



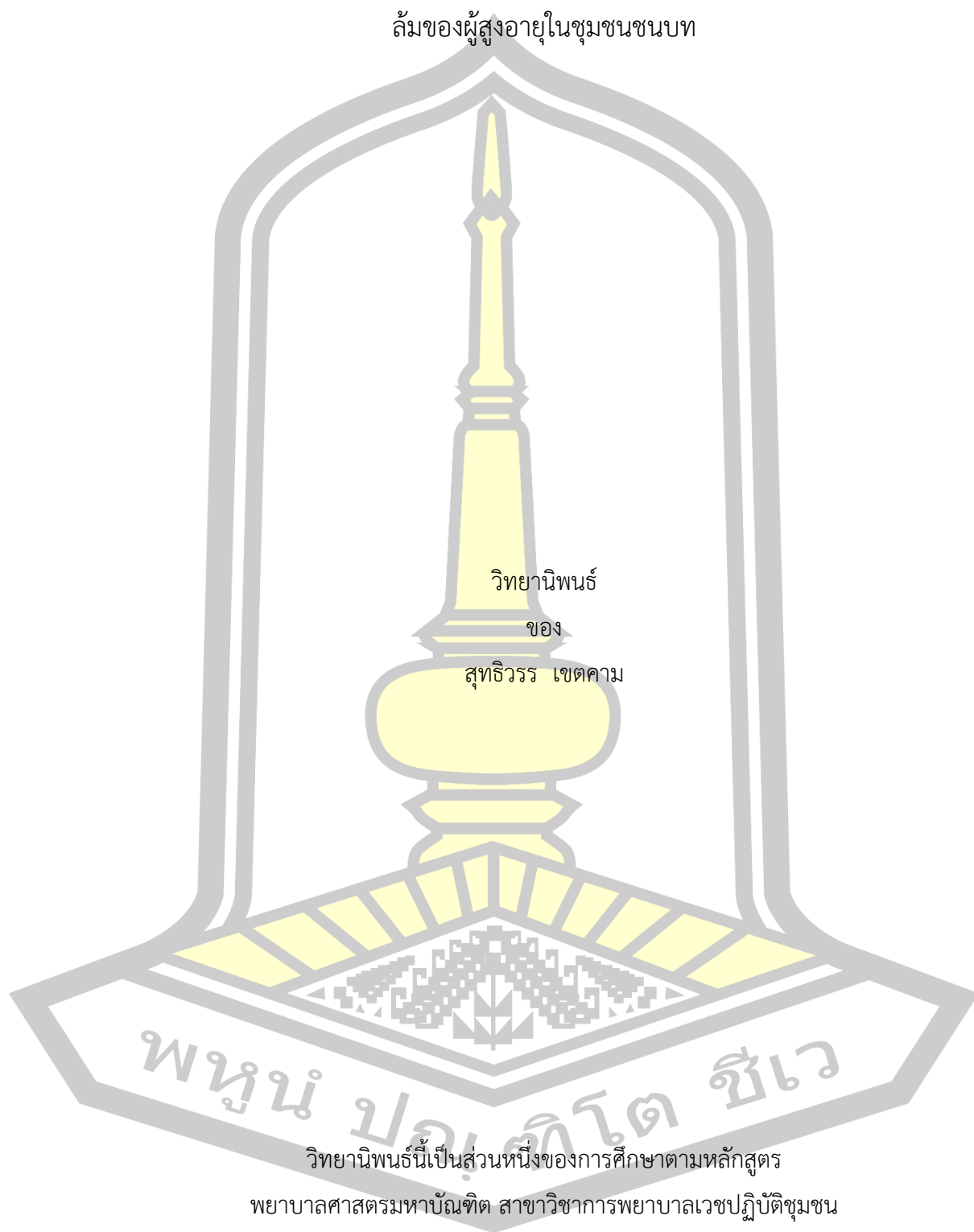
ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของ
ผู้สูงอายุในชุมชนชนบท

วิทยานิพนธ์
ของ
สุทธธีวรร เขตคาม

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา 2560

สงวนลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท

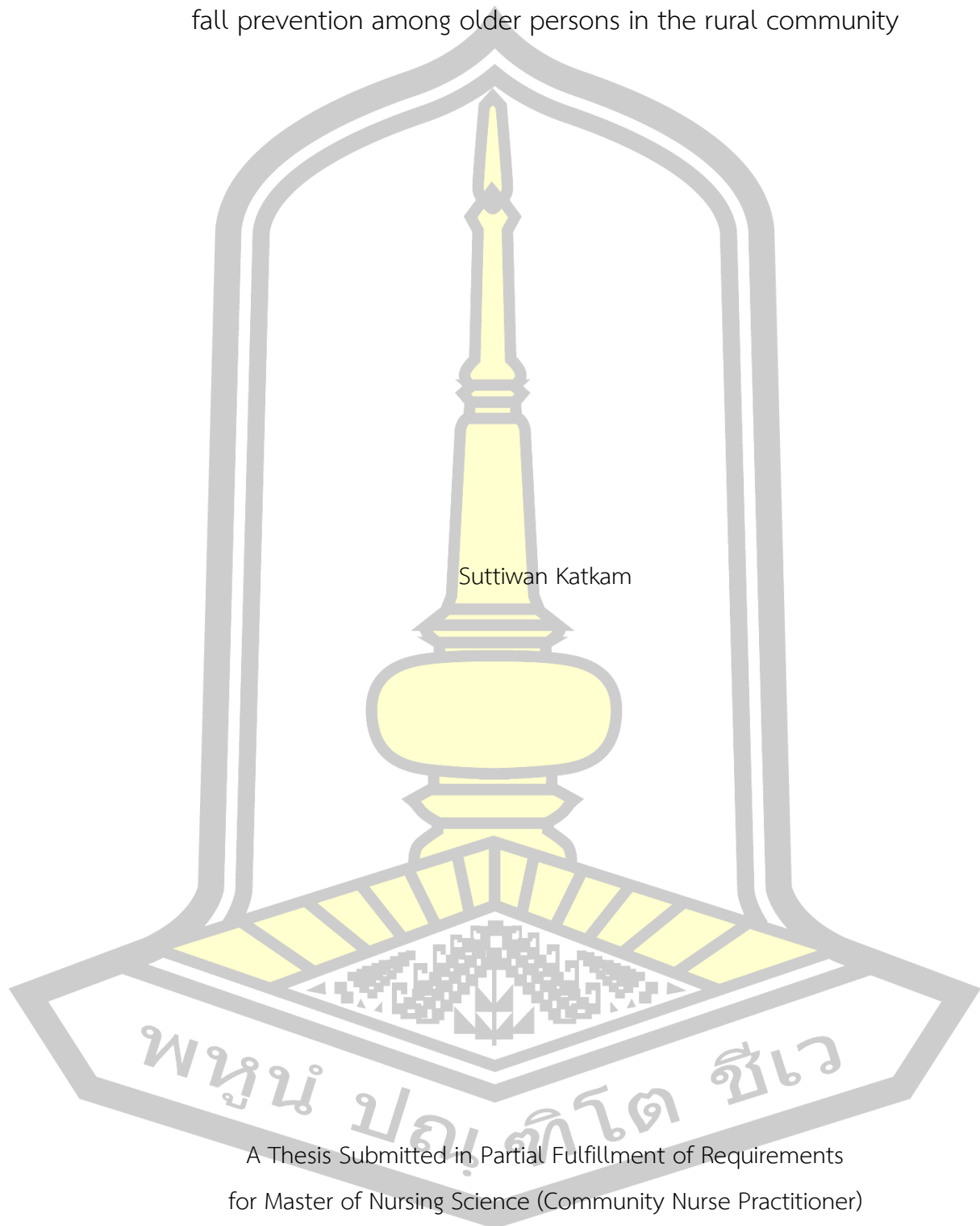


วิทยานิพนธ์
ของ
สุทธิวรร เขตคาม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Relationship between health belief and behavior of caregiver in
fall prevention among older persons in the rural community



Suttiwan Katkam

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner)

Academic Year 2017

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาว สุทธิวรร เขตคาม แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. ดรุณี รุจกรกานต์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. ลัดดา แสนสีหา)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(ผศ. ดร. กชพร สิงห์หล้า)

กรรมการ

(รศ. ดร. ศิราณีย์ อินทรหนองไผ่)

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(รศ. ดร. ประสพสุข ศรีแสนปาง)

มหาวิทยาลัยขอนแก่นให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

(รศ. ดร. ดรุณี รุจกรกานต์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(ผศ. ดร. กริสน์ ชัยมูล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วัน.....เดือน.....ปี.....

ชื่อเรื่อง	ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท		
ผู้วิจัย	สุทธิวรร เขตคาม		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลัดดา แสนสีหา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กชพร สิงหะหล้า		
ปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีการศึกษา	2560

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 312 คน คือ ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีความตรงตามเนื้อหา .88 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .95 และแบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีความตรงตามเนื้อหา .94 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ การรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ การรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ สิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .79, .89, .86, .70, p < .05$) และ การรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมากกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .94, .90, p < .05$). จากผลการศึกษา ทีมสุขภาพจึงควรจัดโปรแกรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรม การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญ

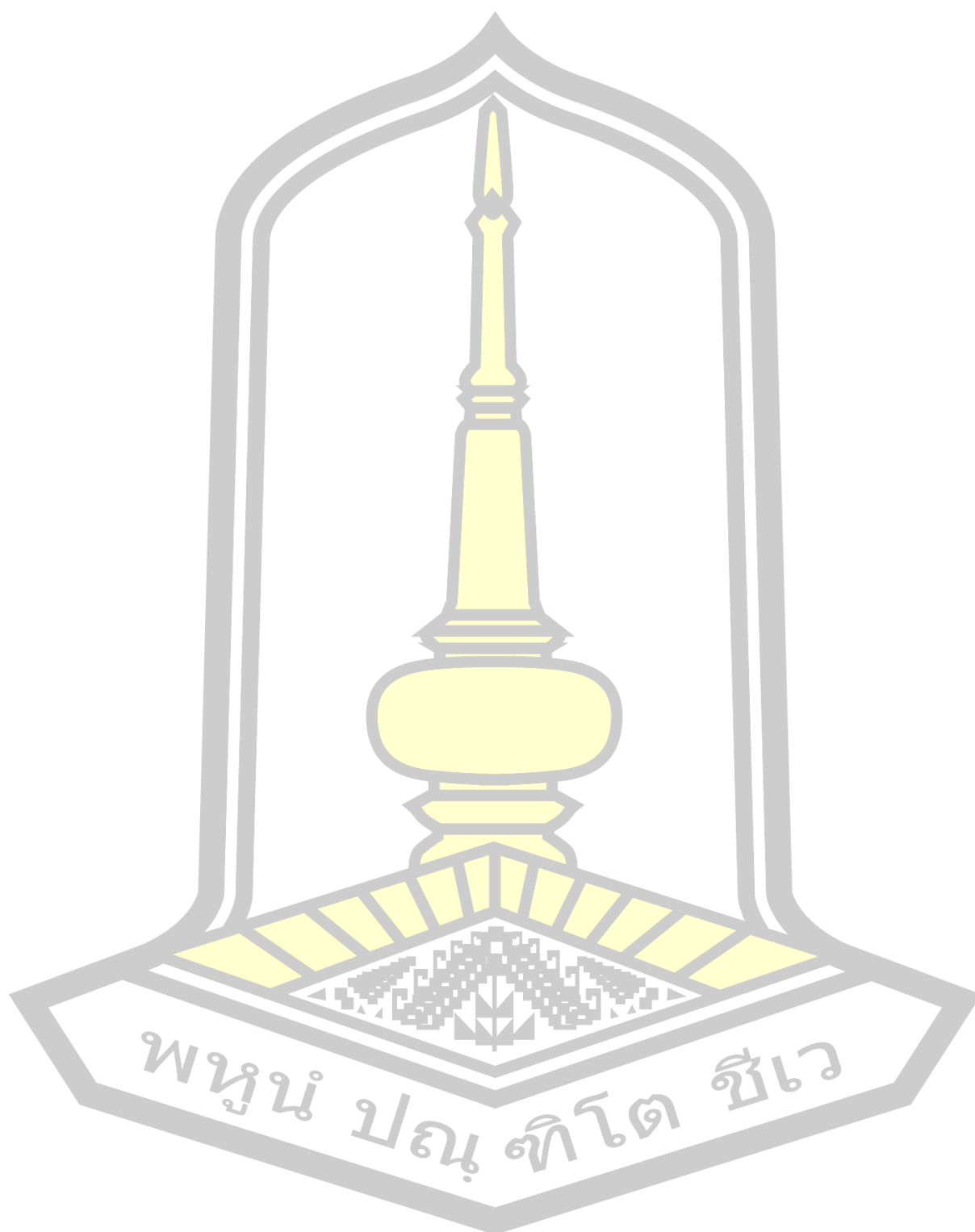
คำสำคัญ : ผู้ดูแล;ความเชื่อด้านสุขภาพ;การหกล้ม;การป้องกันการหกล้ม

TITLE	Relationship between health belief and behavior of caregiver in fall prevention among older persons in the rural community		
AUTHOR	Suttiwan Katkam		
ADVISORS	Assistant Professor Ladda Sanseeha , Ph.D. Assistant Professor Kochaporn Singhala , Ph.D.		
DEGREE	Master of Nursing Science	MAJOR	Community Nurse Practitioner
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2017

ABSTRACT

This descriptive correlational research aimed to study the relationship between health belief and behavior of caregiver in fall prevention among older persons. The systematic random sampling technique was used to recruit 312 subjects in rural area who were major caregiver. The research instruments composed of health belief perception questionnaires with CVI content validity as .88 and behavior of caregiver in fall prevention among older persons with CVI content validity as .94. The Cronbach 's alpha coefficient were .95 and .87 respectively. Descriptive analysis and Spearman rank correlation coefficient were used for data analysis. The results indicated that perceived risk of fall, perceived benefits of fall prevention, perceived barriers of fall prevention, cues to action to fall were highly positive significantly related to behavior of caregiver in fall prevention among older persons ($r = .79, .89, .86, .70$ respectively and $p < .05$) and perceived severity of fall, perceived Self- efficacy in preventing fall were very highly positive significantly related to behavior of caregiver in fall prevention among older persons ($r = .94, .90$ respectively and $p < .05$). Based on the study findings, health care team should be set up program for developing caregiver behavior for fall prevention among older persons by highly concern with health belief perception.

Keyword : Caregivers; Health beliefs; Falls; Fall prevention



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ เนื่องด้วยผู้วิจัยได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างยิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัดดา แสนสีทา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กชพร สิงห์หล้า อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์ ดร.ดรุณี รุจกรกานต์ ประธานกรรมการสอบ รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริภรณ์ อินทรหนองไผ่ อาจารย์บัณฑิตศึกษา ประจำคณะ และรองศาสตราจารย์ ดร.ประสพสุข ศรีแสนปาง กรรมการสอบผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอก ที่กรุณาช่วยขัดเกลาและตรวจสอบรายละเอียด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลบรบือ ที่กรุณาอำนวยความสะดวก ขอขอบคุณ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ด้านวิชาการ ตลอดทั้งเพื่อนนิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน รุ่นที่ 1 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ทุกท่าน ที่คอยเป็นกำลังใจ ให้ความช่วยเหลือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่มีคุณค่ายิ่ง ตลอดจนเกี่ยวด้วยความเอื้ออาทร ตลอดเส้นทางการศึกษาร่วมกัน

ขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และ ครอบครัว สำหรับความรักความห่วงใย โดยเฉพาะอย่างยิ่งให้โอกาสผู้วิจัยได้ศึกษาต่อในครั้งนี้ ขอขอบคุณพี่ ๆ และน้อง ๆ ที่ให้กำลังใจ คำปรึกษาและคอยช่วยเหลือ มีส่วนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบบูชาพระคุณบุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการศึกษาตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยจะนำความรู้ที่ได้รับไปพัฒนาการทำงานให้ดียิ่งขึ้น เพื่อประโยชน์ต่อตนเอง สังคม และประเทศชาติสืบไป

สุทธิวรร เขตคาม

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ต
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	5
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัย.....	9
1.7 กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
2.1 การหกล้มในผู้สูงอายุ.....	11
2.2 ผู้ดูแล.....	19
2.3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	21
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	26
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	30
3.1 ประชากรที่ศึกษา.....	30

3.2	กลุ่มตัวอย่าง	30
3.3	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	33
3.4	การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	36
3.5	การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	37
3.6	การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	37
3.7	การวิเคราะห์ข้อมูล	38
บทที่ 4	ผลการวิจัยและการอภิปราย.....	40
4.1	ผลการวิจัย.....	41
4.1.1	ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป	41
4.1.2	การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ.....	44
4.1.2.1	การรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ	45
4.1.2.2	การรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ.....	48
4.1.2.3	การรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ	51
4.1.2.4	การรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ.....	53
4.1.2.5	การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของ ผู้สูงอายุ.....	56
4.1.2.6	สิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ.....	59
4.1.3	พฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ.....	62
4.1.4	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยง การรับรู้ของผู้ดูแลถึงความ รุนแรง การรับรู้ของผู้ดูแลประโยชน์ การรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรค การรับรู้ถึงความสามารถ ของตนเองของผู้ดูแล และสิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการ ป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ.....	64
4.2	อภิปรายผล.....	66
	ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล.....	66

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ.....	67
ประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุและการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ.....	68
ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ.....	69
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ.....	75
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	75
5.1.1 ข้อมูลทั่วไป.....	76
5.1.2 ข้อมูลการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ.....	76
5.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ.....	77
5.2 ข้อจำกัดในการวิจัย.....	77
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	78
บรรณานุกรม.....	80
ภาคผนวก.....	87
ภาคผนวก ก หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	88
ภาคผนวก ข เอกสารพิกัดสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย.....	90
ภาคผนวก ค ใบยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย.....	95
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	97
ภาคผนวก จ หนังสือขอความอนุเคราะห์.....	110
ภาคผนวก ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	119
ภาคผนวก ช การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	121
ประวัติผู้เขียน.....	127

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 3. 1 จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกแบบมีระบบ	32
ตารางที่ 4. 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแล จำแนกตามข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป (n=312).....	42
ตารางที่ 4. 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง (n=312).....	45
ตารางที่ 4. 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยง ของการหกล้มในผู้สูงอายุจำแนกเป็นรายข้อ (n=312).....	46
ตารางที่ 4. 4 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับการรับรู้ของผู้ดูแล ถึงโอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ	47
ตารางที่ 4. 5 จำนวนและร้อยละของของผู้ดูแล จำแนกตามระดับการรับรู้ของผู้ดูแล ถึงโอกาสเสี่ยงของการหกล้มและประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ	48
ตารางที่ 4. 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรง ของการหกล้มในผู้สูงอายุ จำแนกเป็นรายข้อ (n=312)	49
ตารางที่ 4. 7 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับการรับรู้ของผู้ดูแล ถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ.....	50
ตารางที่ 4. 8 จำนวนและร้อยละของของผู้ดูแล จำแนกตามระดับการรับรู้ของผู้ดูแล ถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุและประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ.....	50
ตารางที่ 4. 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ จำแนกเป็นรายข้อ (n=312).....	51
ตารางที่ 4. 10 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับการรับรู้ของผู้ดูแลถึง ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ	52
ตารางที่ 4. 11 จำนวนและร้อยละของของผู้ดูแล จำแนกตามระดับการรับรู้ของผู้ดูแลถึง ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ และประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ	53
ตารางที่ 4. 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกัน การหกล้มในผู้สูงอายุ จำแนกเป็นรายข้อ (n=312).....	54
ตารางที่ 4. 13 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับการรับรู้ของผู้ดูแลถึง อุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ.....	55

