่าผู้ชาย 5 เท่า โดยมีสาเหตุจากการเดินสะดุด ร้อยละ 66.7 พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนี้ ปัจจัย ทางประชากร ได้แก่ เพศ ($X^2 = 6.050, p = 0.014$) ภาวะทางสุขภาพ ($X^2 = 8.766, p = 0.033$) การได้ยิน ($X^2 = 6.726, p = 0.010$) การทรงตัว ($X^2 = 6.043, p = 0.014$) การเปลี่ยนท่าทางต่าง ๆ ($X^2 = 5.085, p = 0.024$) ปัจจัยทางพฤติกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ ($X^2 = 5.736, p = 0.017$) การเลี้ยงสัตว์เลี้ยง ($X^2 = 4.141, p = 0.042$) กิจกรรม ในชีวิตประจำวัน ($X^2 = 12.116, p = 0.007$) และปัจจัยทางสภาพแวดล้อม ได้แก่ ธรณีประตู หรือพื้นต่างระดับ ($X^2 = 4.796, p = 0.029$) เก้าอี้ของบริเวณบันได ($X^2 = 27.972, p = 0.000$) และพรมเช็ดเท้า ($X^2 = 8.887, p = 0.031$)

สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม และอัมมิษา นาไว้อย์ (2563) ได้ศึกษาความชุกของการหกล้ม ความกลัวการหกล้ม การจำกัดกิจกรรมเนื่องจากกลัวหกล้ม และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ

การหกล้มและความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนเมือง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 142 คน พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 73.90 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 70.69 ปี (S.D. = 7.44) ร้อยละ 32.60 หกล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 76.10 กลัวหกล้ม ผู้สูงอายุ ร้อยละ 58.50 เคยจำกัดการทำกิจกรรมต่าง ๆ เนื่องจากกลัวการหกล้ม โดยปัญหา ในการมองเห็น ความกลัวการหกล้ม และจำนวนยาที่ใช้ในปัจจุบัน สามารถร่วมกันทำนาย การเกิดการหกล้มได้ 73.40% [$\chi^2(4, n = 139) = 14.96, p < .01$] ทั้งนี้มีเพียงหนึ่งปัจจัย คือ ความกลัวการหกล้มที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม ($B = -1.28, p < .01$) และพบว่า เพศหญิงมีประวัติการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีความวิตกกังวล และความสามารถ ในการทำงานของขาสูง สามารถร่วมกันทำนายความกลัวการหกล้มได้ 80.10% [$\chi^2(4, n = 141) = 22.80, p < .01$] โดยตัวแปรเพศหญิง ($B = 1.30, p < .01$) มีประวัติการหกล้ม ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ($B = -1.47, p < .01$) และมีความวิตกกังวล ($B = 1.31, p < .05$) ปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มและความกลัวการหกล้มและนำไปใช้ออกแบบโปรแกรมสำหรับ ป้องกันการหกล้มและลดความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนเมืองได้

ธนภรณ์ พิพัฒน์วณิชชา (2561) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัว การหกล้มของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถ ในการก้าวเดินและการทรงตัวในระดับปานกลางเท่านั้น (ร้อยละ 75.70) และเมื่อวิเคราะห์ ค่าความสัมพันธ์ พบว่า ความสามารถในการก้าวเดินและการทรงตัวมีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับต่ำ ($r_s = -.251, p = .003$) กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีความสามารถ ในการก้าวเดินและการทรงตัวไม่ดี จะมีความกลัวการหกล้มมาก ส่วนผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ที่มีความสามารถในการก้าวเดินและการทรงตัวดี จะกลัวการหกล้มน้อยหรือไม่กลัวการหกล้ม โดยผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถอธิบายได้ว่า ในวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ รวมทั้งระบบประสาท ทำให้ความสามารถในการก้าวเดินและการทรงตัวบกพร่อง

อรษา ภูเจริญ (2561) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลหัวรอ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ไม่พิการและไม่ติดเตียง จำนวน 340 คน ผลการวิจัยพบว่า อัตราการหกล้มในผู้สูงอายุตำบลหัวรอ ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาอยู่ใน ระดับค่อนข้างสูงถึงร้อยละ 86.8 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.9 ที่มีช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี ปัจจัยภายในที่มีความสัมพันธ์ต่อการหกล้มในผู้สูงอายุตำบลหัวรอ ได้แก่ เพศ อายุ

โรคประจำตัว การใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและยารักษาโรคเบาหวาน (p -value < 0.01) การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (p -value < 0.05) ส่วนปัจจัยภายนอกที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ ลักษณะพื้นรอบบ้านขรุขระ ลักษณะพื้นในบ้านที่เรียบ (p -value < 0.01) การจัดสิ่งของในบ้าน (p -value < 0.05)

อัจฉรา สารพันธ์ และคณะ (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองบางศรีเมือง อำเภอเมืองจังหวัดนนทบุรี จำนวน 380 คน โดยสอบถามการรับรู้ที่มีประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการหกล้ม สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติต่อการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้ม และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้ม สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติต่อการป้องกันการหกล้ม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นงนุช วงศ์สว่าง และคณะ (2560) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในชุมชนเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อประเมินคัดกรองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในชุมชนจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 194 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน ได้แก่ แบบแผนการดำเนินชีวิต การหกล้ม สุขภาพกายและสุขภาพจิต และปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายในบ้านและภายนอกบ้าน โดยการสัมภาษณ์ข้อมูลจากผู้สูงอายุ และใช้แบบประเมินความเสี่ยงการหกล้มของผู้สูงอายุ คือ Thai Fall Risk Assessment Tool (Thai FRAT) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มจำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 30.4 ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ปัญหาภาวะโภชนาการทั้งต่ำกว่าเกณฑ์และสูงกว่าเกณฑ์ ปัญหาด้านสุขภาพพบว่า มีปัญหาาระบบกล้ามเนื้อและกระดูกมากที่สุด รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานตามลำดับ ปัญหาเกี่ยวกับสายตา



310782078

UP-Thesis 61351545 Independent study / recv: 04102564 20:30:14 / seq: 17

ปัญหาการเดินทางและการทรงตัวบกพร่อง ส่วนปัจจัยภายนอกบุคคล พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากลักษณะพื้นมากที่สุดคือ พื้นลื่น พื้นขรุขระ พื้นต่างระดับ เป็นต้น

นงนุช วงศ์สว่าง และคณะ (2560) ได้ศึกษาถึงความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านต่อการพลัดตกหกล้ม อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม และความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 113 คน ที่อาศัยอยู่ในตำบลคอนตะโก อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Chi-square test) ผลการวิจัยพบว่า 1) ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านสูงสุด ได้แก่ บริเวณบันไดมีผ้าหรือพรมเช็ดเท้า (ร้อยละ 49.6) รองลงมาคือบริเวณบันไดมีแสงสว่างไม่เพียงพอ (ร้อยละ 46.2) และไฟบริเวณบันไดมีสวิทช์เพียงตัวเดียว (ร้อยละ 41.6) 2) อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มพบว่า ผู้สูงอายุเคยพลัดตกหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 19.5 ผู้สูงอายุที่เคยพลัดตกหกล้มส่วนใหญ่พลัดตกหกล้มภายในตัวบ้าน (ร้อยละ 68.2) และพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านกับการพลัดตกหกล้ม เช่น บริเวณบันไดมีแสงสว่างไม่เพียงพอและบริเวณทางเดินมีสายไฟสายโทรศัพท์หรือสายพ่วงต่อพาดผ่านมีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$)

กนกอร ทองกลิ้ง (2560) ปัจจัยทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงและช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา เพศหญิงมีอัตราการหกล้มมากกว่าเพศชายเพศหญิง ซึ่งเพศหญิงมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อน้อยกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวโรคที่พบมากที่สุด คือโรคความดันโลหิตสูงและมีการรับประทานยาหลากหลายชนิด ซึ่งฤทธิ์ของยาอาจจะส่งผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะ และเกิดการหกล้มได้

สุทธิวรร เขตคาม (2560) ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ จำนวน 312 คน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ การรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ การรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ สิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .79, .89, .86, .70, p < .05$) และการรับรู้ของ

ผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแล ในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมากกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .94, .90, p < .05$) ดังนั้นทีมสุขภาพควรจัดโปรแกรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยให้คำนึงถึงการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลเป็นสำคัญ

กนกวรรณ เมืองศิริ (2559) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยบ้านชั้นเดียวพื้นบ้านติดพื้น มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับสูง (ร้อยละ 18.6) และผู้สูงอายุที่อาศัยบ้านชั้นเดียว มีใต้ถุนสูงและบ้านสองชั้นมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับสูง (ร้อยละ 10.1) เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า ลักษณะบ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสถิติ ($P = 0.040$) และลักษณะส้วมในบ้านของผู้สูงอายุกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีส้วมชักโครกในบ้านมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับสูง (ร้อยละ 17.8) และผู้สูงอายุที่มีส้วมนั่งยองในบ้านมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับสูง (ร้อยละ 11.9) เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่าลักษณะส้วมในบ้านไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ($P = 0.163$) ผลการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มพบว่า ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักน้อยเกินไป ($BMI < 18.5$) มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับสูง (ร้อยละ 17.0) ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักเกิน ($BMI > 23.4$) มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับสูง (ร้อยละ 15.4) และผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักปกติ (BMI ระหว่าง 18.5–23.4) มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับสูง (ร้อยละ 15.2) เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับน้ำหนักและส่วนสูง ($P = 0.656$) และความสัมพันธ์ระหว่างการมีราวจับยึดในห้องน้ำกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มพบว่า ผู้สูงอายุที่ภายในบ้านไม่มีราวจับยึดในห้องน้ำมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับสูง (ร้อยละ 15.4) และผู้สูงอายุที่ภายในบ้านมีราวจับยึดในห้องน้ำมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับสูง (ร้อยละ 15.2) เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีราวจับยึดในห้องน้ำ ($P = 1.000$)