ตารางที่ 4. 14	จำนวนและร้อยละของของผู้ดูแล จำแนกตามระดับการรับรู้ของผู้ดูแล ถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุและประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ	55
ตารางที่ 4. 15	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จำแนกเป็นรายข้อ (n=312)	56
ตารางที่ 4. 16	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ	58
ตารางที่ 4. 17	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุและประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ	59
ตารางที่ 4. 18	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุจำแนกเป็นรายข้อ (n=312).....	60
ตารางที่ 4. 19	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับสิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้ม.....	61
ตารางที่ 4. 20	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับสิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มและประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ	61
ตารางที่ 4. 21	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุจำแนกเป็นรายข้อ (n=312).....	62
ตารางที่ 4. 22	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้ม.....	63
ตารางที่ 4. 23	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มและประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ.....	64
ตารางที่ 4. 24	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยง การรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรง การรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ การรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรค การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแล และสิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ (n=312).....	65

สารบัญภาพประกอบ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการทำวิจัย.....	10
ภาพที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ปรับปรุงโดยเพิ่มปัจจัยการรับรู้ความสามารถตนเอง	25



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง จากร้อยละ 12.3 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 13.6 ในปี 2563 ประเทศไทยกำลังเผชิญเช่นเดียวกัน จากการคาดประมาณของ สำนักคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ใน พ.ศ. 2558 – 2563 สัดส่วนของ ประชากรสูงอายุวัยเริ่มต้น (อายุ 60 - 70 ปี) จากร้อยละ 13.8 เป็นร้อยละ 16.8 สัดส่วนของ ประชากรสูงอายุวัยกลาง (อายุ 70 - 80 ปี) จากร้อยละ 10.2 เป็นร้อยละ 14.1 สัดส่วนของประชากร สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) จากร้อยละ 12.7 เป็นร้อยละ 19.1 (สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) อัตราการเพิ่มขึ้นดังกล่าวเนื่องจากผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น แต่ในทางกลับกันการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายของผู้สูงอายุเสื่อมลง เกิดพยาธิสภาพหลาย ระบบ มีพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงแบบเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้เกิด ปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (พิมวรินทร์ ลิ้มสุขสันต์, 2551) สะท้อนให้ เห็นถึงการนำไปสู่ปัญหาของประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิง ทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ (สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ซึ่งปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยใน ผู้สูงอายุ 6 อันดับแรก คือ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า อาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ การเคลื่อนไหว ลำบาก ผลกระทบจากการใช้ยา และการหกล้ม (ธนวรรณ สำกำปัง, 2554) การเปลี่ยนแปลงทาง สรีระวิทยาเนื่องมาจากความชรามีส่วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มสูงขึ้น การเปลี่ยนแปลง เหล่านี้ ได้แก่ สายตาที่เสื่อมลง การได้ยินและการทรงตัวบกพร่อง ความเสื่อมของระบบประสาท สัมผัสทำให้การตอบสนองช้าลง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555; ธนวรรณ สำกำปัง, 2554; ภาวดี วิมลพันธุ์, 2556)

ซึ่งมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2555) ได้สำรวจประชากรสูงอายุไทย ในปี พ.ศ. 2550 – 2555 พบว่า สัดส่วนการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุเท่ากับ ร้อยละ 8.6 และนางชัชวราภรณ์ วรไฮ้ (2551) พบว่า การหกล้มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุหญิงมีแนวโน้มที่จะหกล้ม มากกว่าผู้สูงอายุชาย และผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเมืองมีแนวโน้มที่จะมีการหกล้มมากกว่าในเขตชนบท

จากการสำรวจประชากรสูงอายุในจังหวัดมหาสารคาม ปี 2559 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า จังหวัดมหาสารคามมีประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 145,422 คน คิดเป็นร้อยละ 15.09 ของจำนวนประชากรทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 963,484 คน และผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 194,530 คน ในปี 2560 คิดเป็นร้อยละ 20.0 จำนวนประชากรทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 972,650 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตอำเภอบรบือ รวม 14,604 คน คิดเป็นร้อยละ 18.34 ของจำนวนประชากร อำเภอบรบือ ทั้งหมด 86,914 คน (แผนกเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลบรบือ, 2560) จากการสำรวจข้อมูลสถิติผู้สูงอายุ พบว่า มีผู้สูงอายุมากที่สุด ในตำบลบรบือ และตำบลหนองสิม ที่มารับการรักษาด้วยการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มของโรงพยาบาลบรบือ ในปี 2560 พบว่า มีจำนวนทั้งสิ้น 12 คน คิดเป็นร้อยละ 2.89 จากผู้มารับบริการจำนวน 415 คน ซึ่งผู้สูงอายุที่มาด้วยการหกล้มยังพบว่า มีอาการร่วมอื่นๆ ดังนี้ กระดูกหัก 3 คน การบาดเจ็บภายในกะโหลกศีรษะ 5 คน และความดันโลหิตสูง 4 คน และในปี 2559 (แผนกเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลบรบือ, 2560) มีผู้สูงอายุที่มารับการรักษาด้วยการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม จำนวนทั้งสิ้น 18 คน คิดเป็นร้อยละ 4.25 ของผู้สูงอายุ จากผู้สูงอายุที่มารับบริการทั้งหมด จำนวน 423 คน ซึ่งผู้สูงอายุที่มาด้วยการหกล้ม ยังพบว่า มีอาการร่วมอื่น ๆ ดังนี้ บาดแผลที่ศีรษะ 4 คน กระดูกสะโพกหัก 3 คน ความดันโลหิตสูง 9 คน ภาวะกระดูกหักจากกระดูกพรุน 1 คน และความเสื่อมของระบบประสาท 1 คน (แผนกเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลบรบือ, 2560)

การหกล้มในผู้สูงอายุเกิดได้จากสองปัจจัยหลัก ๆ ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคล (นงนุช วรโธสง, 2551; ธนวรรณ สำคำปึง, 2554; พิมวรินทร์ ลิ้มสุขสันต์, 2551; เปรมกมล ขวนขวย, 2550) ปัจจัยภายในบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมี 3 ด้าน ได้แก่ 1) ปัญหาภาวะโภชนาการทั้งต่ำกว่าเกณฑ์และสูงกว่าเกณฑ์ 2) ปัญหาด้านสุขภาพ โดยพบว่า มีปัญหาระบบกล้ามเนื้อและกระดูกมากที่สุด รองลงมาคือโรคความดันและเบาหวาน และ 3) ปัญหาด้านสุขภาพจิต สำหรับปัจจัยภายนอกบุคคลที่เป็นสาเหตุให้เกิดการหกล้ม หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย ทั้งภายในบ้านและภายนอกบ้าน สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ได้แก่ แสงสว่างที่มากหรือน้อยเกินไป พื้นลื่น พื้นเปียก ทางต่างระดับ บันไดบ้านไม่มีราวเกาะ และการจัดวางสิ่งของที่ไม่เป็นระเบียบ สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน ได้แก่ ถนนนอกบ้านไม่มีบาทวิถี ทางเดินชำรุด และมีสิ่งกีดขวางทางเดิน เช่น พุ่มไม้ (นงนุช วรโธสง, 2551; ธนวรรณ สำคำปึง, 2554)

การหกล้มยังส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้สูงอายุเองและผู้ดูแล โดยส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ด้านร่างกาย พบว่า ทำให้ได้รับอันตรายจากการบาดเจ็บระดับเล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรง ซึ่งอาจทำให้พิการและเสียชีวิตได้ (เสาวลักษณ์ อุ่นละม้าย, 2553) ผลกระทบของการหกล้มต่อจิตใจ ได้แก่ ความกลัวต่อการหกล้มซ้ำ จึงทำให้ไม่กล้าเดินออกนอกบ้าน

หลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นแยกตัว และไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม บางคนไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและเกิดภาวะพึ่งพาตามมา ทำให้สูญเสียความภาคภูมิใจและควมมีคุณค่าในตนเองลดลง (ลักขณา มะรังกา, 2553; Faes, Reelick, Banning, Gier, Esselink, Rikkert, 2010; Pin & Spini, 2016) นอกจากนี้การหกล้มของผู้สูงอายุยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่คู่สมรสบุตรหลาน หรือญาติของผู้สูงอายุ เช่น ทำให้เกิดภาระไม่ว่าจะเป็นการใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น การที่ผู้ดูแลไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคมหรือมีปฏิสัมพันธ์ลดน้อยลง (Dow, Meyer, Moore, Hill, 2013) หรืออาจถึงขั้นส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพกายและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้ โดย Oldenkamp, Hagedoorn, Wittek, Stolk, Smidt (2017) พบว่า ยิ่งผู้ดูแลใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุมากยิ่งส่งผลทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตต่ำลงและส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การป้องกันการหกล้มเป็นสิ่งที่สามารถทำได้หากผู้ที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญกับปัญหานี้อย่างจริงจังและมีการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Tinetti & Speechley, 1989) และมีแนวทางการจัดการเพื่อป้องกันการหกล้มในหลากหลายด้านร่วมกัน การศึกษาวิจัยพบว่าการใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อหรือรับรู้ว่าจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคโรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อดำรงชีวิต และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคโดยไม่มีอุปสรรคมาขัดขวาง การปฏิบัติได้ (Becker, 1988 as cited in Champion and Skinner, 2008) มาประกอบการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้ม รับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้ม รับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้ม รับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้ม และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม (รัศมี มาลาหอม, 2554; วลัยภรณ์ อารีรักษ์, 2554; อธิพงษ์ ทิมพีดี, 2553; ภาวดี วิมลพันธุ์, 2556) แต่การศึกษาการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนยังมีจำกัด และพบว่าสาเหตุของการหกล้มในชุมชนส่วนใหญ่ร้อยละ 55.9 มีสาเหตุจากสิ่งแวดล้อม (เสาวลักษณ์ อุ้นละม้าย, 2553) ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับน้อย ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการหกล้มไม่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถลดความเสี่ยงของการหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนได้และมีข้อเสนอแนะว่าควรศึกษาการป้องกันการหกล้มโดยให้ครอบคลุมถึงผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และชุมชน (ละออม สร้อยแสง, 2557; เสาวลักษณ์ อุ้นละม้าย, 2553)

จากการศึกษาพบว่า การหกล้มในชุมชนมีสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2551; Al-Aama, 2011) และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันการหกล้มและปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัยเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุได้แก่ สมาชิกในครอบครัว บุตรหลานหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สำรวจข้อมูลเบื้องต้น (Pilot Study) จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้นำหมู่บ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 100 ราย ในชุมชนแห่งหนึ่งใน อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมทั้งภายในบ้านและนอกบ้านสำหรับผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้ม และสิ่งแวดล้อมที่เพิ่มความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจในการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ภายในบ้านและภายนอกบ้านมีสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ มีระดับพื้นผิวไม่เสมอกัน แสงสว่างภายในบ้านไม่เพียงพอ ทางเข้าบ้านไม่ได้อยู่ระดับเดียวกับพื้นภายนอก พรมเช็ดเท้าลื่น ขาดรั้วจริง ประตูห้องมีสิ่งกีดขวางทางเข้าออกและเป็นแบบล๊อคได้ ในห้องน้ำไม่มีโถส้วมชนิดนั่งราบ มีพนักพิง และสาย ไม่มีราวจับติดผนัง บันไดไม่มีราวจับที่ทำจากวัสดุเรียบไม่ลื่น แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุอาจยังมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงอาจจะยังมีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่ไม่เหมาะสม การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม การรับรู้ความเสี่ยงของการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงที่เกิดจากการหกล้มของผู้สูงอายุ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการหกล้ม ตลอดจนสิ่งกระตุ้นให้กระทำการป้องกันการหกล้ม จะมีประโยชน์ในการกำหนดรูปแบบ หรือกิจกรรมสำหรับส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมหรือมีพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุต่อไป ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

1.2 คำถามการวิจัย

1.2.1 ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตชุมชนชนบท เป็นอย่างไร

1.2.2 ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลในชุมชนชนบท มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท

1.3.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ โดยศึกษาในผู้ดูแล ที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย พิกการ หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง แต่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ โดยผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ ที่ให้การดูแลโดยไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทน อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกันหรืออาณาบริเวณใกล้เคียงกัน ซึ่งเป็นการตั้งบ้านเรือนอยู่ในชุมชนเดียวกันในเขตชนบท ตำบลบรือ และตำบลหนองสิม อำเภอบรือ จังหวัดมหาสารคาม โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน ธันวาคม 2560

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.5.1 การหกล้ม

นิยามศัพท์เชิงทฤษฎี หมายถึง การหกล้มเป็นการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งร่างกายจากการล้ม ถลาหรือตกลงไปสู่พื้นผิวอื่นที่ต่ำกว่าร่างกาย เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจและไม่สามารถควบคุมได้ อาจส่งผลให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บหรือไม่ได้รับบาดเจ็บก็ได้ (พิมวรินทร์ ลิ้มสุขสันต์, 2551)

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติ หมายถึง การที่บุคคลล้มลงสู่พื้นหรือพบว่านอนอยู่ที่พื้น หรือเป็นภาวะที่ล้มไปกระทบกับวัสดุอุปกรณ์ที่อยู่ในบริเวณนั้น เช่น แก้ว ไม้ โต๊ะ แล้วต้องพยายามดิ้นตัวกลับมาเพื่อการทรงตัว โดยลักษณะอาการดังกล่าวเกิดภายในบริเวณบ้านและภายนอกบริเวณบ้านของผู้สูงอายุ

1.5.2 ผู้ดูแล

นิยามศัพท์เชิงทฤษฎี หมายถึง ผู้ให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่าง ๆ ที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม อารมณ์ โดยมีความผูกพันทางเครือญาติ” (Ross & Mackenzie, 1996, อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัจย์, 2549)

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติ หมายถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย พิกการ หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง แต่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ โดยผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ ที่ให้การดูแลโดยไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทน อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกันหรืออาณาบริเวณใกล้เคียงกัน ซึ่งเป็นการตั้งบ้านเรือนอยู่ในชุมชนเดียวกันในเขตชนบท

1.5.3 ผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์เชิงทฤษฎี หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) เท่ากับหรือมากกว่า 12 คะแนน ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม (สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) เท่ากับหรือมากกว่า 12 คะแนน ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม (สำนักงานอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

1.5.4 ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยเลือกมาในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบไปด้วย 1.5.4.1 การรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ 1.5.4.2 การรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ 1.5.4.3 การรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ 1.5.4.4 การรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ 1.5.4.5 การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ 1.5.4.6 สิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้

1.5.4.1 การรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์เชิงทฤษฎี หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงเสี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการร้ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ (Becker at el, 1988, อ้างอิงใน Champion V.L.and Skinner C.S, 2008)

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติ หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงของผู้สูงอายุที่จะหกล้มหรือหกล้มซ้ำ ได้แก่ สาเหตุหรือปัจจัยที่จะทำให้ผู้สูงอายุหกล้ม แบ่งเป็น ปัจจัยภายในตัวบุคคล คือ อาการต่าง ๆ ได้แก่ หน้ามืด วิงเวียน หลงลืม กล้ามเนื้ออ่อนแรง เหนื่อยล้า การเดินลำบาก การทรงตัวไม่ดี การมีโรคประจำ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปวดข้อ กระดูกพรุน ความผิดปกติของสายตา ฯลฯ ตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป การใช้ยาในครั้งเดียวมากกว่า 4 ชนิดขึ้นไป การมีประวัติเคยหกล้ม

ลัม และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ แสงสว่างภายในบ้าน ลักษณะพื้นบ้าน การมีสิ่งกีดขวางทางเดินภายในบ้าน ลักษณะของห้องน้ำ ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.5.4.2 การรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์เชิงทฤษฎี หมายถึง การรับรู้ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่าง ๆ ของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งจากผลการวิจัยจำนวนมาก พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมี่ความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค(Becker at el, 1988, อ้างอิงใน Champion V.L.and Skinner C.S, 2008)

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ หมายถึง การรับรู้ปัญหาและผลกระทบของการหกล้มในผู้สูงอายุ ในด้านความรุนแรงของการหกล้ม การก่อให้เกิดการเสียชีวิต ความพิการ การเกิดโรคแทรกซ้อน ทำให้เกิดความยากลำบากและต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา มีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ หรือมีผลกระทบต่อการทำงานที่ การงานของผู้ดูแล ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.5.4.3 การรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์เชิงทฤษฎี หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งทีก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย (Becker at el, 1988, อ้างอิงใน Champion V.L.and Skinner C.S, 2008)

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ หมายถึง การที่ผู้ดูแลรับรู้ประโยชน์ ผลดีของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ หรือการหลีกเลี่ยงผลกระทบในด้านลบของการหกล้มในผู้สูงอายุได้ ได้แก่ ทำให้ผู้สูงอายุไม่หกล้ม ผู้สูงอายุไม่เสียชีวิต ผู้สูงอายุไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆของการหกล้ม ผู้สูงอายุไม่เกิดความพิการ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลเมื่อผู้สูงอายุเกิดการหกล้ม ไม่ต้องสูญเสียรายได้เนื่องจากไม่ได้ทำงานหรือต้องลางานเพื่อดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.5.4.4 การรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์เชิงทฤษฎี หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้น

จากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้น
ขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการ
ป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษา
โรคได้(Becker et al, 1988, อ้างอิงใน Champion V.L.and Skinner C.S, 2008)

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการ
ป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุหกล้ม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อตนเองและทำให้ไม่ปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันการ
หกล้ม ได้แก่ ความอายของสูงอายุ การขาดรายได้หรือไม่มีรายได้เพียงพอ การป้องกันการหกล้มต้อง
ใช้ค่าใช้จ่ายสูง การขาดอุปกรณ์ การไม่มีเวลาเพียงพอ ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้าง
ขึ้น

1.5.4.5 การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของ ผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์เชิงทฤษฎี หมายถึง เป็นการตัดสินใจความสามารถตนเองว่าสามารถปฏิบัติ
พฤติกรรมหรือทำงานได้ในระดับใดโดยไม่คำนึงถึงทักษะ บุคคลจะตัดสินใจความสามารถของตนเองจาก
ความคาดหวังในผลลัพธ์ ซึ่งเป็นการตัดสินใจอยู่บนพื้นฐานของการพิจารณาผลลัพธ์ที่อาจจะเกิดขึ้น แต่
ในขณะที่การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นการตัดสินใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ
สำเร็จ(Becker et al, 1988, อ้างอิงใน Champion V.L.and Skinner C.S, 2008)

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ หมายถึง การรับรู้หรือความเชื่อของผู้ดูแลผู้สูงอายุว่า
ตนเองจะสามารถป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุหกล้ม โดยการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการ
หกล้มของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยภายในบุคคลหรือปัจจัยภายนอกบุคคลของผู้สูงอายุ ซึ่งประเมิน
ได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.5.4.6 สิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์เชิงทฤษฎี หมายถึง เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นให้บุคคลกระทำ
ให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง Becker ได้กล่าวว่า เพื่อให้โมเดลความเชื่อด้านสุขภาพมีความสมบูรณ์นั้น
จะต้องพิจารณาถึงสิ่งที่มากระตุ้นให้บุคคลกระทำ มี 2 ด้าน คือ สิ่งกระตุ้นภายใน ได้แก่ การรับรู้
สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งกระตุ้นภายนอก ได้แก่ การให้
ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา
มารดา เป็นต้น (Becker et al, 1988, อ้างอิงใน Champion V.L.and Skinner C.S, 2008)

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ หมายถึง เหตุการณ์หรือสิ่งที่มาชักนำให้ผู้ดูแลเกิด
พฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ การได้รับความรู้เกี่ยวกับการหกล้มและการ
ป้องกันการหกล้มจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการหกล้ม

ล้มและการป้องกันการหกล้มผ่านทางสื่อต่าง ๆ การเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามเณร ภรรยา บิดามารดา เพื่อนบ้าน ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.5.5 พฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์เชิงทฤษฎี หมายถึง พฤติกรรมสามารถถือได้ว่าเป็นการแสดงออกของสิ่งมีชีวิตซึ่งเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัว พฤติกรรมนำสัญญาณออกจากสิ่งมีชีวิตสู่สิ่งแวดล้อม(Dusenbery, David B. 2009)

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ หมายถึง การกระทำของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้ม โดยการขจัดหรือลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อันชักนำหรือเป็นสาเหตุให้เกิดการหกล้ม การส่งเสริมให้ร่างกายผู้สูงอายุสามารถดำรงความสมดุล การหลีกเลี่ยงไม่ให้ผู้สูงอายุกระทำกิจกรรมที่อาจทำให้เกิดการหกล้ม และการจัดการหรือปรับเปลี่ยนปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่อาจก่อให้เกิดการหกล้ม ซึ่งวัดได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัย

1.6.1 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

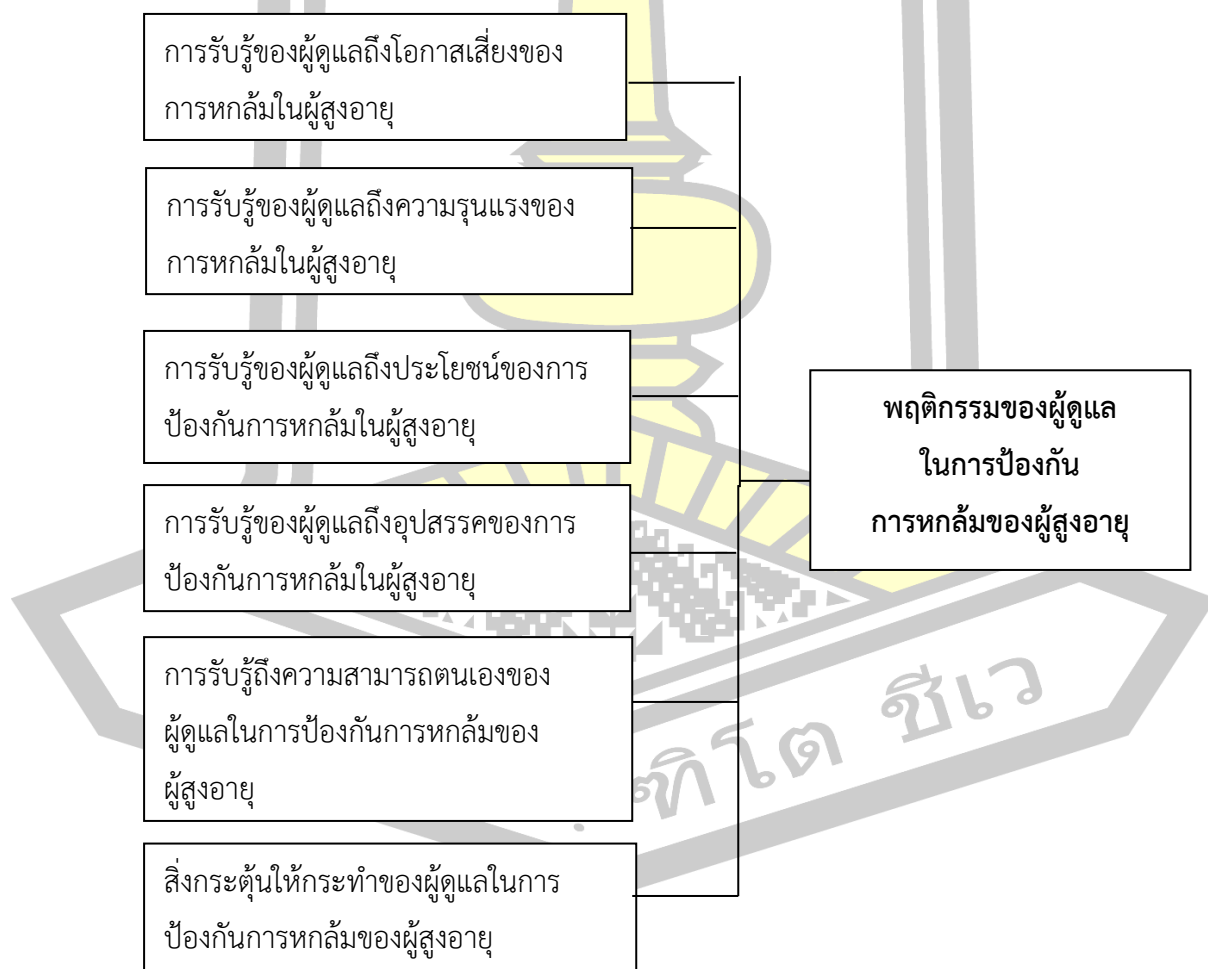
1.6.2 เพื่อเป็นข้อมูลในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

1.6.3 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานการสร้างโปรแกรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน

1.7 กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมในเรื่องพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยมีความเชื่อพื้นฐานในการทำวิจัย คือ การที่บุคคลจะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหรือป้องกันปัญหาสุขภาพ บุคคลจะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้น ๆ ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลตระหนักถึงภาวะคุกคาม ทำให้ตัดสินใจเลือกทางออกที่ดีที่สุด โดยมีการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ตลอดจนคำนึงถึงค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น ที่จะนำไปสู่แรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ ทั้งนี้มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และสิ่งกระตุ้นให้กระทำ สำหรับพฤติกรรม

ป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่สามารถทำได้แต่ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง จึงต้องอาศัยผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการกระตุ้นพฤติกรรมโดยผ่านการรับรู้ที่ถูกต้องและจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดปัญหาการหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพการที่บุคคลมีการรับรู้ที่ดีในการป้องกันการหกล้มจะทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างเหมาะสมตามมาด้วย ในวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จึงได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Becker et al, 1988; อ้างใน สุรีย์พันธ์ วง พงศธร, 2558) โดยนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย การที่บุคคลมีพฤติกรรมความเชื่อด้านสุขภาพ ตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถ ร่วมกับสิ่งกระตุ้นให้กระทำส่งผลให้เกิดพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ รับรู้ว่าพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ตนกระทำนั้นเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและต่อตน ดังแผนภูมิที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1. การหกล้มในผู้สูงอายุ
 - 2.1.1 ความหมายของการหกล้มในผู้สูงอายุ
 - 2.1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุ
 - 2.1.3 ผลกระทบจากการหกล้มในผู้สูงอายุ
 - 2.1.4 การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ
- 2.2. ผู้ดูแล
- 2.3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
- 2.4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1. การหกล้มในผู้สูงอายุ

2.1.1 ความหมายของการหกล้มในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีผู้ให้ความหมายของการหกล้มในผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน ดังนี้

Choi, Moon & Song (2005) ให้ความหมายว่า การหกล้มเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันที หรือไม่ได้ตั้งใจ ส่งผลให้ลงมาสู่พื้น โดยอาจสูญเสียความรู้สึกตัวหรือไม่ก็ตาม

Lyons (2005) ให้ความหมายว่า การหกล้มเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลลงไปอยู่ในท่าพักโดยไม่ได้ตั้งใจบนพื้นหรือระดับที่ต่ำกว่าทำยืน นิ่งหรือขนานกับแนวพื้นราบ

Maccarter-Bayer, Bayer & Hall (2005) ให้ความหมายว่า การหกล้มเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหันและไม่ได้ตั้งใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุลงมาสู่พื้น และอาจทำให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บหรือไม่ก็ตาม

พิมวรินทร์ ลิ้มสุขสันต์ (2551) ให้ความหมายว่า การหกล้มเป็นการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งร่างกายจากการลื่น ถลาหรือตกลงไปสู่อื่นที่ต่ำกว่าร่างกาย เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจและไม่สามารถควบคุมได้ อาจส่งผลให้ร่างกายได้รับบาดเจ็บหรือไม่ได้รับบาดเจ็บก็ได้

เปรมกมล ขวนขวย (2550) การหกล้มตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขที่ 10 (ICD-10) หมายถึง การเปลี่ยนท่าโดยไม่ตั้งใจและเป็นผลให้ร่างกายทรุด หรือลงนอนกับพื้นหรือปะทะสิ่งของต่าง ๆ เหตุการณ์ดังกล่าวเกิดภายในบ้านหรือนอกบ้านโดยไม่นับรวมการหกล้มที่เกิดจากอุบัติเหตุร้ายแรง เช่น ถูกรถชน

สำหรับการหกล้มในงานวิจัยครั้งนี้ให้คำนิยามคำว่า “หกล้ม” หมายถึง ภาวะที่บุคคลล้มลงไปสู่พื้นหรือพบว่านอนอยู่ที่พื้น หรือเป็นภาวะที่ล้มไปกระแทกกับวัสดุอุปกรณ์ที่อยู่ในบริเวณนั้น เช่น เก้าอี้ โต๊ะ แล้วต้องพยายามดิ้นตัวกลับมาเพื่อการทรงตัวโดยลักษณะอาการดังกล่าวเกิดขึ้นภายในบริเวณบ้านและภายนอกบ้านของผู้สูงอายุ

2.1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์เกี่ยวโยงกับปัจจัยหลายอย่างร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล หรือปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุ และปัจจัยภายนอกบุคคล หรือปัจจัยที่เกิดจากสภาพแวดล้อม (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544 อ้างถึงใน เสาวลักษณ์ อุ่นละม้าย, 2553)

2.1.2.1 ปัจจัยภายในบุคคล หรือปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุ ปัจจัยภายในบุคคลที่เป็นสาเหตุของการการหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการชราภาพ และปัจจัยที่เกิดจากการเจ็บป่วยหรือพยาธิสภาพของโรค ดังนี้

1) ปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการชราภาพ ได้แก่

1.1) การเปลี่ยนแปลงในระบบสมองและประสาท พบว่าความไวของการรับรู้ความรู้สึกลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ตำแหน่ง ความสามารถในการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงนอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทอัตโนมัติซึ่งทำหน้าที่ควบคุมร่างกายให้อยู่ในดุลยภาพ พบว่ามีการเสื่อมลงในวัยสูงอายุ โดยจำนวนประสาทซิมพาเทติก และอัตราการนำพลังของเส้นประสาทลดลงถึงร้อยละ 10-15 เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีปฏิกิริยาต่อสิ่งเร้าเชื่องช้า เช่น ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ทำให้ผู้สูงอายุหน้ามืดวิงเวียน เกิดการหกล้มตามมา ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองไม่สามารถคิดและหาเหตุผลได้ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ราว 2 เท่า ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมจะหกล้มได้ง่าย จากการตัดสินใจที่ไม่ดีการกระะยะผิดพลาด ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการทรงตัวได้ง่าย (จรงค์ ศุภกิจเจริญ, 2551: 202)

1.2) การมองเห็น จะพบการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมลงของสายตา ได้แก่ เกิดการหนาตัว การขุ่นและแข็งขึ้นของเลนส์ตา มีผลต่อการปรับสายตาเกี่ยวกับความชัดเจน การรับรู้ความตื้นลึกความไวต่อแสง และการปรับตัวต่อความมืดจอตาลที่ลดลง ซึ่งลดลงอย่างเด่นชัดในช่วงอายุ 70 - 79 ปี สาเหตุของการมองเห็นที่ทำให้หกล้มบ่อย ๆ เช่น ต้อกระจก โรค Macular Degeneration สายตายาวจากความชรา การใช้แว่นตาที่เสื่อมสมรรถภาพ หรือใช้เลนส์ไม่เหมาะสม หรือการเดินในที่มืด (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

1.3) การเปลี่ยนแปลงของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ จากการศึกษาพบว่า เมื่ออายุ 60 - 70 ปี มวลกล้ามเนื้อ ความแข็งแรง และความสามารถในการประสานงานของกล้ามเนื้อ ลดลงถึงร้อยละ 20 - 40 ร่วมกับมีการเสื่อมของข้อต่อและเอ็นรอบ ๆ ข้อ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554) ซึ่งทำให้การเคลื่อนไหวของข้อและความเร็วในการตอบสนองลดลงนอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของโครงร่างและกล้ามเนื้อยังมีผลต่อท่าทางการเดิน ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถยกเท้าได้สูงเท่ากับที่เคยทำได้ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงในการเคลื่อนไหวของสะโพกในการรับน้ำหนักของขาขณะที่เดิน โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิงมีลักษณะการเดินคล้ายเป็ด ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุมีการสะดุด เมื่อเดินบนทางที่มีพื้นขรุขระหรือต่างระดับ (ศิรินาท แชนอก, 2553: 36)

1.4) ระบบทางเดินปัสสาวะ กระบวนการสูงวัยมีผลทำให้การทำหน้าที่ของระบบทางเดินปัสสาวะลดลง โดยพบว่าความสามารถบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะและความจุในกระเพาะปัสสาวะลดลง ร่วมกับกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกราน กล้ามเนื้อรอบ ๆ ท่อปัสสาวะอ่อนกำลังลง และตัวรับการกระตุ้นต่อการยืดขยายในกระเพาะปัสสาวะทำงานลดลง(จงรักษ์ ศุภกิจเจริญ, 2551: 202) ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาคลื่นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งเป็นสาเหตุต้องเข้าห้องน้ำบ่อยขึ้นและมีความเร่งรีบเข้าห้องน้ำไม่ทัน ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย(ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

1.5) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บทบาทในสังคมเปลี่ยนไป เช่น การที่ต้องออกจากงานทำให้สูญเสียตำแหน่ง รายได้ลดน้อยลง การสูญเสียและพลัดพรากจากสิ่งที่ตนเคยรักใคร่ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554) อาจก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งจะต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งที่เปลี่ยนไปให้ได้ ถ้าปรับตัวไม่ได้ก็จะเกิดพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น อาการเหงา ว้าเหว อาการหลงลืม วิดกกังวล และซึมเศร้าทำให้การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมช้าลง และการตัดสินใจไม่ดีในเรื่องความปลอดภัยเมื่ออยู่ตามลำพัง ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย และจากการศึกษาระดับชาติของผู้สูงอายุไทย พบว่า สุขภาพจิตที่ไม่ดีเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการหกล้ม(สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

2. ปัจจัยที่เกิดจากการเจ็บป่วยหรือพยาธิสภาพของโรค ได้แก่

2.1 ความผิดปกติของหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต เป็นสาเหตุสำคัญของการหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ การเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง เกิดความดันโลหิตต่ำหรือหัวใจทำงานล้มเหลวได้ซึ่งเป็นอาการนำและเกิดการหกล้มที่ทำให้ผู้สูงอายุมาโรงพยาบาลและภาวะที่มีคาโรติดไซน์สมิปฏิบัติกริยาไวผิดปกติ เกิดภาวะหัวใจเต้นช้าและความดันโลหิตต่ำ ซึ่งทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง เป็นผลให้เกิดอาการวิงเวียน หน้ามืดเป็นลมเกิดการหกล้ม จากการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการหกล้มกับภาวะ Postural hypotension โดยใช้ Tilt table test พบว่า ผู้ที่มีประวัติหกล้มประมาณร้อยละ 35 จะพบมีภาวะ Postural hypotension (จันทนา รณฤทธิชัย และ วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2548; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554)

2.2 พยาธิสภาพในระบบสมองและประสาท ได้แก่ โรคอัลไซเมอร์ สมองเสื่อมจากเนื้อสมองตาย โรคหลอดเลือดในสมอง โรคพาร์กินสัน และโรคสมองเสื่อม ทำให้ผู้สูงอายุมีท่าเดินผิดปกติและสูญเสียการทรงตัวได้ง่าย ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการหกล้มตามมา ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองไม่สามารถคิดและหาเหตุผลได้ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ราว 2 เท่า ส่วนผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม จะหกล้มได้ง่ายจากการตัดสินใจที่ไม่ดี การกระชกกระทัดรัดทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการทรงตัวได้ง่าย (จรงค์ ศุภกิจเจริญ, 2551: 202)

2.3 ความผิดปกติของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดปัญหาการทรงตัวไม่มั่นคง เช่น การสูญเสียสภาวะจากการที่ร่างกายไม่ได้เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน หรือโรคเรื้อรังทางกายเช่น โรคข้อเสื่อม โดยเฉพาะข้อเข่าและข้อสะโพกนอกจากนี้อาการผิดปกติและโรคของเท้า เช่น ตาปลา หูด แผลเป็น หรือโครงสร้างของเท้าผิดปกติ ทำให้เกิดความเจ็บปวดขณะเดินหรือเปลี่ยนท่าเกิดการหกล้มตามมาได้ (จรงค์ ศุภกิจเจริญ, 2551: 201)

2.4 ความผิดปกติของสมดุลกรดต่างและอิเล็กโตรไลต์ ทำให้กลไกการทรงตัวลดลง ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ทำให้ใจสั่นหรือหน้ามืดเป็นลม เกิดการหกล้มตามมา ระดับโซเดียมที่สูงหรือต่ำกว่าปกติมีผลต่อการทำงานของสมองทำให้เกิดอาการซึมหรือสับสน และระดับโปแตสเซียมที่ต่ำกว่าปกติทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มตามมา (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

2.5 การใช้ยา ผู้สูงอายุมักจะได้รับยาหลายชนิด มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากความชราต่อเภสัชจลนศาสตร์ และเภสัชพลศาสตร์ของยา และความผิดพลาดทั้งจากตัวผู้ป่วยและแพทย์ ซึ่งทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา และทำให้เกิดผลข้างเคียงหรือพิษของยาได้ง่าย ยาจะมีผลต่อกลไกการทรงตัว เช่น ยารักษาภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Classa, ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ได้แก่ ยานอนหลับ และยาด้านซึมเศร้าซึ่งมีผลทำให้ง่วงซึม เดินโซเซ กระวนกระวายและสับสน, ยาลดความดันโลหิตและยาขับปัสสาวะ ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยน

ท่า หรือปัสสาวะบ่อยสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ร่วมกับการได้รับยาขับปัสสาวะ ทำให้มีความเร่งรีบเข้าห้องน้ำ อาจเกิดการลื่นหรือสะดุดล้มตามมาได้ (วัฒนา พันธุ์ศักดิ์, 2548; ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

2.6 การดื่มแอลกอฮอล์ จะมีผลรบกวนการส่งกระแสประสาท และกดระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้การทำงานเกี่ยวกับกลไกการทรงตัวไม่มั่นคง ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มตามมา (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555)

ปัจจัยภายในบุคคลที่กล่าวมา พบว่า การหกล้มในผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับกระบวนการสูงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ร่วมกับปัญหาการเจ็บป่วยหรือพยาธิสภาพของโรคต่าง ๆ ซึ่งในผู้สูงอายุมัก พบว่า จะมีโรคประจำตัวหลายโรค และมีการใช้ยาหลายชนิด ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยาที่ได้รับซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อกลไกการทรงตัวของร่างกายลดลงทั้งโดยตรงและโดยอ้อม จึงทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆ

2.1.2.2 ปัจจัยภายนอกบุคคล หรือปัจจัยที่เกิดจากสภาพแวดล้อม ปัจจัยภายนอกบุคคลที่เป็นสาเหตุของการการหกล้มในผู้สูงอายุ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยทั้งภายในและภายนอกบ้าน(นงนุช วรโธสง, 2551; ธนวรรณ สำก้าปัง, 2554; สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2544 อ้างถึงใน เสาวลักษณ์ อุณหะมัย, 2553) ได้แก่

2.1.2.2.1 สิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มดังนี้

1. พื้นบ้านเป็นมันลื่น เช่น การปูพื้นด้วยกระเบื้องเคลือบ หินขัด หินแกรนิต พื้นไม้ขัดเงา ทำให้เสี่ยงต่อการลื่นหกล้มได้ง่ายโดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีการทรงตัวไม่ดี
2. พื้นบ้านต่างระดับที่สังเกตเห็น เนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นและการแยกความแตกต่างของระดับทำได้ลำบาก ทำให้การกระเหย่งก้าวทำผิดพลาดเกิดหกล้มได้
3. ประตูบ้านที่ขอบธรณีประตู เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีลักษณะก้าวย่างช้าก้าวสั้นและยกเท้าต่ำ เมื่อมีขอบธรณีประตูจะทำให้เดินสะดุดเกิดการหกล้มได้ รวมถึงประตูบ้านที่มีลักษณะการเปิดปิดลำบาก
4. แสงสว่างภายในบ้านไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับสายตากรมองเห็นไม่ชัดเจนอยู่แล้วเมื่อภายในบ้านมืดสลัวแสงสว่างไม่เพียงพอ ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย
5. การจัดเปลี่ยนเฟอร์นิเจอร์บ่อย ๆ ทำให้ผู้สูงอายุจำสภาพแวดล้อมไม่ได้ซึ่งเสี่ยงต่อการเดินสะดุดหกล้มได้ง่าย รวมถึงการจัดวางสิ่งของภายในบ้านไม่เป็นระเบียบ
6. พรมเช็ดเท้าลื่น ขาดรู้งิ่ง หรือขอบสูงเกินไป ทำให้เดินสะดุด ลื่นหกล้ม

7. บันไดบ้านชันและไม่มีราวบันได ราวบันไดไม่มีความแข็งแรงมั่นคง มีการวางสิ่งของตามขั้นบันได การตกจากบันไดบ้านส่วนใหญ่มักมีสาเหตุจากการลื่นหรือก้าวเท้าพลาด ไถลขณะเดินขึ้นบันได ผู้สูงอายุบางคนอาจมีสิ่งของในมือจนไม่สามารถใช้มือเกาะจับราวบันไดได้ ทำให้เกิดการก้าวพลาดบันไดได้

8. ห้องน้ำห้องส้วม ไม่เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่

1) ที่ตั้ง อยู่ภายนอกบ้าน อยู่ไกล ทำให้ผู้สูงอายุไม่สะดวกในการเข้าห้องน้ำ
2) พื้นลื่น ไม่สะอาด ส่วนใหญ่พบว่า มักจะเปียกตลอดเวลา เนื่องจากห้องน้ำห้องส้วมในบ้านของคนไทย บริเวณอาบน้ำและสุขาจะอยู่รวมในห้องเดียวกัน และมีได้แบ่งบริเวณที่เปียกและแห้ง เวลาอาบน้ำจึงมักทำให้น้ำไหลเปียกทั่วห้อง ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการลื่นล้มได้

3) ไม่มีราวเกาะในห้องน้ำห้องส้วม ผู้สูงอายุมักมีปัญหากล้ามเนื้อขาดความแข็งแรง มีการเสื่อมของข้อต่อ การลุก การนั่งไม่คล่องแคล่ว จึงมีความยากลำบากในการลุกขึ้น และนั่งลงบนโถส้วม ขณะทำกิจกรรมซับซ้อน ทำให้มีโอกาสที่จะเกิดการหกล้มได้ ถ้ามีราวจับเกาะจะช่วยให้การทรงตัวดีขึ้น

4) การวางของใช้เกาะในห้องน้ำ ทำให้ผู้สูงอายุเดินสะดุด ลื่นล้มง่าย

5) ลักษณะโถส้วมไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น เป็นส้วมแบบนั่งยอง

2.1.2.2.2 สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน ได้แก่ สถานที่ที่ผู้สูงอายุไปเป็นประจำในชุมชน

ได้แก่

1) ถนนในชุมชน ทางชำรุด ไม่มีบาทวิถี ไม่มีสะพานลอยหรือทางม้าลายสำหรับข้ามถนน หรือมีสิ่งกีดขวาง เช่น พุ่มไม้

2) วัด รอบเจดีย์เป็นพื้นขี้ดมัน บันไดปูด้วยหินอ่อน ซึ่งทำให้ลื่น

3) ตลาด แผงขายของที่จัดวางไม่เป็นระเบียบและทางเดินแคบ

4) หุ่นยนต์ มีคันทาคูลอง ซึ่งมีพื้นไม่สม่ำเสมอ อาจเปียกแฉะ ลื่น

2.1.3 ผลกระทบจากการหกล้มในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่หกล้มจะได้รับอันตรายทั้งทางด้านร่างกาย ตั้งแต่เล็กน้อย รุนแรง จนถึงเสียชีวิต และมีผลกระทบด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจด้วย สำหรับผลกระทบด้านร่างกาย อาจได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย ได้แก่ ฟกช้ำ เคล็ดขัดยอก ไปจนถึงบาดเจ็บรุนแรง เช่น ข้อเคลื่อน กระดูกหัก การบาดเจ็บของสมองจนถึงอาจเสียชีวิตได้ การบาดเจ็บที่รุนแรงที่พบบ่อยคือกระดูกสะโพกหัก นอกจากนี้ยังส่งผลให้ต้องนอนโรงพยาบาล และเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา เช่น การติดเชื้อ แผลกดทับ เป็นต้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่เกิดการหกล้มยังมีการสูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ส่งผลกระทบต่อจิตใจสูญเสียความมั่นใจในตนเองเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว

อย่างปลอดภัย มีความกังวลว่าตนเองจะเกิดการหกล้มซ้ำทำให้เกิดภาวะความกลัวการหกล้ม รวมถึงภาวะซึมเศร้า และการมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง ส่วนปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ การหกล้มและภาวะกระดูกหักนอกจากจะนำมาซึ่งความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยแล้วยังทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ทั้งต่อครอบครัวของผู้สูงอายุเอง และต่อสังคมส่วนรวมได้แก่ค่ารักษาพยาบาลขณะอยู่ในโรงพยาบาล การสูญเสียเวลาทำงานของญาติ การดูแลในระยะยาวเมื่อเกิดความพิการมีการคาดประมาณผลกระทบทางเศรษฐกิจของการหกล้มในผู้สูงอายุที่ฮ่องกง พบว่า มีความสูญเสียถึง 71 ล้านเหรียญสหรัฐต่อปี (Chu LW & Chiu AY, 2008, อ้างใน ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554) ขณะที่ในสหรัฐอเมริกามีการศึกษาผลกระทบของการหกล้มในผู้สูงอายุในปี ค.ศ. 2000 พบอุบัติการณ์ของการหกล้มที่ทำให้เสียชีวิต 10,300 ราย เมื่อคิดเฉพาะค่ารักษาพยาบาลจะเท่ากับ 200 ล้านเหรียญ ส่วนอุบัติการณ์ของการหกล้มที่ไม่ทำให้เสียชีวิตเท่ากับ 2.6 ล้านราย คิดเป็นค่ารักษาพยาบาลเท่ากับ 19,000 ล้านเหรียญเกิดในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย 2-3 เท่า (Stevens JA & Corso PS. 2006, อ้างใน ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554) ดังนั้น การหกล้มจึงนับได้ว่าเป็นการสูญเสียเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศชาติ

สรุปได้ว่า การหกล้มในผู้สูงอายุ จะมีผลกระทบเกิดขึ้นทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเอง ได้แก่ การบาดเจ็บ ซึ่งทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และอาจทำให้เสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความมั่นใจในการเคลื่อนไหว กลัวการหกล้ม ทำให้ต้องเป็นภาระของผู้ดูแลและครอบครัว อีกทั้งยังมีการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา รวมทั้งเป็นภาระของสถานพยาบาลที่ต้องดูแลรักษาผู้สูงอายุที่เกิดการหกล้มเพิ่มขึ้น

2.1.4 การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุประกอบด้วย การสร้างสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย การประเมินความเสี่ยง การลดปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคล และประเมินผลการดำเนินการแก้ไข การที่ผู้สูงอายุจะสามารถป้องกันการหกล้มได้นั้น ควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม ในการลดหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มที่เกิดจากปัจจัยภายใน หรือปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุ และปัจจัยภายนอก หรือปัจจัยที่เกิดจากสภาพแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุชักนำให้เกิดการหกล้มของผู้สูงอายุ สามารถแบ่งการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเป็นด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2558) ดังนี้

2.1.4.1 ปัจจัยภายในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

2.1.4.1.1 การจัดการปัญหาการมองเห็นไม่ชัดเจน ส่วนมากผู้สูงอายุจะมี สายตา ยาวขึ้นมองเห็นภาพใกล้ไม่ชัด ความสามารถในการอ่านและลานสายตาแคบลง ควรสวมแว่นตา ตามคุณสมบัติที่แพทย์หรือผู้ที่ชำนาญทางการวัดสายตาคำหนดหลังการตรวจสอบ เพื่อเป็นการแก้ไขความผิดปกติของสายตา ความไวในการมองตามภาพลดลง ทำให้การมองระยะทางกีด

ขวางไม่ชัดเจนคาดคะเนระยะผิดพลาดไป หากผู้สูงอายุไม่มีความระมัดระวังทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย

2.1.4.1.2 บริหารกล้ามเนื้อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความยืดหยุ่น ชะลอความเสื่อมของข้อต่อ โดยเฉพาะข้อเข่าเสื่อม ปวดข้อ กำลังและความเร็วในการตอบสนองของกล้ามเนื้อข้อเท้ารวมทั้งกำลังของข้อเข่าที่ลดลง ซึ่งจะมีผลต่อท่าทางการเดิน ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะรู้สึกว่าจะไม่สามารถยกเท้าได้สูงเท่ากับที่เคยทำได้ หากผู้สูงอายุเดินในบริเวณที่มี ทางต่างระดับ หรือไม่มีการระมัดระวังทำให้เกิดการสะดุดหกล้มได้ง่าย

2.1.4.1.3 การเปลี่ยนอิริยาบถ ท่าทางหรืออิริยาบถที่อาจทำให้เสี่ยงต่อการหกล้ม เช่น การผูกคอกันที่ทันใด ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำลง หน้ามืดเป็นลมหกล้มได้ง่าย

2.1.4.1.4 การไ้ยา การใช้ยาเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดการหกล้ม ดังนั้นการใช้ยาควรถูกต้องตามแผนการรักษา ไม่ควรซื้อยามาใช้เองเพิ่มจากคำสั่งของแพทย์ กรณีที่จำเป็นต้องรักษาด้วยยาในขณะเดียวกันหลายท่านควรมีการปรึกษาเรื่องการใช้ยาทั้งหมดกับแพทย์ด้วย รวมถึงการระมัดระวังและสังเกตความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา ซึ่งผลข้างเคียงของยาที่อาจทำให้เกิดการหกล้ม

2.1.4.2 ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย

ในปัจจุบันสังคมไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงได้มีการให้คำแนะนำในการปรับสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุการป้องกันการหกล้มภายในบ้านและภายนอกบ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข (สถาปนิกอาสา-วิศวกรใจดี, 2558) แบ่งได้ดังต่อไปนี้

2.1.4.2.1 การป้องกันการหกล้มในห้องน้ำ ควรปฏิบัติดังนี้

ควรมีส้วมหรืออุปกรณ์กันลื่น ในอ่างน้ำ หรือบนพื้นที่อาบน้ำ การใช้สบู่อ้าเป็นไปได้ควรผูกติดกับเชือกเพื่อป้องกันการทำสบู่อุดมือและต้องก้มลงไปเก็บทำให้มีโอกาสหกล้มได้ง่ายการใช้ครีมอาบน้ำแบบมีหัวกดเพื่อความปลอดภัยและสะดวกต่อการใช้ ควรติดตั้งราวจับไว้ข้างผนังห้องน้ำ หรือข้างอ่างน้ำ สำหรับยึดเกาะได้ง่าย เมื่อเสียการทรงตัว ควรแยกห้องน้ำต่างหากจากห้องส้วมเพราะวันหนึ่ง ๆ เราใช้ห้องอาบน้ำ 1-2 ครั้งเท่านั้นแต่ใช้ห้องส้วมบ่อยกว่าวันละหลายครั้ง ดังนั้นถ้าห้องอาบน้ำ และห้องส้วมอยู่ห้องเดียวกันจะทำให้พื้นเปียกแฉะจากน้ำ และน้ำสบู่อ้าทำให้ลื่นล้มได้แต่ถ้าไม่สามารถแยกห้องอาบน้ำต่างหากจากห้องส้วม ต้องคอยเช็ดพื้นห้องน้ำให้แห้งหลังอาบน้ำ และ การอาบน้ำ หากไม่จำเป็นไม่ควรลื้อค้ประตูห้องน้ำ เพราะถ้าเกิดหกล้มจะได้มีคนเข้าไปช่วยเหลือได้สะดวก ดังนั้นการหกล้มในห้องน้ำ มักเกิดจากสาเหตุใหญ่คือพื้นห้องน้ำลื่น หรือมีน้ำเปียกอยู่เกิดอาการหน้ามืด เป็นลม เนื่องจากลุกขึ้นจากการขับถ่าย (สถาปนิกอาสา-วิศวกรใจดี, 2558)

2.1.4.2.2 การป้องกันการหกล้มในห้องนอน ควรปฏิบัติดังนี้

ควรมีพื้นที่เพียงพอสำหรับ Wheelchair ด้านข้างเตียงมีที่ว่าง 0.90 เมตร อุปกรณ์ต่างๆอยู่ในระยะเอื้อมจากเตียงได้ เช่น สวิตช์ไฟ โทรศัพท เก้าอี้เท้าแขน มีแสงสว่างตามทางเดินและหน้าห้องน้ำ มีแสงธรรมชาติและระบายอากาศดี (สถาปนิกอาสา-วิศวกรใจดี, 2558)

2.1.4.2.3 การเดินขึ้นและลงบันได ควรปฏิบัติดังนี้

การเดินขึ้นบันได ให้ยืนชิดราวบันไดข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้งสองจับราวบันไดก้าวเท้าข้างตรงข้ามกับราวบันไดที่จับขึ้นไปก่อน แล้วก้าวเท้าที่เหลือตามไปและใช้มือช่วยดึงลำตัวขึ้นบันได การเดินลงบันได ให้ยืนชิดราวบันไดข้างใดข้างหนึ่ง ที่ถนัดหรือทั้งสองจับราวบันไดแล้วก้าวเท้าข้างตรงข้ามกับราวบันไดที่จับขึ้นไปก่อน แล้วก้าวเท้าที่เหลือตามไปและใช้มือช่วยดึงลำตัวขึ้นบันได ควรมีราวสำหรับยึดเหนี่ยวไว้จับทั้ง 2 ด้าน ควรเปลี่ยนบันไดเตี้ย ๆ ให้เป็นทางลาดมีแสงสว่างเพียงพอให้เห็นขั้นบันไดชัดเจน แนะนำให้ผู้สูงอายุจับราวบันไดทุกครั้งที่ขึ้นหรือลง ไม่วางสิ่งของตามขั้นบันได (บังอร ธรรมศิริ, 2549)

2.1.4.2.4 การป้องกันการหกล้มนอกบ้าน ควรปฏิบัติดังนี้

การดูแลสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย เช่น การหกล้มภายนอกบ้านหรือรอบ ๆ ที่พิก ควรจัดให้มีแสงสว่างเพียงพอ จัดวางสิ่งของให้เข้าที่เป็นระเบียบเรียบร้อยไม่วางเกะกะขวางทางเดิน พื้นบ้านควรเป็นพื้นเรียบ ไม่ลื่นหรือถ้าปูพรม ควรแน่ใจว่าจะไม่ทำให้สะดุดหกล้มได้หากเป็นบ้านหลายชั้น บันไดควรมีราวสำหรับจับได้ง่าย เมื่อเสียวการทรงตัวพื้นควรปูด้วยวัสดุที่ไม่ลื่นล้มได้ง่ายหรือมีแผ่นยางปูทับกันลื่นไว้สิ่งของหรือเครื่องใช้ในบ้านควรเลือกให้เหมาะสมมีความแข็งแรงไม่ชำรุด เช่น เตียงนอน โต๊ะ เก้าอี้ เป็นต้น

2.1.4.2.5 การดูแลป้องกันการหกล้มทางลาด ควรปฏิบัติดังนี้

ทางลาดมีแสงสว่างเพียงพอให้เห็นขณะเดิน มีทางลาด กว้าง 0.90 เมตร มีชันพัก ยาว 1.50 เมตร ทุก 6 เมตร มีราวสำหรับยึดเหนี่ยวไว้จับอย่างน้อย 1 ด้าน ผิวทางลาดมีผิวหยาบแต่ไม่ควรเซาะร่อง (สถาปนิกอาสา-วิศวกรใจดี, 2558)

2.2. ผู้ดูแล

ผู้ดูแลที่บ้าน หรือผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ดังต่อไปนี้ คำว่า “ผู้ดูแล” หรือ “ญาติผู้ดูแลที่บ้าน” หรือ “ผู้ดูแลในครอบครัว” หรือศัพท์ภาษาอังกฤษที่เขียนในบทความ หรือรายงานวิจัยต่าง ๆ คือ “Family caregiver” นิยมใช้ในสหรัฐอเมริกา หรือ

“Carers” นิยมใช้ในสหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย เช่น

ผู้ดูแล คือ “ผู้ให้การดูแลในกิจกรรมลักษณะต่างๆ ที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทน เป็นการดูแลที่มีพื้นฐานมาจากจริยธรรม อารมณ์ โดยมีความผูกพันทางเครือญาติ” (Ross & Mackenzie, 1996, อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549)

ผู้ดูแล คือ “ใครบางคนที่ให้การดูแลญาติหรือเพื่อนที่เจ็บป่วย ทูพผลกระทบ หรือจากการสูงอายุ โดยไม่สามารถดูแลจัดการตนเองที่บ้านได้โดยปราศจากการช่วยเหลือ ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ จะไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล” (Carers UK, 2005, อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549)

การดูแลโดยสมาชิกในครอบครัว ถือว่าเป็นการดูแล อย่างไม่เป็นทางการ และไม่มีค่าตอบแทน การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวอาจแบ่งเป็น 5 ประเภท (Nolan, Keady,& Grant, 1995, อ้างใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) คือ

1. การดูแลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ได้แก่ การตัดสินใจปฏิบัติให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่คาดหมาย ผู้ดูแลมักให้การดูแลอยู่ห่าง ๆ ซึ่งผู้สูงอายุอาจไม่ทราบว่าจะได้รับการดูแลแบบนี้อยู่ แต่การดูแลเช่นนี้มีผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างมาก เช่น การเตรียมพร้อมเพื่อรับเหตุการณ์เฉพาะหน้าด้วยการวางแผนกิจกรรมของตนเอง

2. การดูแลแบบป้องกัน เป็นการดูแลที่มีจุดประสงค์เพื่อป้องกัน ความเจ็บป่วย ความเสื่อมทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการได้รับบาดเจ็บ การดูแลประเภทนี้ให้ความสำคัญในการดูแลมากกว่าการดูแลในประเภทแรก เช่น การควบคุมโรคเรื้อรังด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การรับประทานยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