ฉัฐิมา ทาสวรรณอินทร์ (2559) พบว่า ส่วนใหญ่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม รับประทานยาความดันโลหิตร้อยละ 95.2 และ 90.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เคยพลัดตกหกล้มภายในบ้าน โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 73.3 ในห้องครัวกลุ่มควบคุมในห้องน้ำร้อยละ 92.3 หลังการให้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มพบว่า กลุ่มควบคุมมีอัตราการพลัดตกหกล้มสูงกว่า กลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 32 และร้อยละ 20 ตามลำดับ ก่อนการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) แต่หลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการพลัดตกหกล้มต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แต่เมื่อคิดเป็นร้อยละพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการพลัดตกหกล้มกลุ่มทดลองลดลง

ดารารวรรณ รองเมือง และคณะ, (2559) อุบัติการณ์ของการหกล้ม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี การวิจัยนี้เป็น การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยกลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตชุมชนบางไผ่ ตำบลบางไผ่ อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 206 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การหกล้มในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 26.20 ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของกลุ่มตัวอย่างที่หกล้ม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.90 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 48.10 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่ต้องมีผู้ดูแล/ผู้ช่วยเหลือ ร้อยละ 85.20 มีความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหว ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.70 มีประวัติการได้รับยาหลายชนิด ร้อยละ 63 ได้รับยารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 48.10 ได้รับยารักษาโรคเบาหวาน ร้อยละ 81.50 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 3.70 และมีการแต่งกายที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 22.20 และในสวนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยอายุ 80 ปีขึ้นไป ($OR = .180$, 95% $CI = .050 - .630$, $p < .01$) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ($OR = 4.350$, 95% $CI = 1.030 - 18.250$, $p < .05$) ความสามารถในการทรงตัวขณะเคลื่อนไหวต่ำ ($OR = 5.760$, 95% $CI = 2.580 - 12.850$, $p < .01$) การได้รับยารักษาโรคเบาหวาน ($OR = 3.880$, 95% $CI = 1.070 - 14.070$, $p < .05$) และการแต่งกายที่ไม่เหมาะสม ($OR = 8.720$, 95% $CI = 2.530 - 30.040$, $p < .01$) ดังนั้นการวิจัยนี้ควรมีการทำแบบประเมินและคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนแบบองค์รวม และมีแผนพัฒนาการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ในกลุ่มที่มีความสามารถในการทรงตัวระดับต่ำหรือปานกลาง

วรฤทัย จันทร์วัง (2558) พบว่า กลุ่มของผู้ที่เคยหกล้ม เคยหกล้มอย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 51.5 ในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ พบว่าตัวแปรอิสระทั้งหมด 19 ตัวแปรสามารถรวมกันอธิบายการแปรผันของการหกล้มในผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 6.8 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และพบว่า มีตัวแปรอิสระ 11 ตัวแปร ที่มีอิทธิพลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศหญิงมีโอกาสหกล้มเป็น 1.415 เท่าของผู้สูงอายุเพศชาย (ค่า odds ratio = 1.415) แสดงว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสหกล้มสูง

กว่าผู้สูงอายุเพศชาย ซึ่งความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้และความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นจึงสรุปว่าผู้สูงอายุเพศหญิง มีโอกาสหกล้มสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชายผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการหกล้มในผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า มีโอกาสหกล้มเป็น 1.023 เท่าของผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า (ค่า odds ratio = 1.023) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า มีโอกาสหกล้มสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานและมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นจึงสรุปว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า มีโอกาสหกล้มสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า จำนวนของโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนของโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวกับการหกล้มในผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่มีจำนวนของโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวมากกว่า มีโอกาสหกล้มเป็น 1.457 เท่าของผู้สูงอายุที่มีจำนวนของโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวน้อยกว่า (ค่า odds ratio = 1.457 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนของโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวมากกว่า มีโอกาสหกล้มสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนของโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวน้อยกว่า ดังนั้นจึงสรุปว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนของโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวมากกว่า มีโอกาสหกล้มสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนของโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวน้อยกว่า

ลัดดา เกียมวงศ์ และจอม สุวรรณโณ (2557) ผลการศึกษาผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องในการทรงตัวจะมีอายุมากกว่าผู้ที่มีการทรงตัวปกติ เนื่องจากกระบวนการเสื่อมตามวัย อายุที่มากขึ้นทำให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมถอยโดยเฉพาะอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น การเดินและทรงตัว ประกอบกับเมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งจากพยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอาจมีผลต่อระบบการทรงตัว และจำเป็นต้องใช้ยาหลายชนิด ซึ่งอาจมีผลต่อระบบการทรงตัวเช่นกัน นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการทรงตัวบกพร่อง จะมีความสามารถในการมองเห็นและการเคลื่อนที่ลดลงมีโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองรับประทานยาลดความดันโลหิตและมีประวัติหกล้ม ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการมองเห็น จะมีผลกระทบต่อทั้งความสามารถในการอ่านหนังสือ การทำกิจวัตรประจำวันและงานอดิเรก และมีผลต่อการทรงตัวและเกิดหกล้ม

ละออม สร้อยแสง และคณะ (2557) ได้ศึกษาอุบัติการณ์การหกล้ม ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มและแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุของชุมชนมิตรภาพพัฒนา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 158 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 25 คน ผู้นำชุมชนและอสม. จำนวน 33 คน และบุคลากรสุขภาพ จำนวน 6 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามการตรวจร่างกายผู้สูงอายุ และการสังเกตสิ่งแวดล้อมในบ้านและชุมชน ผลการศึกษาพบว่า

ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.0 อายุที่พบมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 43.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 58.2 มีโรคประจำตัวที่แพทย์วินิจฉัยแล้ว ร้อยละ 72.2 โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน กระดูก และข้อ ตามลำดับ ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 37.0 ยาที่ได้รับจากแพทย์มากที่สุดคือ ยาลดความดันโลหิต ร้อยละ 64.0 อุบัติการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 34.8 โดยมีสาเหตุจากการเดินสะดุดร้อยละ 41.8 ลื่น ร้อยละ 38.2 เวียนศีรษะ ร้อยละ 7.3 ปัจจัยด้านบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ คือ เพศหญิง ร้อยละ 62.0 ความบกพร่องทางสายตา ร้อยละ 44.3 ความผิดปกติของการทรงตัว ร้อยละ 19.6 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 50.0 ภาวะดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 34.2 ด้านสิ่งทำให้เกิดการหกล้มคือ ยาลดความดันโลหิต ร้อยละ 64.0 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในบ้าน คือ ขอบธรณีประตูทางเดินต่างระดับ พื้นปูด้วยกระเบื้องเซรามิก การจัดสิ่งของในบ้านไม่เป็นระเบียบใช้เศษผ้าหรือเสื้อผ้าเก่าเป็นที่เช็ดเท้า และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมนอกบ้าน คือ ทางเดินรอบบ้านมีสิ่งกีดขวาง ร้อยละ 37.3 มีทางเดินรถจักรยาน/จักรยานยนต์ลักษณะขรุขระ แนวทางการป้องกันการหกล้มที่สำคัญมี 3 ประการ คือ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและรอบบ้าน การส่งเสริมการออกกำลังกายให้ผู้สูงอายุและการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในชุมชน

เปรมกมล ขวนขวาย (2550) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเป็นการศึกษาวิจัยย้อนหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครขอนแก่นที่เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นในช่วงวันที่ 1 ธันวาคม 2549 ถึง 30 มิถุนายน 2550 จำนวน 240 คน แยกออกเป็นกลุ่มศึกษาคือผู้ที่หกล้ม จำนวน 80 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ที่ไม่หกล้ม จำนวน 160 คน ผลการศึกษาพบว่า การก้ำวต่อการหกล้ม อายุ การมีประวัติหกล้ม และการเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ก้ำวการหกล้มมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มสูงเป็น 3.73 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่ก้ำวการหกล้ม (95% CI เท่ากับ 1.17 ถึง 11.86) ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มสูงเป็น 2.9 เท่าของผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (95% CI เท่ากับ 1.32 ถึง 6.36) สำหรับผู้สูงอายุที่มีประวัติเคยหกล้มมีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มสูงเป็น 2.36 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่มีประวัติเคยหกล้ม (95%CI เท่ากับ 1.3 ถึง 4.28) และผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง



310782078

UP-Thesis 61351545 independent study / recv: 04102564 20:30:14 / seq: 17

มีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มสูงเป็น 2.14 เท่าของผู้สูงอายุที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (95%CI เท่ากับ 1.18 ถึง 3.88)