3. การดูแลและบริหารจัดการ เป็นการช่วยบริหารจัดการการดูแลอยู่เบื้องหลังว่าได้รับการดูแลอย่างถูกต้องครบถ้วนโดยผู้ดูแลจัดการแบบไม่ให้ผู้สูงอายุรู้ตัว ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมความรู้สึกภาคภูมิใจและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น การประสานกับโรงพยาบาล การเป็นเพื่อนเดินทางไปพบแพทย์

4. การดูแลแบบช่วยเหลือกิจกรรมที่ซับซ้อน เป็นการช่วยเหลือกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำเองไม่ได้ เช่น ทำงานบ้าน การไปจับจ่ายซื้ออาหารหรือของใช้ให้

5. การดูแลแบบปกป้อง เป็นการดูแลในกรณีที่ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมประจำวันไม่ได้ เช่น การรักษาความสะอาดของร่างกาย การเข้าห้องน้ำ การตัดอาหารรับประทานเอง

สรุป “ผู้ดูแล” คือ ผู้ที่ให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย พิกการ หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง แต่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ โดยผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ ที่ให้การดูแลโดยไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทน อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกันหรืออาณาบริเวณใกล้เคียงกัน ซึ่งเป็นการตั้งบ้านเรือนอยู่ในชุมชนเดียวกันในเขตชนบท

2.3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบที่ได้รับการพัฒนาโดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมชาวสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ.1950 ได้แก่ Hochbum, Kegeles, Leventhal และ Rosenstock ซึ่งมีความสนใจ ที่จะศึกษาว่า ทำไมประชาชนไม่ยอมรับวิธีการป้องกันโรค ทั้ง ๆ ที่การให้บริการไม่ได้คิดค่าบริการในรักษา หรือเสียเพียงเล็กน้อย ซึ่งมีนโยบายสาธารณสุขใน ค.ศ. 1950 – 1960 แต่บุคคลจะแสวงหาผลประโยชน์ และปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพภายใต้สถานการณ์เฉพาะอย่างเท่านั้น บุคคลจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่ง และมีแรงจูงใจต่อสุขภาพ จะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วย จะต้องเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่จะสามารถควบคุมโรคได้ และเชื่อว่าค่าใช้จ่ายในการควบคุมโรคไม่สูงเกินไปเมื่อเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้รับ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2536, อ้างใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2554: 84) เป็นการเน้นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ และการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งได้มีการนำแบบแผนความเชื่อนี้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค พฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมการเจ็บป่วยและพฤติกรรมการรักษา พื้นฐานแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ได้รับแนวคิดมาจากทฤษฎีสถาน (Field theory) และทฤษฎีการจูงใจ (Motivation theory) ของ เคิร์ท เลวิน โดยทฤษฎีกล่าว บุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวก (Positive Value) และขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่ให้ค่านิยมเชิงลบ (Negative value) โดยที่ เลวิน มีความเห็นว่า “โรค” เป็นสิ่งที่ให้ค่านิยมในเชิงลบ และสรุปว่าบุคคลจะหลีกเลี่ยงจากบริเวณดังกล่าว แต่จะหันเหตนเองเคลื่อนไปสู่การมีสุขภาพดี ซึ่งเป็นว่านียมเชิงบวก นอกจากนี้ เลวิน ยังเชื่อว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมใด ๆ เกิดขึ้นอยู่กับตัวแปร 2 ประการ คือ ประการแรกคือการที่บุคคลประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และประการที่ 2 คือ การประเมินผลลัพธ์ออกมา ซึ่งตัวแปรทั้งสอง จะมีแรงจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา (Rosenstock, 1974, อ้างใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2554: 84)

ได้มีการปรับโมเดลในปี 1988 ของ Becker (Becker et al, 1988, อ้างอิงใน สุรียพันธ์ุ วรพงศธร, 2558) สามารถอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ (ดังภาพที่ 2) ดังนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในโมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief) ซึ่งประกอบด้วยโครงสร้างที่สำคัญของโมเดลเริ่มต้นด้วย ปัจจัยร่วม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสังคม จิตวิทยา ปัจจัยเชิงโครงสร้าง ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพทางอ้อม และมีอิทธิพลโดยตรงต่อปัจจัยความเชื่อส่วนบุคคล ทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1.การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค 2.การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ 3.การรับรู้ความสามารถตนเอง ซึ่งปัจจัยความเชื่อส่วนบุคคลนี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

แต่ยังมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทำให้เกิดการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค และการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคยังส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมของบุคคล นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอิสระภายนอกอีกตัวที่ช่วยเสริมหรือกระตุ้นให้เกิดการพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ สิ่งกระตุ้นให้กระทำ

2.3.1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือโอกาสที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ได้ง่าย มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่นเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่งความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้น ๆ อีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการกระทำพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก (Heinze, 1962; Elling, et al., 1960, อ้างใน สุรีย์พันธุ์ วงพงศธร, 2558)

2.3.2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่าง ๆ ของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้ว จะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งผลจากการวิจัยจำนวนมาก พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่นการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

2.3.3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค (Perceived benefits) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดย การปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ จึงขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งทีก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

2.3.4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึงการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การ

ตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมสุขภาพนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่า ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันและรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าประโยชน์ที่ได้รับ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรม การให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

2.3.5. สิ่งกระตุ้นให้กระทำ(Cues to action) เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นให้บุคคล กระทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง Becker (Becker et al, 1988, อ้างอิงใน Champion V.L.and Skinner C.S, 2008) ได้กล่าวว่า เพื่อให้โมเดลความเชื่อด้านสุขภาพมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งที่มากระตุ้นให้บุคคลกระทำ มี 2 ด้าน คือ สิ่งกระตุ้นภายใน ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งกระตุ้นภายนอก ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

2.3.6. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพแต่เป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริม หรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคหรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ได้แก่

2.3.6.1. ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติของบุคคล เป็นต้น

2.3.6.2. ปัจจัยด้านสังคม จิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม และค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานที่ทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

2.3.6.3. ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค และประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

2.3.7. การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค (Perceived threat of disease) เป็นปัจจัยทางอ้อมที่เกิดจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม ของโรคควมามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนาและมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

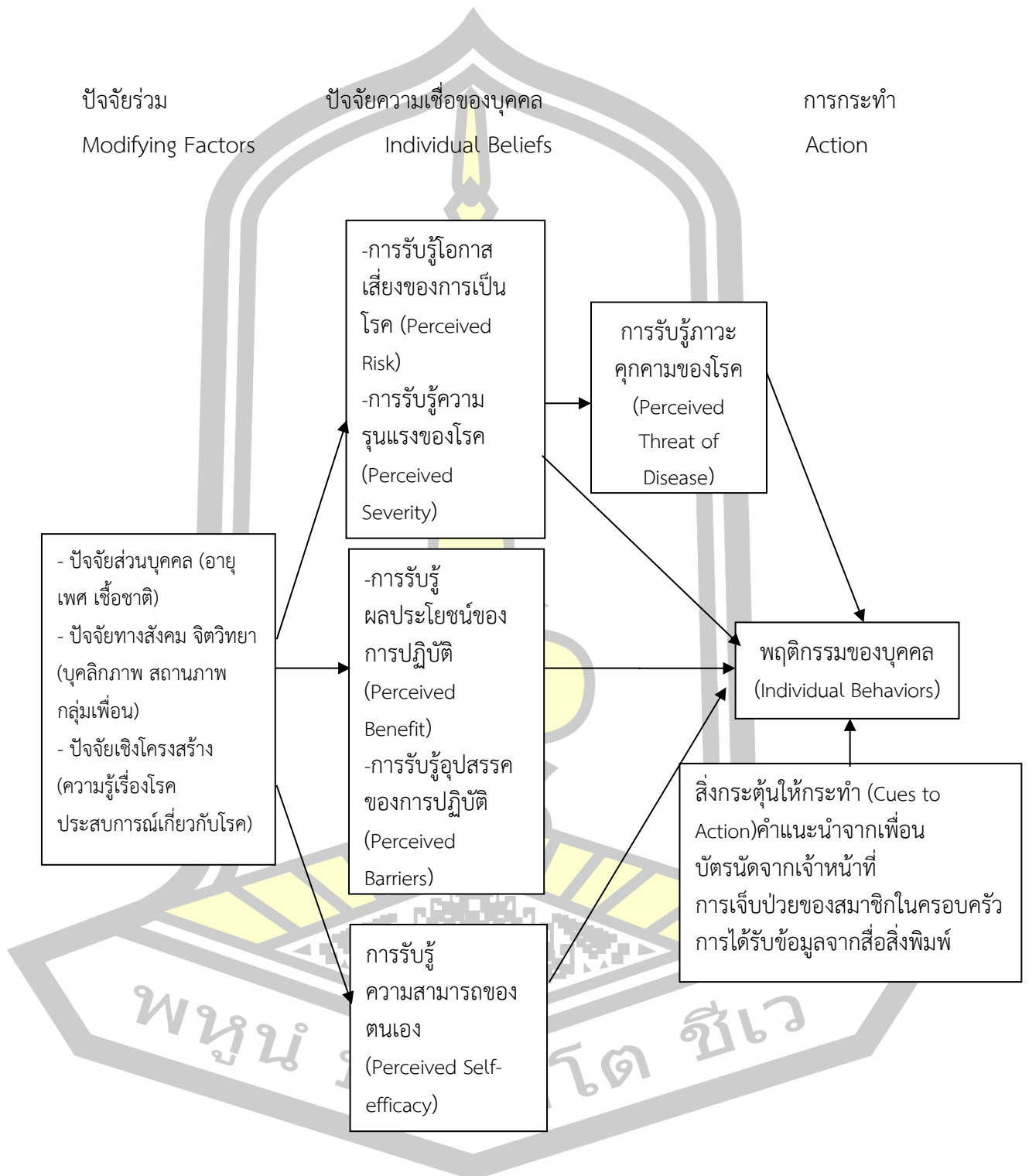
2.3.8. การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived self-efficacy) เป็นการตัดสินใจ ความสามารถตนเองว่าสามารถปฏิบัติพฤติกรรมหรือทำงานได้ในระดับใดโดยไม่คำนึงถึงทักษะ บุคคลจะตัดสินใจความสามารถของตนเองจากความคาดหวังในผลลัพธ์ ซึ่งเป็นการตัดสินใจอยู่บนพื้นฐานของการพิจารณาผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้น แต่ในขณะที่การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นการตัดสินใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ สำเร็จ (Bandura, 1975, อ้างอิงใน สุรีย์พันธุ์ วงพงศธร, 2558) ความคาดหวังในความสามารถตนเองมีพื้นฐานจากปัจจัย 4 ประการ คือ

2.3.8.1. การกระทำของตนเองที่บรรลุผลสำเร็จ (Performance accomplishments) เป็นการกระทำพฤติกรรมใด ๆ ด้วยตนเองทำให้บุคคลมีพื้นฐานและมีประสบการณ์ตรง ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติที่ผ่านมาจะเป็นแหล่งข้อมูลทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยบุคคลที่มีประสบการณ์ในการกระทำพฤติกรรมใด ๆ แล้วประสบผลสำเร็จซ้ำ ๆ ทำให้บุคคลนั้นรับรู้ความสามารถตนเองสูง แต่ในขณะเดียวกันหากการปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ แล้วบุคคลไม่ประสบผลสำเร็จซ้ำ ๆ ก็ทำให้บุคคลนั้นรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำได้เช่นกัน

2.3.8.2. การได้เห็นประสบการณ์ของบุคคลอื่น (Vicarious experience) เป็นการเรียนรู้จากการสังเกตหรือการเห็นแบบอย่างจากคนอื่นแล้วทำให้บุคคลเกิดการเปรียบเทียบและเกิดการรับรู้ว่าคุณเองก็สามารถปฏิบัติได้เช่นกัน

2.3.8.3. การได้รับคำผู้สนับสนุนจากบุคคลอื่น (Verbal persuasion) เป็นการพูดชักจูงจากบุคคลอื่นด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การเสนอแนะหรือการสอน ทำให้บุคคลสามารถถึงความสามารถที่มีอยู่แสดงออกมาเพื่อปฏิบัติพฤติกรรม

2.3.8.4. ภาวะอารมณ์ของตนเอง (Physiological states) เป็นการตัดสินความสามารถตนเองจากการประเมินภาวะอารมณ์ของตนเอง เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความสงบ ความเจียบอารมณ์เหล่านี้บุคคลจะนำมาใช้ในการตัดสินความสามารถตนเอง จากพื้นฐานทั้ง 4 ประการนี้เป็นแหล่งข้อมูลทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถตนเอง พบว่า ปัจจัยด้านอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการกระทำเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง บุคคลที่มีอารมณ์ด้านบวกจะมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูง นอกจากนี้การรับรู้ความสามารถตนเองมีอิทธิพลโดยตรงต่อการรับรู้อุปสรรคของการกระทำ และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผ่านการรับรู้อุปสรรคของการกระทำและความยึดมั่นต่อแผนการกระทำ



ภาพที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ปรับปรุงโดยเพิ่มปัจจัยการรับรู้ความสามารถตนเอง (Becker et al, 1988, อ้างอิงใน สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร, 2558)

2.4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ แต่พบ่างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.4.1. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

2.4.1.1. งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ

มีการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์หรือส่งผลทำให้เกิดการหกล้มของผู้สูงอายุ ทั้งการหกล้มภายในโรงพยาบาล และการหกล้มนอกโรงพยาบาล พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มมีทั้งปัจจัยภายในตัวผู้สูงอายุและปัจจัยภายนอกตัวผู้สูงอายุ โดยปัจจัยภายในตัวผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ พบว่าเพศหญิงมีความสัมพันธ์กับการหกล้มมากกว่า (กมลพร วงศ์พิณิตกุล, 2555; ทิพนเนตร์ งามกาละ, ประคอง อินทรสมบัติ, สุปรีดา มั่นคง, 2011; ไพลวรรณ สัทธานนท์, 2556) อายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปจะเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่า (เปรมกมล ขวนขวาย, 2550; ดารารวรรณ ร่องเมืองและคณะ, 2559) และอนุชา เศรษฐเสถียร (2552) พบว่าผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 70 ปีจะล้มแล้วเสี่ยงที่จะกระดูกหักมากกว่า สภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยเรื้อรัง สภาพร่างกายและการใช้ยาทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยพบว่าการมีโรคประจำตัวมากกว่าหรือเท่ากับ 4 โรค การใช้ยามากกว่าหรือเท่ากับ 4 ชนิด การเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การใช้ยาเบาหวาน หรือยาความดันโลหิตสูง การมีประวัติเปลี่ยนข้อกระดูก ปัญหาระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ปัญหาการเดินและการทรงตัว ปัญหาสายตา (ดารารวรรณ ร่องเมืองและคณะ, 2559; ทิพนเนตร์ งามกาละ, ประคอง อินทรสมบัติ, สุปรีดา มั่นคง, 2011; เปรมกมล ขวนขวาย, 2550; ไพลวรรณ สัทธานนท์, 2556; ละออม สร้อยแสง, 2557) มีความสัมพันธ์กับการหกล้มของผู้สูงอายุปัจจัยอื่นๆหรือปัจจัยภายนอกตัวผู้สูงอายุ ได้แก่ การแต่งกายของผู้สูงอายุที่ไม่เหมาะสม (ดารารวรรณ ร่องเมืองและคณะ, 2559) การสวมใส่รองเท้าที่ไม่เหมาะสม (ธนวรรณ สำก่าปิง, 2554; พิมวรินทร์ ลิ้มสุขสันต์, 2551) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น พื้นบ้านที่มีลักษณะลื่น ต่างระดับ แสงสว่างไม่พอ การจัดสิ่งของในบ้านไม่เป็นระเบียบ (ทิพนเนตร์ งามกาละ, ประคอง อินทรสมบัติ, สุปรีดา มั่นคง, 2011; นงนุช วรโธสง, 2551; ละออม สร้อยแสง, 2557) สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน ได้แก่ ทางเดินชำรุด ขรุขระ มีสิ่งกีดขวาง พื้นต่างระดับ (ทิพนเนตร์ งามกาละ, ประคอง อินทรสมบัติ, สุปรีดา มั่นคง, 2011; นงนุช วรโธสง, 2551; ละออม สร้อยแสง, 2557; วิภาวี กิจกำแหง, นิพัช กิตติมานนท์, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย, 2549)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าการผู้สูงอายุมีประสบการณ์การหกล้มจะส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความกลัวต่อการหกล้มซ้ำ (กมลพร วงศ์พิณิตกุล, 2555;

วิภาวี กิจกำแหง, นิพัช กิตติมานนท์, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัย, 2549) และผู้สูงอายุที่กลัวต่อการหกล้มจะมีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่กลัวการหกล้ม (เปรมกมล ขวนขวย, 2550) อย่างไรก็ตามการศึกษาของ ธนวรรณ สำกำปิง (2554) พบว่าการเจ็บป่วยเรื้อรัง การใช้ยา การมองเห็น การทรงตัว ความอ่อนตัว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความสว่างของสิ่งแวดล้อม ไม่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุ และ อนุชา เศรษฐเสถียร (2552) พบว่า ประวัติการเคยหกล้ม ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมาจะลดความเสี่ยงต่อการหกล้มและกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ

2.4.1.2. งานวิจัยเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพในเรื่องอื่น ๆ ดังการศึกษาของ พงษ์รัตน์ มีชัย (2557) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของประชาชนวัยกลางคน สอดคล้องกับแสงมณี หน่อเจริญ (2553) พบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะเสี่ยง และการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา 6 สัปดาห์หลังคลอด นอกจากนี้พบว่า การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน จากบุคคลต่าง ๆ ได้แก่ สามี พยาบาล และเพื่อน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา 6 สัปดาห์หลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01, 0.05 และ 0.05 ตามลำดับ แตกต่างจากการศึกษาของ กษมา เชียงทอง (2554) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมองไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง เป็นที่สังเกตว่าจากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาค่อนข้างน้อยในเรื่องการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยมีเพียง 4 เรื่อง คือ การศึกษาของ วันดี คำศรี (2550) ได้ศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม ($r=0.17$) การรับรู้ความรุนแรงต่อการหกล้ม ($r=0.18$) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ($r=0.31$) และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ($r=0.31$) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้พบมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำถึงปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ($r= -0.33$) ญัฐการ์ณ ธิยะ (2551) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้ม

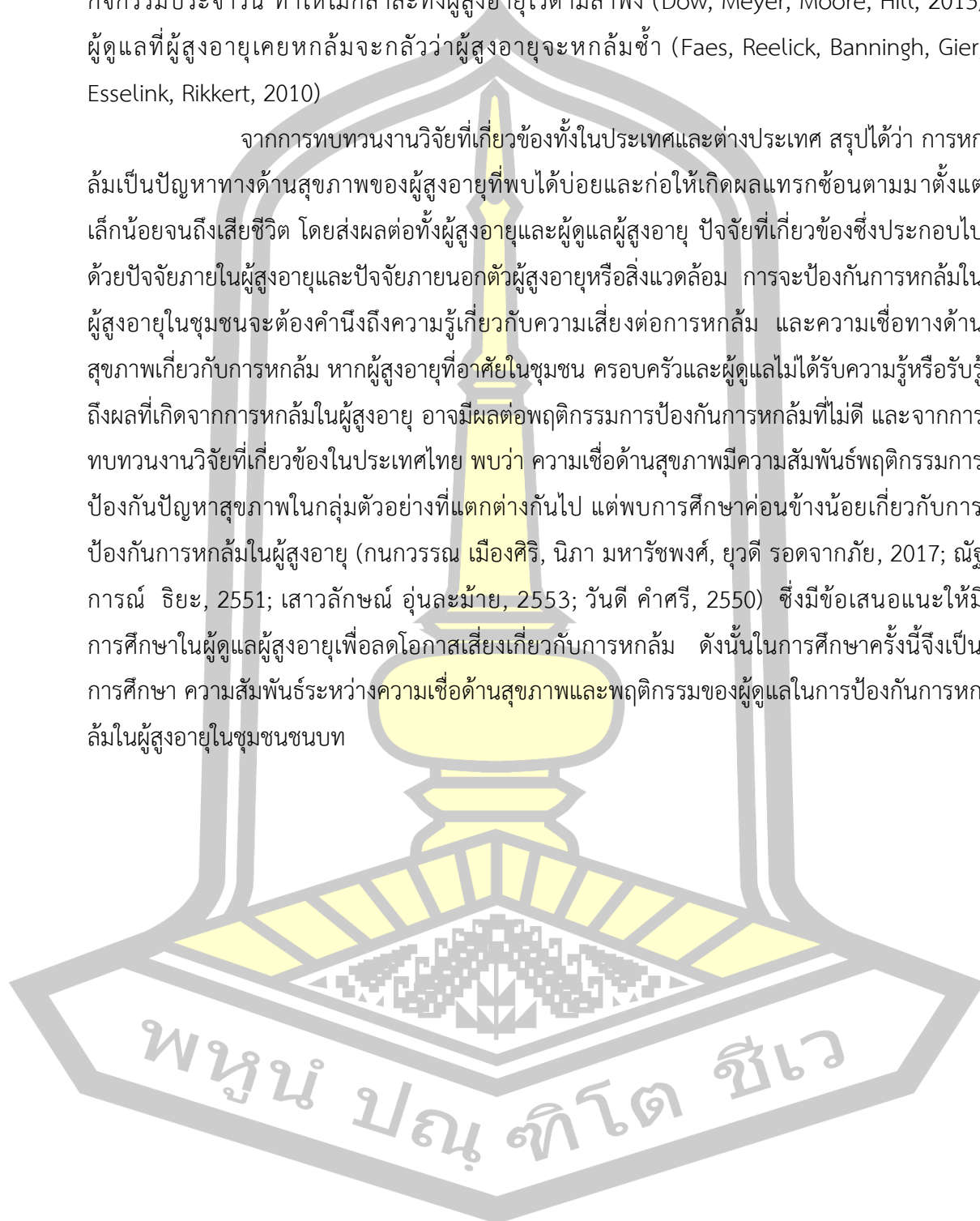
ล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ และแรงจูงใจของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ สำหรับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ อุณหะม้าย (2553) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยในชุมชน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ($r = .442$) การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม กนกวรรณ เมืองศิริ, นิภา มหารัชพงศ์, ยุวดี รอดจากภัย (2017) พบว่า เพศ ความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม ความกลัวการหกล้ม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อในการป้องกันการหกล้มมากกว่า และไม่กลัวการหกล้มมีร้อยละของพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระดับสูงมากกว่า ส่วนประวัติการหกล้ม ทักษะการประเมินสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงภายในบ้าน สภาพแวดล้อมภายในบ้าน การได้รับกำลังใจและการกระตุ้นเตือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม

2.4.2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

มีการศึกษาเกี่ยวกับกลวิธีในการป้องกันการหกล้มในชุมชนเพื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการให้กิจกรรมเพียงอย่างเดียวกับการให้กิจกรรมหลาย ๆ อย่างร่วมกันในการป้องกันการหกล้มในชุมชน พบว่า กิจกรรมการป้องกันการหกล้มเพียงอย่างเดียวจะมีประสิทธิผลในการป้องกันการหกล้มเท่าๆกับการป้องกันการหกล้มที่ใช้หลายกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งการป้องกันการหกล้มที่ใช้เพียงกิจกรรมเดียวต้องคำนึงถึงลักษณะของปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ การใช้หลายกิจกรรมและเป็นกิจกรรมที่ทำได้ยากสำหรับผู้สูงอายุ อาจจะทำให้ผู้สูงอายุสับสนและไม่ยอมรับ (Campbell and Robertson, 2007) ซึ่งการป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงในชุมชนควรใช้การป้องกันของสิ่งแวดล้อมภายในบ้านในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Jean, F., Wyman, et al, 2007) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนหนึ่งรับรู้ว่าคุณเองไม่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ดังนั้นจึงเชื่อว่ากลวิธีต่างๆเพื่อป้องกันการหกล้มดีกว่าผู้สูงอายุคนอื่นมากกว่าตัวเอง (Haines, Day, Hill, Clemson, Finch, 2014) ดังนั้นจึงควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการหกล้ม เนื่องจากพบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มมากขึ้น และมีพฤติกรรมที่ลดความเสี่ยงมากขึ้น โดยกลุ่มที่เคยมีประวัติการหกล้มมีพฤติกรรมที่ลดความเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hakim, Roginski, Walker, 2007) การศึกษาเกี่ยวกับการหกล้มของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุยังพบว่า การหกล้ม

ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการของผู้สูงอายุ โดยทำให้เกิดภาระต่อผู้ดูแล ส่งผลกระทบต่อกิจกรรมประจำวัน ทำให้ไม่กล้าละทิ้งผู้สูงอายุไว้ตามลำพัง (Dow, Meyer, Moore, Hill, 2013) ผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุเคยหกล้มจะกลัวว่าผู้สูงอายุจะหกล้มซ้ำ (Faes, Reelick, Banningsh, Gier, Esselink, Rikkert, 2010)

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ สรุปได้ว่า การหกล้มเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบได้บ่อยและก่อให้เกิดผลแทรกซ้อนตามมาตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงเสียชีวิต โดยส่งผลกระทบต่อทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัยภายในผู้สูงอายุและปัจจัยภายนอกตัวผู้สูงอายุหรือสิ่งแวดล้อม การจะป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนจะต้องคำนึงถึงความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการหกล้ม และความเชื่อทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการหกล้ม หากผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ครอบครัวและผู้ดูแลไม่ได้รับความรู้หรือรับรู้ถึงผลที่เกิดจากการหกล้มในผู้สูงอายุ อาจมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่ไม่ดี และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์พฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันไป แต่พบการศึกษาค่อนข้างน้อยเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ (กนกวรรณ เมืองศิริ, นิภา มหารัชพงศ์, ยุวดี รอดจากภัย, 2017; ญัฐการณ ธิยะ, 2551; เสาวลักษณ์ อุ้นละม้าย, 2553; วันดี คำศรี, 2550) ซึ่งมีข้อเสนอแนะให้มีการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อลดโอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับการหกล้ม ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้จึงเป็นการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชนชนบท



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท มีระเบียบวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

3.1 ประชากรที่ศึกษา

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย พิกการ หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง แต่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ปกติ โดยผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกันหรืออาณาบริเวณใกล้เคียงกัน ซึ่งเป็นการตั้งบ้านเรือนอยู่ในชุมชนเดียวกันในชนบท ตำบลบรบือ และตำบลหนองสิม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ทั้งหมด 1,415 คน ซึ่งเป็นกลุ่มปกติ ที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2558)

3.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เลือกโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ โดยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ดูแลที่อยู่ในตำบลเขตชนบท ตำบลบรบือ และตำบลหนองสิม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม
3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ถูกระบุมีความสัมพันธ์กันแบบเครือญาติ ที่ให้การดูแลเป็นหลักโดยไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทน
4. เป็นผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกันหรืออาณาบริเวณใกล้เคียงกัน ซึ่งเป็นการตั้งบ้านเรือนอยู่ในชุมชนเดียวกันในเขตชนบท
5. เป็นผู้ที่สามารถเข้าใจภาษาไทยและสื่อสารโดยใช้ภาษาพูดได้

3.2.1 ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Taro Yamane (1967) โดยกำหนดขอบเขต

ความคลาดเคลื่อน 0.05 ตามการศึกษาที่ผ่านมา (วันดี คำศรี, 2550) เพื่อใช้ในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างและได้ใช้สูตรการหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างแบบทราบจำนวนประชากร โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ 95% ความคลาดเคลื่อนที่ $\pm 5\%$ ดังสูตร Determination a sample size (Yamane, 1967, p. 1088)

สูตรการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างดังนี้ คือ

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

กำหนดให้ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

แทนค่าในสูตร ดังนี้

$$n = \frac{1,415}{1 + 1,415 (0.05)^2}$$

$$N = 311.85$$

ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ เท่ากับ 311.85 ตัวอย่าง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 312 คน

3.2.2 วิธีการสุ่มตัวอย่าง

3.2.2.1. การสุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) จาก 24 หมู่บ้าน ดังนี้

1) กำหนดกรอบประชากร/หมายเลขประจำตัวให้แก่สมาชิกทุกหน่วยในประชากร (ในที่นี้ใช้หลังคาเรือนที่มีผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุอาศัยอยู่ เรียงลำดับตามบ้านเลขที่)

2) หาอัตราส่วน (k) ระหว่างประชากร (N) และกลุ่มตัวอย่าง (n) จาก

$$\text{สูตร} \quad k = \frac{N}{n}$$

ดังนั้น มีหลังคาเรือน 1,415 หลัง ต้องการกลุ่มตัวอย่าง 312 หลัง จะได้อัตราส่วน

$$\text{เท่ากับ} \quad k = \frac{1,415}{312}$$

$$= 4.53 \quad \text{ปัดเศษลงเป็นจำนวนเต็ม คือ 4}$$

หมายความว่า จำนวนหลังคาเรือนทุก ๆ 4 หลัง จะได้รับการสุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตัวอย่าง 1 คน

หมายเหตุ เหตุผลที่ต้องปิดเศษลง เพราะถ้าปิดเศษขึ้น 4.53 จะได้หมายเลข 5 คือ ช่วงเว้นการสุ่ม ตัวอย่างเท่ากับ 5 หมายเลขตัวอย่างคนสุดท้ายคนที่ 312 หมายเลขที่คำนวณได้ คือ $3 + (312 - 1) \times 5 = 1,559$ จะเกินหมายเลขกรอบตัวอย่าง (1,415)

3) สุ่มตัวอย่างเพื่อกำหนดหลังคาเรือนแรก (R) ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายจากหลังคาเรือนหมายเลข 1-4 (I) มา 1 หมายเลข (สมมติว่าได้หมายเลข 3)

4) หมายเลขของหลังคาเรือนต่อไปจะถูกกำหนดอย่างเป็นระบบโดยการรวมอัตราส่วนที่ได้จากข้อ 2 กับหมายเลขสมาชิกเริ่มต้นที่ข้อ 3 (R, R+k, R+2k, R+3k,...,R+nk) ดังนั้น สมาชิกที่มีหมายเลข 3, (3+4)=7, (3+(2×4))=11, (3+(3×4))=15, (3+(4×4))=19,...3+(312-1)×4 =1,247 จะเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำแนกแบบมีระบบ

หมายเลขผู้ดูแลผู้สูงอายุ 0001 – 1,415	หมายเลขสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (R=3) (I=4)	ตัวอย่างคนที่
0001	-	
0002	-	
0003	0003 (R=3)	1
.....	
0006	
0007	0007 (R + I = 3 +4)	2
.....	
0011	0011 (R + 2I = 3+(2×4)	11
.....	
1,243	1,243 (R + 310I = 3+(310×4))	311
.....	
1,247	1,247 (R+(n-1)I = 3+(312-1)×4)	312 (ตัวอย่างคนสุดท้าย)
.....	
1,414	หมายเลขผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใช้	
1,415	หมายเลขผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ได้ใช้	
รวม		312

3.2.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ที่ได้จัดทำขึ้นไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตชุมชน ตำบลบรือ และตำบลหนองสิม อำเภอบรือ จังหวัดมหาสารคาม เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 312 ชุด

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถาม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.3.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน โรคประจำตัว ผู้ดูแลเป็นใครหรือผู้ที่อาศัยกับผู้สูงอายุ ประวัติการหกล้มที่ผ่านมาในช่วง 6 เดือนก่อน และสาเหตุที่ทำให้เกิดการหกล้มในช่วง 6 เดือน

3.3.2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน จำนวนทั้งหมด 45 ข้อ ดังนี้

- 1) แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ จำนวน 14 ข้อ
- 2) แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ จำนวน 6 ข้อ
- 3) แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ จำนวน 8 ข้อ
- 4) แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ จำนวน 7 ข้อ
- 5) แบบสอบถามการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ

ซึ่งแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้สร้างตามแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker et al, 1988, อ้างอิงใน Champion V.L.and Skinner C.S, 2008) เป็นการวัดโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด (Closed-end question) มีคำตอบให้เลือก 5 ตัวเลือก โดยมีแบบวัดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้ตอบคำถามจะตอบด้วยการตัดสินใจเพียงคำตอบเดียวมีรายละเอียด ตามมาตรวัดในการวัดระดับลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2554 : 121)

- 5 หมายถึง มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเห็นด้วยมากที่สุด

- 4 หมายความว่า มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเห็นด้วยมาก
- 3 หมายความว่า มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเห็นด้วยปานกลาง
- 2 หมายความว่า มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเห็นด้วยน้อย
- 1 หมายความว่า มีการรับรู้ตามความเชื่อด้านสุขภาพเห็นด้วยน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนการรับรู้ทั้งรายด้านและโดยรวมใช้ค่าเฉลี่ยรายข้อ โดยเกณฑ์ประเมินค่า วัดระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ 5 ระดับ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2554 : 121)

ระดับคะแนน 4.50 – 5.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในระดับมากที่สุด

ระดับคะแนน 3.50 – 4.49 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในระดับมาก

ระดับคะแนน 2.50 – 3.39 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 1.50 – 2.49 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในระดับน้อย

ระดับคะแนน 1.00 – 1.49 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในระดับน้อยที่สุด

3.3.3 แบบสอบถามสิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด (Closed - end question) มีคำตอบให้เลือก 5 ตัวเลือก เป็นการวัดสิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ผู้ตอบคำถามจะตอบด้วยการตัดสินใจเพียงคำตอบเดียวมีรายละเอียด ตามมาตรวัดในการวัดระดับลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2554 : 121)

5 หมายความว่า เห็นด้วยมากที่สุด

4 หมายความว่า เห็นด้วยมาก

3 หมายความว่า เห็นด้วยปานกลาง

2 หมายความว่า เห็นด้วยน้อย

1 หมายความว่า เห็นด้วยน้อยที่สุด

การแปลผลคะแนนสิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยรวมใช้ค่าเฉลี่ยรายข้อ โดยเกณฑ์ประเมินค่า วัดระดับสิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ 5 ระดับ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2554 : 121)

ระดับคะแนน 4.50 – 5.00 คะแนน หมายถึง ระดับมากที่สุด

ระดับคะแนน 3.50 – 4.49 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

ระดับคะแนน 2.50 – 3.49 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 1.50 – 2.49 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย

ระดับคะแนน 1.00 – 1.49 คะแนน หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

3.3.4 แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีข้อคำถาม ทั้งหมด 12 ข้อ ประกอบด้วย 1) การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มโดยการลดปัจจัยเสี่ยงภายใน จำนวน 6 ข้อ และ 2) การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงภายนอก จำนวน 6 ข้อ ลักษณะมีคำตอบให้เลือก 5 ตัวเลือก เป็นการวัดพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ผู้ตอบคำถามจะตอบด้วยการตัดสินเพียงคำตอบเดียวมีรายละเอียด ตามมาตรวัด ในการวัดระดับลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2554 : 121)

- 5 หมายความว่า มีการปฏิบัติมากที่สุด (ผู้ตอบกระทำตามข้อความในประโยคนั้น ๆ มากกว่าหรือเท่ากับ 5 วันต่อสัปดาห์)
- 4 หมายความว่า มีการปฏิบัติมาก (ผู้ตอบกระทำตามข้อความในประโยคนั้น ๆ เท่ากับ 4 วันต่อสัปดาห์)
- 3 หมายความว่า มีการปฏิบัติ (ผู้ตอบกระทำตามข้อความในประโยคนั้น ๆ เท่ากับ 3 วันต่อสัปดาห์)
- 2 หมายความว่า ไม่มีการปฏิบัติ (ผู้ตอบกระทำตามข้อความในประโยคนั้น ๆ เท่ากับ 2 วันต่อสัปดาห์)
- 1 หมายความว่า ไม่มีการปฏิบัติมากที่สุด (ผู้ตอบไม่กระทำตามข้อความในประโยคนั้น ๆ ต่อสัปดาห์)

การแปลผลคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ
5 ระดับ ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2554 : 121)

ระดับคะแนน 4.50 – 5.00 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติมากที่สุด

ระดับคะแนน 3.50 – 4.49 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติมาก

ระดับคะแนน 2.50 – 3.49 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติปานกลาง

ระดับคะแนน 1.50 – 2.49 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติน้อย

ระดับคะแนน 1.00 – 1.49 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติน้อยที่สุด

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.4.1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถาม โดยผู้วิจัย นำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ การรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ การรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ การรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ และการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ แบบสอบถามสิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อทำการพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ความชัดเจนของข้อความและความครอบคลุมของสาระเพื่อให้ข้อคิดเกี่ยวกับข้อคำถามประกอบไปด้วย

1. อายุรแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านเวชปฏิบัติครอบครัว จำนวน 1 ท่าน
2. อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 1 ท่าน
3. อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ จำนวน 1 ท่าน
4. อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านระบบบริการสุขภาพ จำนวน 1 ท่าน
5. พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน

ภายหลังการปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยได้คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) ได้ค่า CVI รวมเท่ากับ 0.88 จำแนกเป็นรายด้าน 6 ด้านและแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ดังนี้

- 1) แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ CVI เท่ากับ 0.83
- 2) แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ ความรุนแรง CVI เท่ากับ 0.93
- 3) แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ CVI เท่ากับ 0.94
- 4) แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ CVI เท่ากับ 0.89
- 5) แบบสอบถามการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ CVI เท่ากับ 0.84
- 6) แบบสอบถามสิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

CVI เท่ากับ 0.94

และ แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลในป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ CVI เท่ากับ 0.94

3.4.2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองสอบถามกับประชาชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม เท่ากับ .95 และแยกตามรายด้าน ดังนี้ การรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ .72 การรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ .73 การรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ .76 การรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ .80 และการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ .86 แบบสอบถามสิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ .72 และแบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ .87

3.5 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.5.1. ติดต่อประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการเตรียมข้อมูลพื้นฐาน เช่น รายชื่อผู้สูงอายุ รายชื่อผู้ดูแลบ้านเลขที่ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการเก็บข้อมูล ก่อนการสอบถามโดยใช้แบบสอบถามแก่กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3.5.2. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเริ่มจากการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการตอบแบบสอบถามและขอความร่วมมือ และความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัยก่อน

3.5.3. หลังการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนการนำไปวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรม

3.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ ที่ทำในกลุ่มผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้กำหนดแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินกิจกรรมเพื่อพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

3.6.1. การขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หนังสือเลขที่ ศธ.0530.11/375