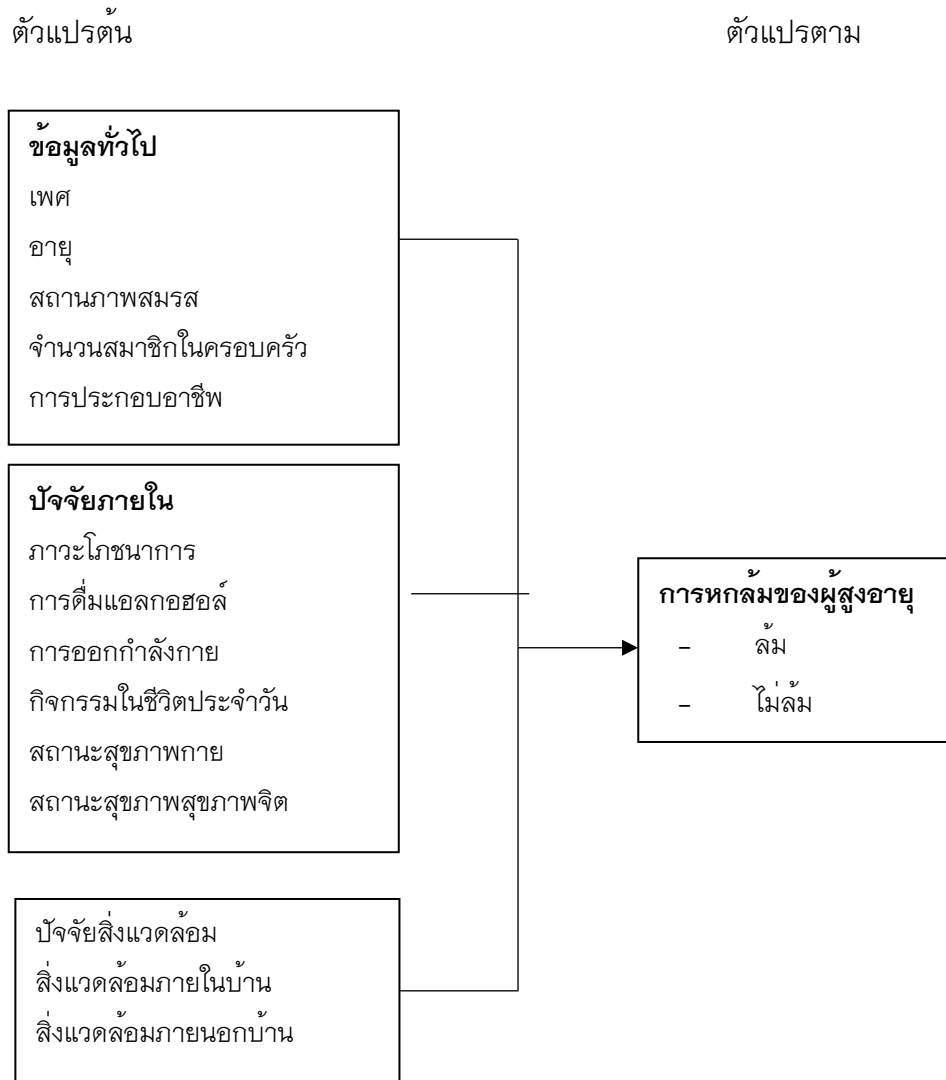
จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ พบว่าการหกล้ม เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบได้บ่อยและก่อให้เกิดผลแทรกซ้อนตามมา ตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงเสียชีวิต พบว่าอุบัติการณ์ของการหกล้มค่อนข้างสูง ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ได้แก่ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกบุคคล ปัจจัยภายในบุคคลพบว่า เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการสูงวัย (Aging process) คือการเปลี่ยนแปลงของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ระบบสมองและประสาท ระบบทางเดิน ปัสสาวะ การมองเห็นบกพร่อง การได้ยินบกพร่อง และการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคม นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวหลายโรค และมีการใช้ยาหลายชนิด ซึ่งปัจจัยดังกล่าว มีผลทำให้กลไกการทรงตัวของผู้สูงอายุลดลง ทำให้เกิดการหกล้มได้ง่าย ส่วนปัจจัยภายนอกบุคคลคือ ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยต่าง ๆ ทั้งภายในบ้านและภายนอกบ้าน สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ได้แก่ สภาพบ้าน แสงสว่าง ลักษณะพื้น ลักษณะห้องน้ำ บันได ตู้หรือ ชั้นวางของที่สูงหรือต่ำเกินไป การจัดวางสิ่งของไม่เป็นระเบียบ รองเท้าและอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเดินไม่เหมาะสม เป็นต้น สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน ได้แก่ สถานที่ที่ผู้สูงอายุไปประจำ ได้แก่ วัด ตลาด ชมรมผู้สูงอายุ และสถานที่ที่ประกอบอาชีพ เช่น สวนหรือทุ่งนา เป็นต้น



310782078

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยมีตัวแปรต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กัน ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Analytical research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลแม่อิง อำเภอกงหรา จังหวัดพะเยา วิธีการดำเนินการศึกษา มีดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลแม่อิง อำเภอกงหรา จังหวัดพะเยา ได้แก่ หมู่ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 และ 8 ซึ่งตำบลแม่อิง มีผู้สูงอายุจำนวน 928 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 35 ของจำนวนประชากรทั้งหมดในตำบลแม่อิง (2,643) ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุมากที่สุด นอกจากนี้ยังเป็นชุมชนที่กลุ่มผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการหกล้ม จำนวน 48 คน ซึ่งมากกว่าตำบลอื่น ๆ

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Kelsey, et al. (1996) โดยคำนวณจากกลุ่มศึกษา (Case)/กลุ่มเปรียบเทียบ (Control) เป็น 1:4 จึงจะได้กลุ่มเปรียบเทียบ นำกลุ่มที่จะศึกษา จำนวน 48 คน มาคูณ 4 จะได้ 192 คน ดังนั้นเมื่อได้กลุ่มศึกษา 48 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 192 คน รวมแล้ว การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มรวมกันเป็น 240 คน โดยกลุ่มเปรียบเทียบในการเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sample) โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืน (simple without replacement)

การเลือกตัวอย่าง

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria) กลุ่มศึกษามีดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลแม่อิง อำเภอกงหรา จังหวัดพะเยา
2. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา
3. สามารถสื่อสารเข้าใจ ไม่มีปัญหาในเรื่องการพูด การฟัง และการได้ยิน

4. ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในตำบลแม่อิงที่ได้รับการ

ประเมิน ADL และมีผลการประเมินเป็นผู้สูงอายุมีการหกล้มหกล้มในระหว่างวันที่ 31 ตุลาคม 2561–30 กันยายน 2562



310782078

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้า (Inclusion criteria) กลุ่มเปรียบเทียบมีดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลแม่อิง อำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา
2. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา
3. สามารถสื่อสารเข้าใจไม่มีปัญหาในเรื่องการพูด การฟัง และการได้ยิน
4. อาศัยอยู่ในพื้นที่เดียวกับกลุ่มศึกษาและมีอายุใกล้เคียงกัน (ต่างกันไม่เกิน 5 ปี)
5. ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในตำบลแม่อิงที่ได้รับการประเมิน ADL และมีผลการประเมิน ADL คือ ไม่เคยหกล้มในระหว่างวันที่ 31 ตุลาคม 2561–30 กันยายน 2562

เกณฑ์ในการคัดอาสาสมัครออกก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Withdrawal criteria) มีดังนี้

1. ผู้สูงอายุปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยในระหว่างการดำเนินการศึกษา
2. ผู้สูงอายุมีปัญหาในเรื่องการพูด การฟัง และการได้ยิน
3. ซ้ำอยู่แต่ตัวไม่ได้อยู่ในพื้นที่ตำบลแม่อิง
4. มีประวัติการหกล้ม โดยการประเมิน ADL ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562
5. เคยได้รับการผ่าตัดที่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย
6. เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อทรงตัว เช่น พาร์กินสัน โรคกระดูกและข้อ เป็นต้น

เกณฑ์ในการคัดอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัยเมื่อเข้าร่วมโครงการแล้ว (Withdrawal criteria) มีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างยกเลิกขณะเข้าร่วมโครงการวิจัย
2. ไม่ได้ร่วมตอบแบบสอบถามเนื่องจากไม่ได้อยู่ในพื้นที่ที่อยู่อาศัยในขณะนั้น
3. แบบสอบถามที่เก็บมีข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการยุติโครงการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ จะมีการทดแทนกลุ่มตัวอย่างต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยาถึงสำนักงานสาธารณสุข อำเภอภูพานยาว จังหวัดพะเยา เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยแก่แกนนำในหมู่บ้านที่จะทำการลง



310782078

เก็บข้อมูลประชุมชี้แจง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ และขั้นตอนการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง 8 หมู่บ้าน โดยจับฉลากอย่างง่าย จำนวน 192 คน และในฐานะข้อมูลสาธารณสุขจังหวัด โดยกำหนดเวลาในการเก็บข้อมูลในเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม 2563 กลุ่มตัวอย่าง 1 คน ต่อ 1 ครั้ง ในตอบแบบสอบถาม

4. ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบแบบสอบถามทุกฉบับ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ความสมบูรณ์ และนำไปทำการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

กระบวนการดำเนินการวิจัย

แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมก่อนเริ่มวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินงานและการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์และการประเมินผลข้อมูล

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมก่อนเริ่มทำวิจัย

1. ทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการหลั่งในผู้สูงอายุ

2. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยาถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูกามยาว จังหวัดพะเยา เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยแก่แกนนำในหมู่บ้านที่จะทำการลงเก็บข้อมูลประชุมชี้แจง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ และขั้นตอนการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด

4. คัดเลือกประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรผู้สูงอายุตำบลแม่อิง อำเภอภูกามยาว จังหวัดพะเยา จำนวน 928 ราย โดยมีประวัติหลั่ง 48 ราย และไม่มีประวัติหลั่ง 192 ราย รวมเป็น 240 ราย

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินงานและการเก็บข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามด้วยตนเอง ณ ตำบลแม่อิง อำเภอภูกามยาว จังหวัดพะเยา ช่วงเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม 2563 ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลต่ออาสาสมัครคนละ 10-15 นาทีต่อคน คนละ 1 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์และการประเมินผลข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและทำรายงานผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การเตรียมเอกสารข้อมูลคำอธิบายและหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาก่อนทำแบบสอบถามเก็บข้อมูลวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเป็นแบบสอบถามเฉพาะบุคคล ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว การประกอบอาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยภายในบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุ จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ ภาวะโภชนาการ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย กิจกรรมในชีวิตประจำวัน สถานะสุขภาพกายและสุขภาพจิต

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ประวัติการหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา สาเหตุ สถานที่ผลจากการหกล้ม และการรักษาหลังจากการหกล้ม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง และความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบความสอดคล้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาและความถูกต้องของสำนวนภาษา และคำนวณหาดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Item-Objective Congruency Index) ได้ค่าเท่ากับ 0.84

ผู้วิจัยทำการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) แบบสอบถามโดยไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 คน ทดสอบความเที่ยงแบบสอบถามการรับรู้ด้วยสถิติ KR20 ได้ค่าความเที่ยง 0.766 แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มของผู้สูงอายุได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.782