3.6.2. สิทธิการตัดสินใจเข้าร่วมตอบแบบสอบถาม

1) กลุ่มตัวอย่างทราบข้อมูลรายละเอียดในขั้นตอนต่าง ๆ โดยผู้วิจัยแนะนำตัวเองชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การได้รับสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เช่น สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ กับการดูแลผู้สูงอายุ สิทธิที่จะได้รับการปกปิดชื่อ โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะใช้รหัสแทนชื่อ – สกุล และจะนำข้อมูลที่ได้นำเสนอเป็นภาพรวมเฉพาะงานวิจัยนี้เท่านั้น

2) เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับทราบข้อมูล จากเอกสารและการอธิบายอย่างชัดเจน ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ซักถามจนหมดข้อสงสัย และให้เวลาในการตัดสินใจเข้าร่วมตอบแบบสอบถาม โดยไม่มีการบังคับ

3.6.3. ผู้วิจัยชี้กลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงรายละเอียด และอธิบายขั้นตอนในการศึกษาเปิดโอกาสให้ซักถามจนเป็นที่เข้าใจ

3.6.4. ให้ความมั่นใจแก่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลไปใช้ในการศึกษาเท่านั้นไม่มีการเปิดเผยนามผู้ให้ข้อมูล

3.6.5. การศึกษาครั้งนี้ไม่ขัดต่อกฎหมายและศีลธรรมอันดี

3.6.6. การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนมีประโยชน์และเป็นไปได้สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุและชุมชนต่อไป

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เป็นดังนี้

3.7.1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic)

3.7.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลนำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ (Percentage)

3.7.1.2 แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ 5 ด้าน และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3.7.2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistic) เพื่อใช้ทดสอบสมมติฐาน

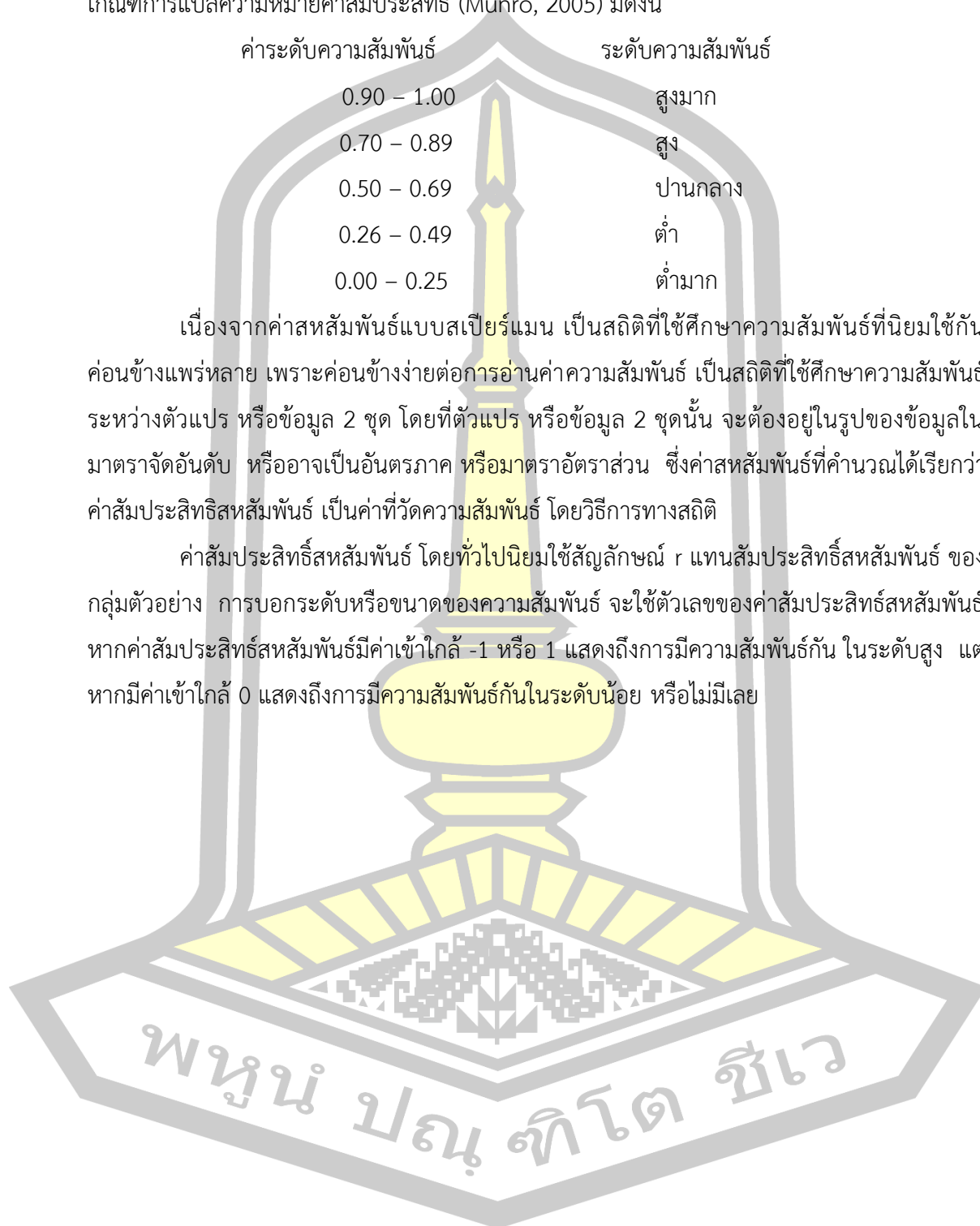
3.7.2.1 หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

ภายหลังการทดสอบโดยใช้สถิติโคโมโกรอฟสมินอฟ พบว่า มีการแจกแจงแบบโค้งไม่เป็นปกติ ทั้งนี้
เกณฑ์การแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์ (Munro, 2005) มีดังนี้

ค่าระดับความสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์
0.90 – 1.00	สูงมาก
0.70 – 0.89	สูง
0.50 – 0.69	ปานกลาง
0.26 – 0.49	ต่ำ
0.00 – 0.25	ต่ำมาก

เนื่องจากค่าสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน เป็นสถิติที่ใช้ศึกษาความสัมพันธ์ที่นิยมใช้กัน
ค่อนข้างแพร่หลาย เพราะค่อนข้างง่ายต่อการอ่านค่าความสัมพันธ์ เป็นสถิติที่ใช้ศึกษาความสัมพันธ์
ระหว่างตัวแปร หรือข้อมูล 2 ชุด โดยที่ตัวแปร หรือข้อมูล 2 ชุดนั้น จะต้องอยู่ในรูปของข้อมูลใน
มาตราจัดอันดับ หรืออาจเป็นอันดับภาค หรือมาตราอัตราส่วน ซึ่งค่าสหสัมพันธ์ที่คำนวณได้เรียกว่า
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เป็นค่าที่วัดความสัมพันธ์ โดยวิธีการทางสถิติ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยทั่วไปนิยมใช้สัญลักษณ์ r แทนสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของ
กลุ่มตัวอย่าง การบอกระดับหรือขนาดของความสัมพันธ์ จะใช้ตัวเลขของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
หากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเข้าใกล้ -1 หรือ 1 แสดงถึงการมีความสัมพันธ์กัน ในระดับสูง แต่
หากมีค่าเข้าใกล้ 0 แสดงถึงการมีความสัมพันธ์กันในระดับน้อย หรือไม่มีเลย



บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปราย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเบรบือ จังหวัดมหาสารคาม โดยผู้วิจัยจะได้นำเสนอข้อมูลตามลำดับดังนี้

4.1 ผลการวิจัย

4.1.1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป

4.1.2 ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

6 ส่วน ดังนี้

4.1.2.1 การรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ

4.1.2.2 การรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ

4.1.2.3 การรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

4.1.2.4 การรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

4.1.2.5 การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของ

ผู้สูงอายุ

4.1.2.6 สิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

4.1.3 พฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

4.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ

การรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ การรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ การรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ สิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

4.2 อภิปรายผล

4.1 ผลการวิจัย

4.1.1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง จำนวน 229 คน คิดเป็นร้อยละ 73.4 มีอายุเฉลี่ย 40.69 ปี โดยมีอายุ 40 – 49 ปี จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 31.7 รองลงมา มีอายุ 50 – 59 ปี จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 27.2 มีกลุ่มอายุที่ต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสจำนวน 221 คน คิดเป็นร้อยละ 70.8 รองลงมาโสดจำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 17.6 และหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 11.5 มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาจำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 มีอาชีพเกษตรกรรวมจำนวน 174 คน คิดเป็นร้อยละ 47.1 รายได้ 2,501 - 5,000 บาท จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 34.9 รองลงมารายได้ 1,000 - 2,500 บาท จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 20.8 ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นบุตรจำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 36.5 ข้อมูลด้านสุขภาพ มีโรคประจำตัวจำนวน 187 คน คิดเป็นร้อยละ 59.9 มีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงร้อยละ 16 มีโรคเบาหวานจำนวน 49 คน คิดเป็นร้อยละ 15.7 และโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 13.1 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการหกล้มจำนวน 258 คน คิดเป็นร้อยละ 82.7 มีประวัติการหกล้มจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 17.3 ที่เคยหกล้ม 1 ครั้ง มีจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9 และที่เคยหกล้ม 2 ครั้ง มีจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 6.4 ประวัติการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากการหกล้มของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่เคยจำนวน 261 คน คิดเป็นร้อยละ 83.7 มีประวัติการนอนโรงพยาบาลจำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 16.3 โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในบ้านกับผู้สูงอายุจำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 39.4 รองลงมา ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาศัยอยู่บ้านติดกันกับผู้สูงอายุจำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 27.9 และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในบ้านที่ห่างออกไปจากบ้านผู้สูงอายุไม่เกิน 500 เมตร จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.1

พหุ ประถมศึกษา

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ดูแลจำแนกตามข้อมูล
คุณลักษณะทั่วไป (n=312)

ข้อมูลลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	83	26.6
หญิง	229	73.4
อายุ		
น้อยกว่า 20 ปี	13	4.2
20- 29 ปี	62	19.9
30- 39 ปี	53	17.0
40- 49 ปี	99	31.7
50- 59 ปี	85	27.2
ค่าเฉลี่ยอายุ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	40.69(8.32)	
ค่ามัธยฐานอายุ (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด)	43.0(18:56)	
สถานภาพ		
โสด	55	17.6
คู่	221	70.8
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	36	11.5
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	214	68.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	25	8.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	28	9.0
ปวช	13	4.2
ปวส./ อนุปริญญา	16	5.1
ปริญญาตรีขึ้นไป	16	5.1
อาชีพในปัจจุบัน		
เกษตรกรกรรม	174	47.1
รับจ้าง	114	36.5
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	17	5.4

(ต่อ)

ข้อมูลลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ค้าขาย	34	11.0
รายได้หลักเฉลี่ย/เดือน		
น้อยกว่า 1,000 บาท	34	10.9
1,000 - 2,500 บาท	65	20.8
2,501 - 5,000 บาท	109	34.9
5,001 - 7,500 บาท	46	14.7
7,501 - 10,000 บาท	24	7.7
10,001 - 12,500 บาท	17	5.4
12,501 - 15,000 บาท	0	0.0
15,001 - 20,000 บาท	8	2.6
มากกว่า 20,000 บาท	9	2.9
ค่าเฉลี่ยรายได้หลัก/เดือน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	5508(5.96)	
ค่ามัธยฐานรายได้หลัก/เดือน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด)	4,000 (800:32,000)	
ที่พักอาศัยของผู้ดูแล		
อาศัยอยู่ในบ้านกับผู้สูงอายุ	123	39.4
อาศัยอยู่บ้านติดกันกับผู้สูงอายุ	87	27.9
อาศัยอยู่ในบ้านที่ห่างออกไปจากบ้านผู้สูงอายุไม่เกิน 500 เมตร	52	16.7
อาศัยอยู่ในบ้านที่ห่างออกไปจากบ้านผู้สูงอายุไม่เกิน 500 ม.-1 กม.	25	8.0
อาศัยอยู่ในบ้านที่ห่างออกไปจากบ้านผู้สูงอายุ > 1 กิโลเมตร	25	8.0
ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ		
สามี/ภรรยา	64	20.5
บุตร	114	36.5
หลาน	88	28.2
พี่/น้องสายตรงของผู้สูงอายุ	38	12.2
ญาติ	8	2.6

(ต่อ)

ข้อมูลลักษณะทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	125	40.1
มี ระบุชื่อโรค	187	59.9
1. เบาหวาน	49	15.7
2. ความดันโลหิตสูง	41	13.1
3. เบาหวานและความดันโลหิตสูง	50	16.0
4. ปวดข้อ กระดูกพรุน	9	2.9
5. หอบหืด	12	3.9
6. ความผิดปกติทางสายตา	26	8.3
การเข้ายาในปัจจุบันการเข้ายาในผู้สูงอายุ		
มี	187	59.9
ไม่มี	125	40.1
ประวัติการหกล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ		
ไม่มี	258	82.7
มี	54	17.3
จำนวน 1 ครั้ง	34	10.9
จำนวน 2 ครั้ง	20	6.4
ประวัติการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากการหกล้มของผู้สูงอายุ		
ไม่เคย	261	83.7
เคย	51	16.3
จำนวน 1 ครั้ง	43	13.7
จำนวน 2 ครั้ง	8	2.6

4.1.2 การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.03$, $SD=0.67$) มีการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกัน

การหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.01$, $SD=0.63$) มีการรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.00$, $SD=0.75$) มีการรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.97$, $SD=0.44$) มีการรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.96$, $SD=0.66$) ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4. 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=312)

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ	\bar{X}	SD	ระดับ ความคิดเห็น
การรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ	3.97	0.44	มาก
การรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ	4.03	0.67	มาก
การรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ	4.00	0.75	มาก
การรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ	3.96	0.66	มาก
การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ	4.01	0.63	มาก

4.1.2.1 การรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุโดยรวม อยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.47-4.29 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ในช่วง 0.80-1.22 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับแรกได้แก่ การที่ผู้สูงอายุเคยหกล้มมาก่อน ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำอีกมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($\bar{X}=4.29$, $SD=0.86$) รองลงมาคือผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปวดข้อ อ้วน ผอม กระดูกพรุน ความผิดปกติของสายตา ตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป จะทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่ายที่สุด ($\bar{X}=4.19$, $SD=0.85$) และภายในบ้านมีสิ่งกีดขวางทางเดิน เช่น ข้าวของวางไม่เป็นระเบียบ ทำให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ ($\bar{X}=4.19$, $SD=0.85$)

และข้อที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ย 3 ลำดับสุดท้าย ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการหลง ๆ ลืม ๆ จะทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่ายมีค่าเฉลี่ย

มาก ($\bar{X}=3.47$, $SD=1.09$) รองลงมาคือผู้สูงอายุที่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ เวลาเปลี่ยนจากท่านอนเป็นนั่งจากท่านั่งเป็นยืน จะทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย ($\bar{X}=3.65$, $SD=1.20$) และพื้นบ้านลื่นและเป็นมันวาว ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย ทำให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ ($\bar{X}=3.77$, $SD=1.17$) ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุจำแนกเป็นรายชื่อ (n=312)

การรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ	\bar{X}	SD	ระดับการรับรู้
1. ผู้สูงอายุที่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ เวลาเปลี่ยนจากท่านอนเป็นนั่งจากท่านั่งเป็นยืน จะทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย	3.65	1.20	มาก
2. ผู้สูงอายุที่มีอาการหลง ๆ ลืม ๆ จะทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย	3.47	1.09	มาก
3. ผู้สูงอายุที่มีอาการเวียนศีรษะหรือ รู้สึกว่าบ้านหมุนจะทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย	4.01	1.01	มาก
4. การที่ผู้สูงอายุเคยหกล้มมาก่อน ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำอีก	4.29	0.86	มาก
5. ผู้สูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้อ อ่อนแรงหรือเหนื่อยล้า จะทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย	4.01	0.90	มาก
6. การที่ผู้สูงอายุเดินลำบากหรือมีการทรงตัวที่ไม่ดี ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย	3.79	1.22	มาก
7. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ได้แก่เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปวดข้อ อ้วน ผอม กระจกพรุน ความผิดปกติของสายตา ตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป จะทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย	4.19	0.85	มาก
8. แสงสว่างภายในบ้านไม่เพียงพอทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย	4.00	0.99	มาก
9. พื้นบ้านลื่นและเป็นมันวาว ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย	3.77	1.17	มาก

(ต่อ)

การรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ	\bar{x}	SD	ระดับการรับรู้
10. ภายในบ้านมีสิ่งกีดขวางทางเดิน เช่น ข้าวของวางไม่เป็นระเบียบ ทำให้ผู้สูงอายุหกล้มได้	4.19	0.81	มาก
11. พื้นบ้านต่างระดับมีขอบกั้นหรือลาดเอียง ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย	3.97	1.05	มาก
12. บันไดหรือภายในห้องน้ำไม่มีราวยึดเกาะ หรือจับยึด ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย	4.16	0.80	มาก
13. ภายในห้องน้ำ มีการวางของใช้เกะกะทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย	3.92	1.15	มาก
14. พื้นห้องน้ำลื่นและเป็นมันวาวทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย	4.06	0.92	มาก

ผลรวมเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก (\bar{X} =3.97, SD=0.44)

เมื่อจัดกลุ่มการรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุถึงโอกาสเสี่ยงของการหกล้มตามระดับการรับรู้พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ร้อยละ 70.2 มีการรับรู้ในระดับมาก โดยมีการรับรู้ในระดับมากที่สุดและระดับปานกลางใกล้เคียงกันเท่ากับร้อยละ 15.1 และ 14.7 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับการรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ

ระดับการรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อยที่สุด	0	0.0
ระดับน้อย	0	0.0
ระดับปานกลาง	46	14.7
ระดับมาก	219	70.2
ระดับมากที่สุด	47	15.1

กลุ่มผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุเคยหกล้ม พบว่า มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มระดับมาก จำนวน 54 คน (ร้อยละ 100)

กลุ่มผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุไม่เคยหกล้ม พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มระดับมาก จำนวน 165 คน (ร้อยละ 64) รองลงมาที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มระดับมากที่สุดและระดับปานกลาง จำนวน 47 คน (ร้อยละ 18.2) และจำนวน 46 คน (ร้อยละ 14.7) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของของผู้ดูแล จำแนกตามระดับการรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงของการหกล้มและประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ

ระดับการรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ	ประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ		รวม จำนวน(%)
	เคยหกล้ม จำนวน (%)	ไม่เคยหกล้ม จำนวน (%)	
ระดับน้อยที่สุด	0 (0)	0 (0)	0 (0)
ระดับน้อย	0 (0)	0 (0)	0 (0)
ระดับปานกลาง	0 (0)	46 (17.8)	46(14.7)
ระดับมาก	54 (100)	165 (64.0)	219(70.2)
ระดับมากที่สุด	0 (0)	47 (18.2)	47(15.1)
รวม	54 (100)	258 (100)	312 (100)

4.1.2.2 การรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.94-4.20 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ในช่วง 0.92-1.09 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับแรกได้แก่ การหกล้มทำให้ผู้สูงอายุพิการ ($\bar{X}=4.20$, $SD=1.09$) รองลงมาคือหลังการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะกลัวการหกล้มซ้ำทำให้ไม่สามารถทำงาน หรือเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้ตามปกติ($\bar{X}=4.09$, $SD=0.92$) และการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตได้ ($\bar{X}=3.97$, $SD=0.96$)

และข้อที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ย 3 ลำดับสุดท้าย ได้แก่ ภาวะกระดูกหัก พิจารณาจากการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุเป็นภาระในการดูแลของ