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยต้องดำเนินการดังนี้

1. ทำหนังสือผ่านคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยาถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูกามยาว จังหวัดพะเยา เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยแก่แกนนำในหมู่บ้านที่จะทำการลงเก็บข้อมูลถึงวิธีการเก็บข้อมูล รวมถึงชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะสามารถปฏิเสธการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา โดยการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษาของแพทย์และผู้ป่วยสามารถหยุดที่จะไม่ตอบคำถามได้ตลอดเวลาหากมีความรู้สึกไม่สบายใจ

3. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง 8 หมู่บ้าน โดยจับฉลากอย่างง่ายจำนวน 192 คน และในฐานะข้อมูลสาธารณสุขจังหวัด โดยกำหนดเวลาในการเก็บข้อมูลในเดือนพฤษภาคม-ตุลาคม 2563 การเก็บข้อมูลจะใช้แบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้อธิบายแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง โดยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้ผู้ถูกวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของการตอบคำถามเป็นลำดับสุดท้าย หลังจากนั้นเป็นการนำข้อมูลบันทึกลงโปรแกรมแปลผลเพื่อแปลผลต่อไป กรณีกลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือไม่ได้และมีปัญหาด้านสายตา ผู้วิจัยจะเป็นคนอ่านข้อคำถามให้ฟังแล้วให้อาสาสมัครตอบคำถามโดยทำที่ละข้อตามหมวดแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS Ver.22 โดยวิเคราะห์สถิติดังนี้
สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว การประกอบอาชีพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยร้อยละ

1.2 ปัจจัยภายในส่วนบุคคล ได้แก่ ภาวะโภชนาการ การดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย กิจกรรมในชีวิตประจำวัน สถานะสุขภาพกายและสุขภาพจิต แจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยร้อยละ

1.3 ปัจจัยภายนอกสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน แจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยร้อยละ

1.4 ประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ ได้แก่ การหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมา สาเหตุ สถานที่ ผลจากการหกล้มและการรักษาหลังจากการหกล้ม แยกแยะความถี่ ค่าเฉลี่ยร้อยละ

2. สถิติเชิงวิเคราะห์

2.1 วิเคราะห์อิทธิพลของ ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยภายใน ปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับการหกล้มของผู้สูงอายุโดยค่าสถิติทดสอบความสัมพันธ์แบบ logistic regression

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัยโดยเคารพในสิทธิส่วนบุคคลและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นก่อนเริ่มทำการศึกษาผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตใช้เครื่องมือ และเสนอโครงการวิจัยเพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ และเมื่อได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือและผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว เลขที่โครงการวิจัย 2/199/62 ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การดำเนินการวิจัยประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับและสิทธิของผู้ถูกวิจัย โดยมีแบบอธิบายและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและให้อิสระในการตัดสินใจก่อนลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใด ๆ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลแม่ธิ อําเภอกู่กู่ ยาว จังหวัดพะเยา เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 240 คน โดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิเคราะห์ มีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ปัจจัยภายในบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 4 ประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ปัจจัยภายในปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับการหกล้มในผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการหกล้มของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลหลัก อาชีพเดิม และอาชีพปัจจุบัน ซึ่งมีรายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 240)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	99	41.3
หญิง	141	58.8
อายุ		
60-69 ปี	129	53.8
70-79 ปี	77	32.1
80 ปีขึ้นไป	34	14.2

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n = 240)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
คู่	166	69.2
โสด	10	4.2
หม้าย	57	23.8
หย่า/แยก	7	2.9
จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
1-3 คน	151	62.9
4 คนขึ้นไป	89	37.1
ผู้ดูแลหลัก		
คู่สมรส	143	59.6
บุตร/หลาน	75	31.3
ญาติ	22	9.2
อาชีพเดิม		
เกษตรกรรวม	196	81.7
แม่บ้าน	9	3.8
รับจ้าง	14	5.8
ค้าขาย	7	2.9
ข้าราชการ	9	3.8
อื่น ๆ	5	2.1
อาชีพปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	71	29.6
ประกอบอาชีพ	169	70.4

จากตาราง 1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.8) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 53.8) สมรสแล้ว (ร้อยละ 69.2) จำนวนสมาชิกในครอบครัว 1 ถึง 3 คน (ร้อยละ 62.9) ผู้ดูแลหลักเป็นคู่สมรส (ร้อยละ 59.6) อาชีพเดิมส่วนใหญ่อาชีพเดิมเกษตรกรรวม (ร้อยละ 81.7) และปัจจุบันส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพ (ร้อยละ 70.4)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยภายในบุคคลกับการหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียด
ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงร้อยละและจำนวนปัจจัยภายในบุคคลของการหกล้มในผู้สูงอายุ (n = 240)

ปัจจัยภายในส่วนบุคคล	จำนวน (n = 240)	ร้อยละ
น้ำหนักตัวปัจจุบัน		
ไม่ทราบ	3	1.3
น้ำหนักตัวเท่าเดิม	207	86.3
ลด 1-3 โล	13	5.4
มากกว่า 3 โล	4	1.7
น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น	13	5.4
รับประทานอาหาร		
2 มื้อ	2	.8
3 มื้อ	230	95.8
มากกว่า 3 มื้อ	7	2.9
ไม่แน่นอน	1	.4
ทานครบ 5 หมู่		
ครบ 5 หมู่	121	50.4
ไม่ครบ 5 มื้อ	119	49.6
ปัญหาทางเดินอาหาร		
ไม่มี	227	94.6
มี	13	5.4
ดัชนีมวลกาย		
ต่ำกว่าเกณฑ์	28	11.7
ปกติ	177	73.8
มากกว่าเกณฑ์	35	14.6
ดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่มเลย	183	76.3
ดื่มเป็นบางครั้ง	37	15.4
ดื่มเป็นประจำ	20	8.3

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัยภายในส่วนบุคคล	จำนวน (n = 240)	ร้อยละ
ออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	47	19.6
น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	145	60.4
มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์	48	20.0
กิจกรรมแต่ละวัน		
เลี้ยงหลาน	17	7.1
ทำสวน/ทำนา/ทำงาน	118	49.2
ทำงานบ้าน	105	43.8
โรคประจำตัว		
ไม่มี	90	37.5
มี	150	62.5
อาการผิดปกติ		
ไม่มี	122	50.8
เป็นลมบ่อย ๆ	2	.8
ใจสั่น	7	2.9
หลงลืมสับสน	12	5.0
ปวดกล้ามเนื้อ ข้อและกระดูก	30	12.5
ขาอ่อนแรง	10	4.2
ตามัว	8	3.3
หูตึง	3	1.3
วิงเวียนศีรษะ	46	19.2
ยาที่ใช้ประจำ		
ไม่มี	88	36.7
มี	152	63.3
ทานอาหารเอง		
ไม่ได้	8	3.3
ได้	232	96.7



310782078

UP IThesis 61351545 independent study / recv: 04102564 20:30:14 / seq: 17

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัยภายในส่วนบุคคล	จำนวน (n = 240)	ร้อยละ
สวมใส่เสื้อผ้าเอง		
ไม่ได้	9	3.8
ได้	231	96.3
อาบน้ำเอง		
ไม่ได้	9	3.8
ได้	231	96.3
ล้างหน้าแปรงฟันเอง		
ไม่ได้	9	3.8
ได้	231	96.3
ใช้สุขาเอง		
ไม่ได้	9	3.8
ได้	231	96.3
ปัญหาการเดิน		
ไม่มี	216	90.0
มี	24	10.0
ปัญหาการทรงตัว		
ไม่มี	214	89.2
มี	26	10.8
อุปกรณ์ช่วยเดิน		
ไม่มี	217	90.4
มี	23	9.6
เดินออกนอกบ้าน		
ไม่ได้	17	7.1
ได้	223	92.9
การมองเห็น		
มองเห็นไม่ชัด	64	26.7
มองเห็นชัดเจบดี	176	73.3

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัยภายในส่วนบุคคล	จำนวน (n = 240)	ร้อยละ
การกลืนปัสสาวะ		
ไม่มี	223	92.9
มี	17	7.1
ความจำบกพร่อง		
ทำไม่ได้	35	14.6
ทำได้	205	85.4
ไม่สบายหุดหู่ใจ		
ไม่มี	232	96.7
มี	8	3.3
กลัวการล้ม		
ไม่มี	219	91.3
มี	21	8.8
ภาวะสุขภาพ		
ไม่ดี	97	40.4
ดี	143	59.6

จากตาราง 2 ปัจจัยภายในส่วนบุคคลของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวเท่าเดิม ร้อยละ 86 รับประทานอาหาร ครบ 3 มื้อ ร้อยละ 95.8 รับประทานอาหาร ครบ 5 มื้อ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถาม รับประทานอาหาร ครบ 5 มื้อ ร้อยละ 50.4 ไม่มีปัญหาทางเดินอาหาร ร้อยละ 94.6 ดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 73.8 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลย ร้อยละ 76.3 การออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ร้อยละ 60.4 กิจกรรมที่ทำในชีวิตประจำวัน ทำสวน/ทำนา/ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 49.2 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 62.5 ไม่มีอาการผิดปกติของร่างกาย ร้อยละ 50.8 มีการใช้ยาเป็นประจำ ร้อยละ 63.3 รับประทานอาหารได้เอง ร้อยละ 96.7 สวมใส่เสื้อผ้าเองได้ คิดเป็นร้อยละ 96.3 อาบน้ำได้เอง ร้อยละ 96.3 ล้างหน้าแปรงฟันได้เอง คิดเป็นร้อยละ 96.3 ใช้สุขาได้เอง คิดเป็นร้อยละ 96.3 ไม่มีปัญหาทางการเดิน ร้อยละ 90 ไม่มีปัญหาทางการทรงตัว คิดเป็นร้อยละ 89.2 ไม่มีอุปกรณ์ช่วยเดิน ร้อยละ 90.4 เดินได้เองปกติ ร้อยละ 92.9 การมองเห็นชัดเจน ร้อยละ 73.3 ไม่มีปัญหาการกลืนปัสสาวะ ร้อยละ 92.9 การทดสอบความจำในการทอนเงิน/

แลกเงิน ทำได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 85.4 ไม่มีอาการไม่สบายใจ/หดหู่ใจ ร้อยละ 96.7 ผู้สูงอายุ
ไม่กลัวการหกล้ม คิดเป็นร้อยละ 91.3 และคิดว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 59.6

ส่วนที่ 3 ปัจจัยภายใต้สิ่งแวดล้อมกับการหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียด
ดังตาราง 3

ตาราง 3 แสดงร้อยละและจำนวนปัจจัยสิ่งแวดล้อมของการหกล้มในผู้สูงอายุ (n = 240)

ปัจจัยสิ่งแวดล้อม	จำนวน	ร้อยละ
ที่พักอาศัย		
ชั้นเดียวติดพื้น	52	21.7
ชั้นเดียวใต้ถุนสูง	58	24.2
สองชั้น	130	54.2
ราวบันได		
ไม่มีราวบันได	30	12.5
มีราวบันได	210	87.5
ความเหมาะสมบันได		
ไม่มีบันได	50	20.8
ไม่เหมาะสม	2	.8
เหมาะสม	188	78.3
ของตามขั้นบันได		
ไม่มี	239	99.6
มี	1	.4
ความแข็งแรงบันได		
แข็งแรง	180	75.0
ไม่แข็งแรง	10	4.2
อื่น ๆ	50	20.8
ขอบัตรณีประตู		
ไม่มี	224	93.3
มี	16	6.7

ตาราง 3 (ต่อ)

ปัจจัยสิ่งแวดล้อม	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะประตู		
ไม่มี	238	99.2
มี	2	.8
ลักษณะพื้นบ้าน		
พื้นกระเบื้องมันลื่น	165	68.8
พื้นต่างระดับ	75	31.3
การมองในบ้าน		
ไม่ชัดเจน	34	14.2
ชัดเจน	206	85.8
การจัดวางสิ่งของ		
ไม่เป็นระเบียบ	3	1.3
เป็นระเบียบ	237	98.8
ที่ตั้งห้องน้ำ		
ภายในบ้าน	185	77.1
ภายนอกบ้าน	17	7.1
มี 2 ที่	38	15.8
การใช้ห้องน้ำ		
กลางวัน	230	95.8
กลางคืน	10	4.2
ลักษณะโถส้วม		
ส้วมนั่งยอง ๆ	60	25.0
ชักโครก	180	75.0
ราวเกาะในห้องน้ำ		
ไม่มี	205	85.4
มี	35	14.6
ลักษณะพื้นห้องน้ำ		
ไม่มี	231	96.3
มี	9	3.8

ตาราง 3 (ต่อ)

ปัจจัยสิ่งแวดล้อม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับชั้นวางของ		
ไม่เหมาะสม	1	.4
เหมาะสม	239	99.6
พรมในบ้าน		
ไม่มีพรม	6	2.5
ใช้เศษผ้าเก่า/พรมสีนํ้าไม่ยึดพื้น	132	55.0
มียางเกาะกันสีนํ้า	102	42.5
รองเท้าที่ใส่		
แตะ	199	82.9
บูท	39	16.3
หุ้มส้น	2	.8
ความเหมาะสมรองเท้า		
ไม่เหมาะสม	5	2.1
เหมาะสม	235	97.9
สัตว์เลี้ยง		
ไม่มี	180	75.0
มี	60	25.0
เด็กเล็ก		
ไม่มี	208	86.7
มี	32	13.3
เก้าอี้ในบ้าน		
ไม่เหมาะสม	2	.8
เหมาะสม	238	9.2
บริเวณรอบบ้าน		
พื้นสีนํ้า	14	5.8
พื้นเปียก	10	4.2
พื้นต่างระดับหรือขรุขระ	9	3.8
มีสิ่งกีดขวางทางเดิน	9	3.8



310782078

UP IThesis 61351545 independent study / rev: 04102564 20:30:14 / seq: 17

ตาราง 3 (ต่อ)

ปัจจัยสิ่งแวดล้อม	จำนวน	ร้อยละ
เรียบ	198	82.5
วัด		
บันได	178	74.2
พื้นหินอ่อน	58	24.2
อื่น ๆ	4	1.7
ตลาด		
ถนนขรุขระ	107	44.6
สิ่งกีดขวางทางเดิน	114	47.5
อื่น ๆ	19	7.9
ที่ทำงาน		
พื้นลื่น	76	31.7
พื้นเปียก/โคลน	144	60.0
พื้นขรุขระ	20	8.3

จากตาราง 3 ปัจจัยสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุ ที่พักอาศัยเป็นบ้านสองชั้น ร้อยละ 54.2 บ้านมีราวบันได ร้อยละ 87.5 บันไดมีความเหมาะสม ร้อยละ 78.3 ไม่มีของตามขั้นบันได ร้อยละ 99.6 บันไดแข็งแรง ร้อยละ 77.5 บ้านไม่มีของธรณีประตู ร้อยละ 93.3 ประตูบ้านไม่มีปัญหา ร้อยละ 99.2 ลักษณะบ้านเป็นพื้นกระเบื้องมันลื่น ร้อยละ 68.8 การมองเห็นในบ้านชัดเจน ร้อยละ 85.8 การจัดวางสิ่งของเป็นระเบียบ ร้อยละ 98.8 ห้องน้ำอยู่ภายในบ้าน ร้อยละ 77.1 ใช้ห้องน้ำเวลากลางวัน ร้อยละ 95.8 ลักษณะโถส้วมเป็นชักโครก ร้อยละ 75 ไม่มีราวเกาะในห้องน้ำ ร้อยละ 85.4 พื้นห้องน้ำไม่มีลักษณะเปียก ลื่นตลอดเวลา ร้อยละ 96.3 ระดับชั้นวางของเหมาะสม ร้อยละ 99.6 พรหมในบ้านใช้เศษผ้าเก่า/พรหมลื่นไม่ยึดพื้น ร้อยละ 55 ใส่รองเท้าแตะ ร้อยละ 82.9 รองเท้ามีความเหมาะสม ร้อยละ 97.9 ไม่มีสัตว์เลี้ยงที่บ้าน ร้อยละ 75 ไม่มีเด็กเล็กที่บ้าน ร้อยละ 86.7 แก้วที่ในบ้านมีความเหมาะสม ร้อยละ 99.2 บริเวณรอบบ้านส่วนใหญ่บริเวณรอบบ้านเรียบ ร้อยละ 82.5

ส่วนที่ 4 ประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายละเอียดดังตาราง 4

ตาราง 4 แสดงร้อยละและจำนวนประวัติการหกล้มในผู้สูงอายุ (n = 48)

ประวัติการหกล้ม	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุการหกล้มเดินสะดุด	8	16.67
สูญเสียการทรงตัว/เซ	16	33.33
วิ่งเวียนศีรษะ/มึนงง	16	33.33
เข่าอ่อน	7	14.58
ก้าวพลาด	1	2.08
สถานที่ล้ม		
บ้าน	43	89.58
ตลาด	2	4.2
วัด	3	6.25
ผลจากการล้ม		
บาดเจ็บเล็กน้อย (พกร้าว ปวด แผลถลอก)	12	25.0
บาดเจ็บปานกลาง (แผลมีเลือดออก)	20	41.67
บาดเจ็บรุนแรง (กระดูกหัก)	16	33.33
การรักษา		
ไม่ได้รักษา	5	10.42
รักษาเอง	9	18.75
ไปพบแพทย์	34	70.83

จากตาราง 4 ประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ สูญเสียการทรงตัว/เซและวิ่งเวียนศีรษะ/มึนงง ร้อยละ 33.33 ล้มที่บ้าน ร้อยละ 89.58 ผลจากการล้มบาดเจ็บปานกลาง (แผลมีเลือดออก) ร้อยละ 41.67 หลังล้มไปพบแพทย์ ร้อยละ 70.83



310782078

UP-Thesis 61351545 independent study / rev: 04102564 20:30:14 / seq: 17

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการหกล้มของผู้สูงอายุ โดย Logistic Regression

ตาราง 5 แสดงการวิเคราะห์อิทธิพลของ อายุ สถานภาพ ปัญหาการทรงตัว การมองเห็น ดัชนีมวลกาย ภาวะสุขภาพ และราบบนได ที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุตำบลแม่ธิ อําเภอภูพาน จังหวัดพะเยา โดยวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
เพศ	.815	.538	2.301	1	.129	2.260
อายุ	1.530	.572	7.150	1	.007	4.618
สถานภาพ	-1.228	.620	3.919	1	.048	.293
โรคประจำตัว	.591	.950	.387	1	.534	1.806
ยาที่ใช้	.439	1.010	.189	1	.664	1.551
ปัญหาการทรงตัว	1.958	.766	6.526	1	.011	7.085
การมองเห็น	2.323	.841	7.623	1	.006	10.206
ดัชนีมวลกาย	-2.313	.696	11.046	1	.001	.099
ดื่มแอลกอฮอล์	.041	.734	.003	1	.956	1.042
ออกกำลังกาย	.172	.655	.069	1	.793	1.188
ภาวะสุขภาพ	2.181	.631	11.931	1	.001	8.852
ที่พักอาศัย	.450	.370	1.483	1	.223	1.569
ราบบนได	-3.993	.885	20.371	1	.000	.018
ที่ตั้งห้องน้ำ	-.416	.453	.843	1	.359	.660
ลักษณะโถส้วม	.985	.848	1.348	1	.246	2.678
constant	-8.905	4.288	4.314	1	0.038	.000

หมายเหตุ: $\chi^2 = 12.443$, *Sig = .05, $R^2 = .596$, -2LL = 126.638

จากตาราง 5 พบว่า สมการสามารถทำนายการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยรวมได้ ร้อยละ 59

($\chi^2 = 12.443$, *Sig = .05, $R^2 = .596$) โดยมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ คือ อายุ สถานภาพ ปัญหาการทรงตัว การมองเห็น ดัชนีมวลกาย ภาวะสุขภาพและ

ราวบันได ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Wald = 7.150, 3.919] 6.526] 7.623] 11.046] 11.931 และ 20.371)

จากค่าสัมประสิทธิ์ สามารถเขียนสมการการถดถอยโลจิสติก ทำนายโอกาสของการได้รับควันบุหรี่มือสอง ดังนี้

สามารถเขียนสมการการถดถอยโลจิสติก ทำนายโอกาสของการหกล้ม ดังนี้

$$\text{Prob (การหกล้ม)} = 1/1 + e^{-Z}$$

โดย $z = -8.905 + 1.228 (\text{อายุ}) + 1.958 (\text{การทรงตัว}) + 2.323 (\text{การมองเห็น}) - 2.313 (\text{ดัชนีมวลกาย}) + 2.181 (\text{ภาวะสุขภาพ}) - 3.993 (\text{ราวบันได})$

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุ คือ

ผู้สูงอายุวัยกลางและวัยสุดท้ายมีโอกาสเกิดการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุวัยต้น 4.618 เท่า มีนัยสำคัญทางสถิติ (adjOR = 4.618, $p = 0.007$)

ผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์และมากกว่าเกณฑ์มีโอกาสเกิดการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายปกติ 5.914 เท่า มีนัยสำคัญทางสถิติ (adjOR = 5.914, $p < 0.001$)

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางการทรงตัวมีโอกาสเกิดการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาทางการทรงตัว 7.102 เท่า มีนัยสำคัญทางสถิติ (adjOR = 7.102, $p = 0.005$)

การมองเห็นไม่ชัดเจน มีโอกาสเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุมากกว่าการมองเห็นชัดเจน 5.066 เท่า มีนัยสำคัญทางสถิติ (adjOR = 5.066, $p = 0.017$)

สุขภาพไม่ดีมีโอกาสเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุมากกว่าภาวะสุขภาพดี 5.712 เท่า มีนัยสำคัญทางสถิติ (adjOR = 5.712, $p = 0.003$)

บ้านที่ไม่มีราวบันไดมีโอกาสเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ มากกว่าบ้านที่มีราวบันได 0.022 เท่า มีนัยสำคัญทางสถิติ (adjOR = 5.712, $p < 0.001$)

บทที่ 5

บทสรุป

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้วิจัยอภิปรายผลตามการศึกษาได้ดังนี้

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.383$) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญรุ่ง วรณดี และคณะ (2563) พบว่าเพศหญิงมีโอกาสเกิดการหกล้มมากกว่าเพศชาย สาเหตุที่การศึกษามีผลแตกต่างกัน อาจเนื่องจากไม่ว่าเพศหญิงหรือเพศชายเมื่ออายุมากขึ้นความจำกัดทางสรีระ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อก็ต่างลดลงเสื่อมสภาพไม่ต่างกันหรือเพศหญิง เพศชายของกลุ่มที่ศึกษาทั้งสองกลุ่มมีรูปร่างสรีระและโครงสร้างร่างกายที่แตกต่างกัน จึงมีผลทำให้การศึกษาไม่เหมือนกัน

อายุมีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแสดงค่า $P\text{-value}$ เท่ากับ 0.131 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% สอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมกมล ขวนขวย (2550) ที่พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มสูงประมาณ 3 เท่าของผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 ถึง 69 ปี ฉะนั้นจะเห็นได้ว่าอายุที่เพิ่มมากขึ้น มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้น อวัยวะของร่างกายก็จะเสื่อมลง ความแข็งแรงของร่างกายก็จะลดลงและหกล้มได้ง่าย

สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงค่า $P\text{-value}$ เท่ากับ 0.274 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช วรโธสง (2551) ที่พบว่า สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุไม่มีผลต่อการหกล้ม เพราะการหกล้มในผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้ทุกสถานภาพการสมรส

โรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} = 0.347$) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวรฤทัย จันทร์วัง (2558) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสหกล้มสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว สาเหตุอาจมาจากคนที่มีโรคประจำตัวสุขภาพไม่แข็งแรงเท่าคนไม่มีโรคประจำตัว จึงเกิดการหกล้มได้ง่ายกว่า แต่ผลการศึกษาแตกต่างกันอาจเนื่องจากโรคประจำตัวบางโรค ไม่ได้มีผลทำให้เกิดการหกล้ม เช่น การศึกษากลุ่มวิจัยอื่นที่กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวเกิดการหกล้ม อาจเป็นโรคทางสมอง ทางกระดูกสันหลัง โรคเกี่ยวกับการทรงตัวต่าง ๆ ที่ส่งผลให้เกิดการหกล้มได้ง่าย แต่กลุ่มที่ผู้วิจัยศึกษาผู้สูงอายุบางคนมีโรคประจำตัว แต่โรคดังกล่าวไม่ได้มีผลกระทบ



310782078

ที่จะทำให้เกิดการหกล้มได้ เช่น โรคไตวาย โรคมะเร็ง เป็นต้น ดังนั้นจึงทำให้ผลการศึกษามีความแตกต่างกันไป ตามชนิดของโรคประจำตัวที่กลุ่มตัวอย่างเป็น

ดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value < 0.001) จากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ส่วนใหญ่มีการหกล้มไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ เมืองศิริ (2559) พบว่าดัชนีมวลกายไม่มีผลต่อการหกล้มของผู้สูงอายุสาเหตุที่ทำให้เกิดความแตกต่างอาจเนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุบางคนน้ำหนักปกติก็อาจหกล้มหรือไม่หกล้มก็ได้หรือบางคนอ้วนก็อาจจะหกล้มหรือไม่หกล้มก็ได้ขึ้นอยู่กับตัวบุคคล บริบทสภาพร่างกายหรือปัจจัยอื่น การหกล้มจึงอาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับดัชนีมวลกาย

การใช้ยา ไม่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.902) สอดคล้องกับการศึกษาของเปรมกมล ขวนชววย (2550) พบว่าผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาไม่มีผลต่อการหกล้มของผู้สูงอายุเมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีการใช้ยาสาเหตุอาจมาจากยาที่ผู้สูงอายุรับประทานไม่ได้ส่งผลกระทบต่อทรงตัวหรือสาเหตุที่จะก่อให้เกิดการหกล้มได้ ยาที่รับประทานไม่ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เสียการทรงตัว ตามัว เดินเซ จึงทำให้ผู้สูงอายุที่รับประทานยาไม่ได้รับผลกระทบจากฤทธิ์ของตัวยาแล้วทำให้ล้ม

ดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงค่า P-value เท่ากับ 0.198 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช วรโรตอง (2551) ที่พบว่าดื่มแอลกอฮอล์ไม่มีผลต่อการหกล้มของผู้สูงอายุเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่เคยดื่มแอลกอฮอล์แต่ปัจจุบันไม่ได้ดื่มแอลกอฮอล์แล้ว จึงทำให้การล้มไม่ได้เกี่ยวข้องกับ การดื่มแอลกอฮอล์

ออกกำลังกายไม่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงค่า P-value เท่ากับ 0.384 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนงนุช วรโรตอง (2551) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการออกกำลังกาย ซึ่งการทำงานบ้าน รดน้ำต้นไม้ เดินไปสวน ถือว่าเป็นการออกกำลังกายเช่นกัน กิจกรรมเหล่านี้ ถือว่าความเสี่ยงในการหกล้ม เหตุผลที่การศึกษาครั้งนี้ต่างจากการศึกษาดังกล่าว อาจเป็นเพราะกลุ่มผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยศึกษามีการออกกำลังกายชนิดที่ต่างกันมีความจึงมีความเสี่ยงที่จะหกล้มไม่เท่ากัน

ปัญหาการทรงตัวมีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.005) สอดคล้องกับงานวิจัยของกนกอร ทองกลิ้ง (2560) ด้วยเช่นเดียวกัน สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงตามวัย คือ มวลกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุมีขนาดเล็กลงมีการสะสมของแคลเซียม และมีโครงสร้างที่เปลี่ยนแปลงไปจาก



ความเสื่อมหรือรอยโรค สาเหตุที่การศึกษาไม่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีปัญหาการทรงตัว จะมีความบกพร่องทางการเดิน สมรรถนะการทรงตัวต่ำ ความสามารถการทรงตัวน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาทางการทรงตัว จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการทรงตัวเกิดการหกล้มได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาการทรงตัว

การมองเห็นมีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value = 0.017) สอดคล้องกับการศึกษาของวรฤทัย จันทรวัง (2558) พบว่าผู้สูงอายุที่มองเห็นไม่ชัดเลยมีโอกาสหกล้มเป็น 3.239 เท่าของผู้สูงอายุที่มองเห็นชัดเจนและยังพบว่าผู้สูงอายุที่มองเห็นไม่ชัดเลยมีโอกาสหกล้มเป็น 1.776 เท่า ผู้สูงอายุที่มองเห็นไม่ชัดเลยมีโอกาสหกล้มสูงกว่าผู้สูงอายุที่มองเห็นชัดเจน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนภรณ์ พิพัฒน์วณิชชา พบว่า การมองเห็นบกพร่องซึ่งจัดเป็นส่วนหนึ่งของสภาวะด้านร่างกายที่ทำให้เกิดการหกล้ม สาเหตุที่การศึกษาไม่แตกต่างกันเนื่องจากผู้สูงอายุที่การมองเห็นไม่ชัด สมรรถนะการมองเห็นต่ำ ประสิทธิภาพการหลบสิ่งกีดขวางต่ำ มองอะไรไม่ชัดจะทำให้เกิดการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่มองเห็นชัดเจน

ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value = 0.003) สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญรุ่ง วรรณดี และคณะ (2563) พบว่า ผู้สูงอายุที่หกล้มส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพไม่คงดีจึงอาจก่อให้เกิดการหกล้ม และผู้สูงอายุที่ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ร่างกายมักเสื่อมโทรม มีการดำรงชีวิตที่เสี่ยงหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ยังคงมีภาวะสุขภาพที่ดี ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี อาจเกิดขึ้นกับปัญหาทางด้าน การมองเห็น สายตาวัวมัว อาการทางสมอง การทรงตัวที่ไม่ดี จึงทำให้เกิดการหกล้มได้ง่ายกว่าคนที่มีความสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง

ที่พักอาศัยมีความไม่สัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value = 0.417) สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญรุ่ง วรรณดี และคณะ (2563) ที่พบว่า ที่พักอาศัย ไม่มีผลต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุใช้ความเคยชินอาศัยอยู่ที่พักอาศัยมานานแม้บ้านจะชั้นเดียว สองชั้น หรือยกใต้ถุนสูงถึงแม้บ้านจะมีความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการหกล้ม แต่ผู้สูงอายุบางคนมีความระมัดระวังเกิดความชำนาญในการใช้ชีวิตในบ้าน จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่หกล้มแม้ว่าที่อยู่อาศัยจะมีความเสี่ยงให้เกิดการหกล้มก็ตาม

ราวจับได้มีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value <0.001) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญรุ่ง วรรณดี และคณะ (2563) พบว่า การหกล้มของผู้สูงอายุนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับว่าที่บ้านจะมีราวจับได้หรือไม่หรือไม่มีราวจ



310782078

บันได สาเหตุที่ต่างกันอาจมาจาก รวบันไดมีลักษณะที่ต่างกัน มีราวจับ ไม่มีราวจับ หรือ
ชั้นบันไดน้อย ชั้นบันไดมาก ชั้นบันไดน้อยอาจไม่จำเป็นต้องมีราวจับ การศึกษาจึงมีผลที่แตกต่างกัน

ที่ตั้งห้องน้ำไม่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.093) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวรฤทัย จันทรวง (2558)
ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีห้องน้ำอยู่นอกตัวบ้านมีโอกาสหกล้มสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีห้องน้ำอยู่ในบ้าน
เนื่องจากระยะที่ต้องเดินไปห้องน้ำหรืออุปสรรคสิ่งกีดขวางในการเข้าห้องน้ำภายนอก
มีมากกว่าการใช้ห้องน้ำภายในบ้าน แต่สาเหตุที่ผลการวิจัยแตกต่างกันอาจเนื่องจากความถี่
ในการใช้ห้องน้ำไม่เท่ากัน ผู้สูงอายุบางคนใช้ห้องน้ำบ่อย ผู้สูงอายุบางคนใช้ห้องน้ำน้อย
จึงทำให้ห้องน้ำแม้จะอยู่ในตัวบ้าน หรือนอกตัวบ้านก็ไม่มีผลกระทบที่จะทำให้ผู้สูงอายุ
นั้นหกล้มได้

ลักษณะโถส้วมไม่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ 0.05(p-value = 0.273) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวรฤทัย จันทรวง
(2558) พบว่า ประเภทส้วมมีผลต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ใช้ส้วมแบบอื่น ๆ มีโอกาส
ล้มต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ใช้โถนั่งแบบห้อยเท้าเนื่องจากส้วมนั่งห้อยเท้านั่งนาน ๆ เกิดเหน็บขาพอลุกขึ้น
อาจเกิดการหกล้มได้ สาเหตุที่ผลการศึกษาแตกต่างกัน อาจเนื่องจากความเคยชินในการใช้
ส้วมของตัวบุคคลของผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการใช้ส้วมที่ไม่เท่ากันก็อาจส่งผลให้เกิดการหกล้ม
ได้มากกว่าชนิดของส้วม เช่น ผู้สูงอายุบางคนใช้ส้วมนั่งยอง ๆ แต่ระยะเวลาใช้ส้วมไม่นาน
จึงทำให้ไม่มีผลกระทบจนจะต้องเกิดการหกล้มขณะใช้ส้วม แต่ผู้สูงอายุบางรายใช้ส้วม
แบบชักโครกแต่ใช้เวลานานในการใช้ห้องน้ำ อาจส่งผลให้ร่างกายเกิดการเกร็ง ตะคริว
จนทำให้เกิดการหกล้มได้ในขณะลุกออกจากชักโครก

สรุปผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุมีหลายปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุ
ตำบลแม่อิงเกิดการหกล้มและจะมีบางปัจจัยที่แตกต่างจากการวิจัยอื่น อาจเนื่องจากบริบท
ของผู้สูงอายุตำบลแม่อิงจะเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีวิถีชีวิตแบบดั้งเดิมมายาวนาน
ที่อยู่อาศัย อาชีพ การดำรงชีวิตจะคล้ายคลึงกันไม่แตกต่างจากสมัยก่อน ๆ จึงทำให้ปัจจัย
ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุตำบลแม่อิงแตกต่างจากงานวิจัยอื่น งานวิจัยอื่นกลุ่มเป้าหมายมี
ความหลากหลายทางด้านอาชีพ และวิถีชีวิต มีความทันสมัย มีการใช้เทคโนโลยี จึงทำให้
ผลการศึกษามีความแตกต่างกัน ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการล้ม
เพื่อการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพึงระวังและมีการป้องกันตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่เกิดความพิการ
และการเสียชีวิตจากการหกล้ม และยังช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักและเกิดการป้องกัน
ตนเองจากปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการหกล้ม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

1.1 ควรจัดให้มีบริการตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองผู้สูงอายุ เพื่อประเมินความเสี่ยงเบื้องต้นต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ นำมาพัฒนาแนวทางป้องกันการหกล้มในด้านต่าง ๆ ต่อไป

1.2 เน้นส่งเสริมในผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ให้ความเอาใจใส่และดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มนี้อย่างใกล้ชิดสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง ควรมีการแนะนำผู้สูงอายุในการปฏิบัติตัวด้านต่าง ๆ เช่น แนะนำเรื่องการใช้ยาและระมัดระวังในเรื่องการหกล้ม โดยอาจให้คำแนะนำเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล เป็นต้น

1.3 จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่หกล้มสถานที่ล้มคือที่บ้าน ซึ่งเป็นพักอาศัยที่ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ดังนั้นเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ควรนำข้อมูลไปปรับใช้ในการดำเนินงานเพื่อป้องกัน การหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น ทางด้านพฤติกรรมเพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุ

2.2 ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพกับผู้สูงอายุที่เคยหกล้ม

2.3 ศึกษาวิจัยเชิงทดลองกับผู้สูงอายุที่หกล้มมีการวัดความรู้ ทักษะ ทักษะก่อนและหลังของการทำวิจัย



310782078

บรรณานุกรม

Kelsey, J. L., Whittemore, A., S., Evan, A., S., and Thompson, W., D. (1996).

Methods in Observational Epidemiology. New York:

Oxford University Press.

Lyons, S., Adams, S. and Titler, M. (2005). Evidence-based protocol: Fall prevention for older adults. **Journal of Gerontological Nursing**, 31(11), 9-14.

World Health Organization. (2007). **WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age.** Retrieved June 2, 2009, from

http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf.

Yurick, A. G., et al. (1980). **The Aged Person and Nursing Process.** New York:

Appleton. Century- Crofts.

กนกวรรณ เมืองศิริ. (2559). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี.** วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การสร้างเสริมสุขภาพ), มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

กนกอร ทองกลิ้ง. (2560). **การศึกษาปัจจัยสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาชุมชนห้วยตะเฒ่า เขตลาดกระบัง จังหวัดกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ), มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

โชติกา สุจारी และคณะ. (2556). **การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ.** สืบค้นเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2562, จาก portal.nurse.cmu.ac.th.

ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ และกรรณิการ์ เทพกิจ. (2560). ผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มต่ออัตราการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนตำบลนางแล อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย. **วารสารกาสะลองคำ**, 35(3), 186-195

ดาราวรรณ ร่องเมือง และคณะ. (2559). อุบัติการณ์ของการหกล้ม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี**, 27(ฉบับเพิ่มเติม). 123-135.



310782078

UP Theses 61351545 independent study / recv: 04102564 20:30:14 / seq: 17

- คุชฎี ปาลฤทธิ. (2564). **ผลของโปรแกรมการป้องกันอุบัติเหตุหกล้มในบริเวณบ้านผู้สูงอายุ อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (พยาบาลสาธารณสุข), มหาวิทยาลัยมหิดล, นครปฐม.
- ธนภรณ์ พิพัฒน์วณิชชา. (2561). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ โรคเบาหวาน**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ), มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- นนุช วงศ์สว่าง และคณะ. (2560). **ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านต่อการพลัดตกหกล้มและอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ**. มหาวิทยาลัยศิลปากร, กรุงเทพฯ.
- นนุช วรไธสง. (2551). **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ), มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). **ผู้สูงอายุไทย (พิมพ์ครั้งที่ 2)**. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- ปารละลี โอภาสนันท์. (2545). **การขยับภายในผู้สูงอายุ**. ใน บุญศรี นุเกตู, ปาลีรัตน์ พรทวีภักดี และคณะ (บรรณาธิการ). **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์ การพิมพ์.
- เปรมกมล ขวนขวาย. (2550). **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- เพ็ญรุ่ง วรรณดี และคณะ. (2563). **การศึกษาสถานการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรี**. **วารสารศูนย์อนามัยที่ 9**, 14(34), 126-141.
- เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล, พวพิน ศิริโพธิ์งาม และพรรณวดี พุฒวัฒน์. (2543). **ปัจจัยเกี่ยวข้องและผลจากการหกล้มในผู้สูงอายุ**. **วารสารพฤตมาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**, 1(2), 16-20.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). **สถานการณ์ผู้สูงอายุของโลก**. สืบค้นเมื่อ 3 พฤษภาคม 2563, จาก <http://www.dop.go.th>.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2562). **สถานการณ์ผู้สูงอายุประเทศไทย**. สืบค้นเมื่อ 4 พฤษภาคม 2563, จาก <http://www.dop.go.th>.
- ละออม สร้อยแสง และคณะ. (2557). **การศึกษาแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุชุมชนมิตรภาพพัฒนา**. **วารสารพยาบาลทหารบก**, 15(1), 122-129.

ลัดดา เกียมวงศ์. (2547). แนวทางการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน.

พจนานุกรมและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 5(2), 42-47.

ลัดดา เกียมวงศ์ และจ่อม สุวรรณโณ. (2557). ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัวบกพร่องของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท. **วารสารพยาบาลตำรวจ**, 6(2), 57-69.

ลัดดา เกียมวงศ์, วันทนา มณีศรีวงศ์กุล และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). ปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. **วารสารพจนานุกรมและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**, 2(2), 46-52.

วรฤทัย จันทร์วัง. (2558). **การหกล้มในผู้สูงอายุไทย**. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (ประชากรศาสตร์), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

ศิริพร พรพุทธชา. (2542). **ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ**. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2562). **สถานการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุจังหวัดพะเยา**. สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2563, จาก <https://pyo.hdc.moph.go.th/>

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (2562). **สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดพะเยา**. สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2563, จาก <https://pyo.hdc.moph.go.th/>

สุทธิชัย จันตะพันธ์กุล. (2541). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

สุทธิวรร เขตคาม. (2560). **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท**.

วิทยานิพนธ์ พย.ม., มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม

สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม และอัมมิษา นาไวย. (2563). การหกล้ม ความกลัวการหกล้ม และการจำกัดกิจกรรมเนื่องจากกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชนชานเมืองเชียงใหม่. **วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล**, 36(1), 22-38.

สุรกุล เจนอบรม. (2539). **วิทยาการผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมคิด ทิมสาด. (2548). **ทฤษฎี PRECEDE FRAMEWORK**.

http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/52920603/chapter2.pdf

อัจฉรา สาระพันธ์ และคณะ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม
ของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก, 18(ฉบับพิเศษ), 215-222.



310782078

UP Thesais 61351545 independent study / recv: 04102564 20:30:14 / seq: 17

ภาคผนวก



310782078

UP ITthesis 61351545 independent study / recv: 04102564 20:30:14 / seq: 17

ภาคผนวก ก แบบสอบถาม

แบบสอบถาม

ปัจจัยที่มีผลต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ตำบลแม่ธิง ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท
อำเภอภูพานยาว

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุดและเติมข้อความ
ในช่องว่างส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ
 ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 คู่ โสด หม้าย หย่า/แยก
4. จำนวนสมาชิกในครอบครัว
 1-3 คน
 4 คนขึ้นไป
5. ปัจจุบันประกอบอาชีพหรือไม่
 ประกอบอาชีพ
 ไม่ประกอบอาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยภายในบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุ

1. แบบแผนการดำเนินชีวิต
 - 1.1 ภาวะโภชนาการ
 - 1.1.1 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
 ไม่ดื่มเลย
 เคยดื่มแต่หยุดแล้ว
 ดื่มเป็นบางครั้งจนถึงปัจจุบัน
 ดื่มเป็นประจำ

1.1.2 การออกกำลังกาย

- ไม่ออกกำลังกาย
- ออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง
- ออกกำลังกายสม่ำเสมอมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
- อื่น ๆ ระบุ.....

1.1.3 กิจกรรมที่ทำในชีวิตประจำวัน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- เลี้ยงหลาน ไปตลาด
- ไปวัด ทำสวน
- ทำงานบ้าน อื่น ๆ ระบุ.....

2. สถานะสุขภาพกายและสุขภาพจิต

2.1 โรคประจำตัว

- ไม่มี
- มี

2.2 อาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการหกล้ม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ไม่มี
- มี

2.3 ยาที่ใช้ประจำ

- ไม่มี
- มี

2.4 การเดินและการทรงตัว

2.4.1 ปัญหาในการเดิน

- ไม่มี
- มี

2.4.2 ปัญหาในการทรงตัว

- ไม่มี
- มี

2.5 อุปกรณ์ช่วยในการเดินและการเคลื่อนที่

- ไม่มี
- มี



310782078

2.6 การมองเห็น

- มองเห็นไม้ขีด (ตามัว)
- มองเห็นชัดเจบดี

2.7 ภาวะกลิ่นปัสสาวะไม่อยู่ (ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านมีอาการปัสสาวะเล็ด ราดรด ปัสสาวะไม่พุ่ง/หลายหยัก หรือไม่สุดหรือไม่)

- ไม่มี
- มี

2.8 ความจำเป็นพร้อม ทดสอบโดยการถามความสามารถในการทอนเงิน/แลกเงิน

- ทำไม่ได้
- ทำได้

2.9 ท่านมีความกลัวการหกล้ม จนไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรที่เคยทำได้หรือไม่

- ไม่มี
- มี

2.10 ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพโดยรวมของท่านเป็นอย่างไรเมื่อเปรียบเทียบกับวัยเดียวกัน

- ดีกว่า
- เหมือนกัน
- แย่กว่า

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยสิ่งแวดล้อม

คำชี้แจง สํารวจสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและสอบถามการรับรู้ของผู้สูงอายุตามรายการที่กำหนดโดยการใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง ตามสภาพความเป็นจริง

1. ลักษณะของที่พักอาศัย

- บ้านชั้นเดียวติดพื้นให้ข้ามไปข้อ 4
- บ้านชั้นเดียวใต้ถุนสูง
- บ้านสองชั้น
- อื่น ๆ ระบุ.....

2. บันได

2.1 บันไดมีความเหมาะสมหรือไม่ (สามารถวางเท้าและก้าวทำขึ้นได้พอดี)

- เหมาะสม ไม่เหมาะสม ระบุ.....



310782078

2.2 บ้านใด/ราวบันไดมีความแข็งแรงมั่นคงหรือไม่

- มีความแข็งแรงมั่นคง
 ไม่มีความแข็งแรงมั่นคง ระบุ.....

3. ลักษณะพื้นในบริเวณบ้านของท่านมีลักษณะดังต่อไปนี้หรือไม่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- พื้นปูกระเบื้องแบบมันลื่น
 พื้นต่างระดับ
 พื้นสะท้อนแสงจ้า

4. ท่านมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ในบ้านได้ชัดเจนหรือไม่

- ชัดเจน ไม่ชัดเจน ระบุ.....

5. การจัดวางสิ่งของเป็นอย่างไร

- เป็นระเบียบ
 ไม่เป็นระเบียบ/เกะกะทางเดิน ระบุบริเวณ.....

6. ภายในห้องน้ำของท่านลักษณะโถส้วมเป็นแบบใด

- ส้วมนั่งยอง ๆ โถนั่งหรือชักโครก

6.1 ในห้องน้ำมีราวเกาะหรือไม่

- มี ไม่มี

7. พรมเช็ดเท้าที่ใช้ในบ้าน

- ไม่มีพรมเช็ดเท้า
 ใช้เศษผ้า หรือเศษผ้าเก่ามาใช้
 พรมลื่น หรือไม่ยึดติดพื้น
 ขาดรุ่งริ่ง
 มียางเกาะกันลื่น

8. รองเท้าที่ท่านใส่มีความเหมาะสมหรือไม่

- เหมาะสม ไม่เหมาะสม

9. มีสัตว์เลี้ยง (สุนัขหรือแมว) หรือไม่

- ไม่มี มี

10. มีเด็กเล็กอยู่ในบ้านหรือไม่

- ไม่มี มี

11. อุปกรณ์ช่วยเหลือในการเดินเหมาะสมหรือไม่

- เหมาะสม ไม่เหมาะสม ระบุ.....



310782078

12. แก้วที่ที่ท่านใช้ในบ้านเหมาะสมหรือไม่

- เหมาะสม ไม่เหมาะสม ระบุ.....

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ (ตอบเฉพาะผู้ที่เคยหกล้ม)

1. ในช่วงระยะเวลา 1 ปี (ตุลาคม 2561-กันยายน 2562) ท่านเคยพลัดตกหกล้มหรือไม่
ถ้าตอบ เคย ให้ทำแบบสอบถามข้อต่อไป ถ้าตอบไม่เคยไม่ต้องตอบคำถามข้อต่อไป

- เคย ไม่เคย

2. สาเหตุที่ทำให้เกิดการหกล้ม คือ

- เดินสะดุด
 สูญเสียการทรงตัว/เซ
 วิงเวียนศีรษะ/มึนงง/เป็นลม
 เข่าอ่อน
 ก้าวพลาด

3. สถานที่เกิดการหกล้ม คือ

- บ้าน ตลาด
 ถนน วัด
 ที่ทำงาน อื่น ๆ

4. ผลจากการหกล้ม

- ไม่ได้รับบาดเจ็บ
 บาดเจ็บเล็กน้อย (ฟกช้ำ ปวด แผลถลอก)
 บาดเจ็บปานกลาง (แผลมีเลือดออก)
 บาดเจ็บรุนแรง (กระดูกหัก)

5. การรักษาที่ได้รับภายหลังการหกล้ม

- ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ
 รักษาเอง
 ไปพบแพทย์

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	อริสรา บุญรักษา
วัน เดือน ปี เกิด	19 ตุลาคม 2535
สถานที่เกิด	พะเยา
วุฒิการศึกษา	2559 ส.บ. (สาธาณสุขศาสตรบัณฑิต), วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร, พิษณุโลก
ที่อยู่ปัจจุบัน	69 หมู่ 7 ตำบลฝายกวาง อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา
ผลงานตีพิมพ์	อริสรา บุญรักษา. (ผู้บรรยาย). (27 มกราคม 2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการหลั่งในผู้สูงอายุ ตำบลแม่อิง อำเภอภูกามยาว จังหวัดพะเยา. ใน ประชุมวิชาการพะเยาวิจัย ครั้งที่ 10. (หน้า 1657-1670). พะเยา: กองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยพะเยา.



310782078