ลูกหลาน ($\bar{X}=3.94$, $SD=1.06$) รองลงมาคืออาการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุกระตุกหัก ($\bar{X}=3.95$, $SD=1.00$) และการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตได้ ($\bar{X}=3.97$, $SD=0.96$) ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ จำแนกเป็นรายข้อ (n=312)

การรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ	\bar{X}	SD	ระดับการรับรู้
1. การหกล้มทำให้ผู้สูงอายุกระตุกหัก	3.95	1.00	มาก
2. การหกล้มทำให้ผู้สูงอายุพิการ	4.20	1.09	มาก
3. การหกล้มทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตได้	3.97	0.96	มาก
4. ภาวะกระตุกหัก พิจารณาจากการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุเป็นภาระในการดูแลของลูกหลาน	3.94	1.06	มาก
5. หลังการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะกลัวการหกล้มซ้ำทำให้ไม่สามารถทำงาน หรือเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้ตามปกติ	4.09	0.92	มาก
6. ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาจำนวนมาก หากเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ	3.97	0.92	มาก

ผลเฉลยรวมการรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.03$, $SD=0.67$)

เมื่อจัดกลุ่มการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มตามระดับการรับรู้ พบว่า ผู้ดูแล ส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.6 มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับมาก รองลงมาที่มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับมากที่สุด ร้อยละ 34.0 มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับปานกลาง ร้อยละ 10.3 และมีการรับรู้ความรุนแรงในระดับน้อย ร้อยละ 4.2 รายละเอียดดังตารางที่ 4.7

พหุบัณฑิต ชีวะ

ตารางที่ 4. 7 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับการรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ

ระดับการรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อยที่สุด	0	0.0
ระดับน้อย	13	4.2
ระดับปานกลาง	32	10.3
ระดับมาก	161	51.6
ระดับมากที่สุด	106	34.0

กลุ่มผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุเคยหกล้ม พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มระดับมาก จำนวน 32 คน (ร้อยละ 59.3) รองลงมา มีการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มระดับมากที่สุด จำนวน 22 คน (ร้อยละ 40.7)

กลุ่มผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุไม่เคยหกล้ม พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มระดับมาก จำนวน 129 คน (ร้อยละ 50) รองลงมา มีการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มระดับมากที่สุด ระดับปานกลางและระดับน้อย จำนวน 84 คน (ร้อยละ 32.6) จำนวน 32 คน (ร้อยละ 12.4) และจำนวน 13 คน (ร้อยละ 5.0) รายละเอียดดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4. 8 จำนวนและร้อยละของของผู้ดูแล จำแนกตามระดับการรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุและประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ

ระดับการรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ	ประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ		รวม จำนวน(%)
	เคยหกล้ม จำนวน (%)	ไม่เคยหกล้ม จำนวน (%)	
ระดับน้อยที่สุด	0(0)	0(0)	0(0)
ระดับน้อย	0 (0)	13 (5.0)	13(4.2)
ระดับปานกลาง	0 (0)	32 (12.4)	32(10.3)
ระดับมาก	32 (59.3)	129 (50.0)	161(51.6)
ระดับมากที่สุด	22 (40.7)	84 (32.6)	106(34.0)
รวม	54 (100)	258 (100)	312 (100)

4.1.2.3 การรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.87-4.20 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ในช่วง 0.92-1.09 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การแนะนำหรือดูแลให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนท่าจากท่านอนเป็นนั่ง หรือจากนั่งเป็นยืนอย่างช้า ๆ ช่วยลดอาการ หน้ามืดวิงเวียนทำให้ผู้สูงอายุหกล้มลดลงได้ (\bar{X} =4.20, SD=1.09) รองลงมาคือการจัดวางของภายในบ้านเป็นระเบียบไม่เกะกะทางเดิน ช่วยป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้ (\bar{X} =4.09, SD=0.92) และการจัดแสงสว่างภายในบ้านให้เพียงพอบริเวณทางเดินบันได และห้องน้ำสามารถป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้ (\bar{X} =3.97, SD=0.96)

และข้อที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ย 3 ลำดับสุดท้าย ได้แก่ การไปพบแพทย์หรือเภสัชกรเพื่อปรึกษาชนิดยาที่ผู้สูงอายุรับประทานทำให้ลดภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มได้ (\bar{X} =3.87, SD=1.07) รองลงมาคือ การดูแลสภาพพื้นบ้านหรือพื้นห้องน้ำไม่ให้เปียก หรือลื่น สามารถป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้ (\bar{X} =3.94, SD=1.06) และการติดราวบริเวณบันได และในห้องน้ำช่วยป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้ (\bar{X} =3.94, SD=1.06) ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ จำแนกเป็นรายข้อ (n=312)

การรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ	\bar{X}	SD	ระดับความคิดเห็น
1. การไปพบแพทย์หรือเภสัชกรเพื่อปรึกษาชนิดยาที่ผู้สูงอายุรับประทานทำให้ลดภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มได้	3.87	1.07	มาก
2. การแนะนำหรือดูแลให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนท่าจากท่านอนเป็นนั่ง หรือจากนั่งเป็นยืนอย่างช้า ๆ ช่วยลดอาการ หน้ามืดวิงเวียน ทำให้ผู้สูงอายุหกล้มลดลงได้	4.20	1.09	มาก
3. การจัดแสงสว่างภายในบ้านให้เพียงพอบริเวณทางเดินบันได และห้องน้ำสามารถป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้	3.97	0.96	มาก
4. การดูแลสภาพพื้นบ้านหรือพื้นห้องน้ำไม่ให้เปียก หรือลื่น สามารถป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้	3.94	1.06	มาก

(ต่อ)

การรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ	\bar{x}	SD	ระดับความคิดเห็น
5. การจัดวางของภายในบ้านเป็นระเบียบไม่เกะกะทางเดิน ช่วยป้องกัน การหกล้มในผู้สูงอายุได้	4.09	0.92	มาก
6. การทำเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ภายในบ้านชัดเจน เช่น ใช้สีตัดกันที่ขอบโต๊ะ ขอบบันได พื้นต่างระดับ ช่วยป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้	3.97	0.92	มาก

ผลรวมเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.00$, $SD=0.75$)

เมื่อจัดกลุ่มการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มตามระดับการรับรู้ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ร้อยละ 54.8 มีการรับรู้ในระดับมาก โดยมีการรับรู้ในระดับมากที่สุดและระดับปานกลางรองลงมาเท่ากับร้อยละ 26.9 และ 14.1 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4. 10 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับการรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

ระดับการรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อยที่สุด	0	0.0
ระดับน้อย	13	4.2
ระดับปานกลาง	44	14.1
ระดับมาก	171	54.8
ระดับมากที่สุด	84	26.9

กลุ่มผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุเคยหกล้ม พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มระดับมาก จำนวน 32 คน (ร้อยละ 59.3) รองลงมามีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มระดับมากที่สุด จำนวน 22 คน (ร้อยละ 40.7)

กลุ่มผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุไม่เคยหกล้ม พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มระดับมาก จำนวน 139 คน (ร้อยละ 53.9) รองลงมามีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มระดับมากที่สุด ระดับปานกลางและระดับน้อย จำนวน 62 คน (ร้อยละ 24) จำนวน 44 คน (ร้อยละ 17.1) และจำนวน 13 คน (ร้อยละ 5.0) รายละเอียดดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4. 11 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับการรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุและประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ

ระดับการรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ	ประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ		รวม จำนวน(%)
	เคยหกล้ม จำนวน (%)	ไม่เคยหกล้ม จำนวน (%)	
ระดับน้อยที่สุด	0 (0)	0 (0)	0 (0)
ระดับน้อย	0 (0)	13 (5.0)	13(4.2)
ระดับปานกลาง	0 (0)	44 (17.1)	44(14.1)
ระดับมาก	32 (59.3)	139 (53.9)	171(54.8)
ระดับมากที่สุด	22 (40.7)	62 (24.0)	84(26.9)
รวม	54 (100)	258 (100)	312 (100)

4.1.2.4 การรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.78-4.13 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ในช่วง 0.92 -1.22 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ท่านมีปัญหาค่าใช้จ่ายหากต้องปรับปรุงสภาพภายในบ้านให้มีความสว่างเพียงพอ เช่น บริเวณบันได ทางเดิน และห้องน้ำ (\bar{X} =4.13, SD=1.19) รองลงมาคือสถานที่ออกกำลังกายอยู่ห่างไกลจากบ้านผู้สูงอายุ (\bar{X} =4.06, SD=0.92) และท่านมีปัญหาค่าใช้จ่ายหากต้องตรวจบริเวณบันไดและห้องน้ำ (\bar{X} =3.98, SD=1.09)

และข้อที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ย 3 ลำดับสุดท้าย ได้แก่ ท่านคิดว่าท่านไม่มีเวลาพาผู้สูงอายุไปออกกำลังกายเนื่องจากท่านต้องไปทำงานหรือประกอบอาชีพ (\bar{X} =3.78, SD=1.22) รองลงมาคือท่านมีปัญหาค่าใช้จ่ายหากต้องมีการปรับปรุงสภาพพื้นบ้าน/พื้นห้องน้ำ (\bar{X} =3.87, SD=1.07) ท่านรู้สึกไม่มีเวลาที่ต้องจัดวางของเครื่องใช้ให้เป็นระเบียบ (\bar{X} =3.94, SD=1.06) และท่านคิดว่าท่านไม่มีเวลาเดินทางพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์และการใช้ยา เนื่องจากท่านต้องไปทำงานหรือประกอบอาชีพ (\bar{X} =3.95, SD=1.00) ดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4. 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ จำแนกเป็นรายชื่อ (n=312)

การรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ	\bar{x}	SD	ระดับการรับ
1. ท่านคิดว่าท่านไม่มีเวลาพาผู้สูงอายุไปออกกำลังกายเนื่องจากท่านต้องไปทำงานหรือประกอบอาชีพ	3.78	1.22	มาก
2. สถานที่ออกกำลังกายอยู่ห่างไกลจากบ้านผู้สูงอายุ	4.06	0.92	มาก
3. ท่านคิดว่าท่านไม่มีเวลาเดินทางพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์และการใช้ยา เนื่องจากท่านต้องไปทำงานหรือประกอบอาชีพ	3.95	1.00	มาก
4. ท่านมีปัญหาค่าใช้จ่ายหากต้องปรับปรุงสภาพภายในบ้านให้มีแสงสว่างเพียงพอ เช่น บริเวณบันได ทางเดินและห้องน้ำ	4.13	1.10	มาก
5. รู้สึกยุ่งยากหากต้องมีการดูแลสภาพพื้นบ้านไม่ให้เปียกชื้น	3.97	0.96	มาก
6. ท่านรู้สึกไม่มีเวลาที่ต้องจัดวางของเครื่องใช้ให้เป็นระเบียบ	3.94	1.06	มาก
7. ท่านมีปัญหาค่าใช้จ่ายหากต้องติดราว บริเวณบันได และห้องน้ำ	3.98	1.09	มาก
8. ท่านไม่ทราบแหล่งให้ยืมไม้ค้ำยันในการช่วยการทรงตัว	3.97	0.92	มาก
9. ท่านมีปัญหาค่าใช้จ่ายหากต้องมีการปรับปรุงสภาพพื้นบ้าน/พื้นห้องน้ำ	3.87	1.07	มาก

ผลเฉลยรวมการรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก (\bar{x} =3.96, SD=0.66)

เมื่อจัดกลุ่มการรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุตามระดับการรับรู้ พบว่า ผู้ดูแล ส่วนใหญ่ร้อยละ 51.6 มีการรับรู้ในระดับมาก โดยมีการรับรู้ในระดับมากที่สุดและระดับปานกลางใกล้เคียงกันเท่ากับร้อยละ 24.7 และ 19.6 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4. 13 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับการรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

ระดับการรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อยที่สุด	0	0.0
ระดับน้อย	13	4.2
ระดับปานกลาง	61	19.6
ระดับมาก	161	51.6
ระดับมากที่สุด	77	24.7

กลุ่มผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุเคยหกล้ม พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการหกล้มระดับมาก จำนวน 32 คน (ร้อยละ 59.3) รองลงมามีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการหกล้มระดับมากที่สุด จำนวน 22 คน (ร้อยละ 40.7)

กลุ่มผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุไม่เคยหกล้ม พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการหกล้มระดับมาก จำนวน 129 คน (ร้อยละ 50) รองลงมามีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการหกล้มระดับมากที่สุด ระดับปานกลางและระดับน้อย จำนวน 55 คน (ร้อยละ 21.3) จำนวน 61 คน (ร้อยละ 23.6) และจำนวน 13 คน (ร้อยละ 5.0) รายละเอียดดังตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4. 14 จำนวนและร้อยละของของผู้ดูแล จำแนกตามระดับการรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุและประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ

ระดับการรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ	ประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ		รวม จำนวน(%)
	เคยหกล้ม จำนวน (%)	ไม่เคยหกล้ม จำนวน (%)	
ระดับน้อยที่สุด	0(0)	0(0)	0(0)
ระดับน้อย	0 (0)	13 (5.0)	13(4.2)
ระดับปานกลาง	0 (0)	61 (23.6)	61(19.1)
ระดับมาก	32 (59.3)	129 (50.0)	161(51.6)
ระดับมากที่สุด	22 (40.7)	55 (21.3)	77(24.7)
รวม	54 (100)	258 (100)	312 (100)

4.1.2.5 การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของ

ผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา พบว่า ระดับการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.94-4.21 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ในช่วง 0.92-1.22 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ท่านมั่นใจว่าสามารถพาผู้สูงอายุไปออกกำลังกายเพื่อฝึกการทรงตัว เช่น รำไม้พลอง เดินเร็ว ๆ วิ่งเหยาะ ๆ และยืดเหยียดได้ (\bar{X} =4.21, SD=1.10) รองลงมาคือท่านมั่นใจว่าสามารถจัดเครื่องใช้ในบ้านให้เป็นระเบียบไม่วาง เกะกะทางเดินได้ (\bar{X} =4.13, SD=1.09) และท่านมั่นใจว่าท่านสามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติของการใช้ยาในผู้สูงอายุได้ เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ ผื่นคันตามร่างกาย (\bar{X} =4.10, SD=0.92)

และข้อที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ย 3 ลำดับสุดท้าย ได้แก่ ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดให้มีแสงสว่างอย่างเพียงพอภายในบ้านโดยเฉพาะบริเวณทางเดิน บันได และในห้องน้ำได้ (\bar{X} =3.78, SD=1.22) รองลงมาคือท่านมั่นใจว่าสามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุใช้ไม้เท้าหรือไม้ค้ำยันเพื่อช่วยในการทรงตัวดีขึ้นได้ (\bar{X} =3.94, SD=1.07) ท่านมั่นใจว่าสามารถพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัดได้ (\bar{X} =3.94, SD=1.07) และท่านมั่นใจว่าสามารถติดตามสำหรับเกาะยึดพุงกาย บริเวณ บันไดและในห้องน้ำได้ (\bar{X} =3.94, SD=1.07) ดังตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จำแนกเป็นรายข้อ (n=312)

การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ	\bar{X}	SD	ระดับความคิดเห็น
1. ท่านมั่นใจว่าสามารถพาผู้สูงอายุไปออกกำลังกายเพื่อฝึกการทรงตัว เช่น รำไม้พลอง เดินเร็ว ๆ วิ่งเหยาะ ๆ และยืดเหยียดได้	4.21	1.10	มาก
2. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงท่าทางจากนอนเป็นนั่ง หรือจากนั่งเป็นยืน อย่างช้า ๆ ได้	4.00	0.97	มาก
3. ท่านมั่นใจว่าสามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุใช้ไม้เท้าหรือไม้ค้ำยันเพื่อช่วยในการทรงตัวดีขึ้นได้	3.94	1.07	มาก

(ต่อ)

การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการ หกล้มของผู้สูงอายุ	\bar{x}	SD	ระดับ ความคิดเห็น
4. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนหรืออาการ ผิดปกติของการใช้ยาในผู้สูงอายุได้ เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ ผื่น คันตามร่างกาย	4.10	0.92	มาก
5. ท่านมั่นใจว่าสามารถพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์เมื่อมีความ ผิดปกติจากการใช้ยา เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ เพื่อปรับการใช้ยา ที่เหมาะสมได้	3.97	0.92	มาก
6. ท่านมั่นใจว่าสามารถพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัดได้	3.94	1.06	มาก
7. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดให้มีแสงสว่างอย่างเพียงพอภายใน บ้านโดยเฉพาะบริเวณทางเดิน บันได และในห้องน้ำได้	3.78	1.22	มาก
8. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลสภาพพื้นบ้านไม่ให้เปียก หรือลื่นได้	4.06	0.93	มาก
9. ท่านมั่นใจว่าสามารถเปลี่ยนพื้นบ้านหรือพื้นห้องน้ำที่เป็น กระเบื้องลื่นหรือเป็นมันวาวเปลี่ยนเป็นไม่ลื่น หรือพื้นหยาบได้	3.96	1.01	มาก
10. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดเครื่องใช้ในบ้านให้เป็นระเบียบไม่ วาง เกะกะทางเดินได้	4.13	1.09	มาก
11. ท่านมั่นใจว่าสามารถทำเครื่องหมายแสดงให้เห็นบริเวณ พื้นบ้านที่มีความต่างระดับอย่างชัดเจนได้	3.97	0.96	มาก
12. ท่านมั่นใจว่าสามารถติตราวสำหรับเกาะยึดพยุงกาย บริเวณ บันไดและในห้องน้ำได้	3.94	1.06	มาก
13. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดวางของใช้ภายในห้องน้ำให้เป็น ระเบียบเรียบร้อย ไม่กีดขวางการก้าวเดินได้	3.98	1.09	มาก
14. ท่านสามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุไปออกกำลังกายได้	3.97	0.92	มาก

ผลเฉลี่ยรวมการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอยู่ใน
ระดับมาก (\bar{X} =4.01, SD=0.63)

เมื่อจัดกลุ่มการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุตามระดับการรับรู้ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 49 มีการรับรู้ในระดับมาก โดยมีการรับรู้ในระดับมากที่สุดและระดับปานกลางใกล้เคียงกัน เท่ากับร้อยละ 29.8 และ 17 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4. 16 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

ระดับการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อยที่สุด	0	0.0
ระดับน้อย	13	4.2
ระดับปานกลาง	53	17.0
ระดับมาก	153	49.0
ระดับมากที่สุด	93	29.8

กลุ่มผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุเคยหกล้ม พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุระดับมาก จำนวน 32 คน (ร้อยละ 59.3) รองลงมา มีการรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุระดับมากที่สุด จำนวน 22 คน (ร้อยละ 40.7)

กลุ่มผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุไม่เคยหกล้ม พบว่า มีการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุระดับมาก จำนวน 121 คน (ร้อยละ 46.9) รองลงมา มีการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุระดับมากที่สุด ระดับปานกลางและระดับน้อย จำนวน 71 คน (ร้อยละ 27.5) จำนวน 53 คน (ร้อยละ 20.5) และจำนวน 13 คน (ร้อยละ 5.0) รายละเอียดดังตารางที่ 4.17

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตารางที่ 4. 17 จำนวนและร้อยละของของผู้ดูแล จำแนกตามระดับการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุและประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ

ระดับการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ	ประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ		รวม จำนวน(%)
	เคยหกล้ม จำนวน (%)	ไม่เคยหกล้ม จำนวน (%)	
ระดับน้อยที่สุด	0(0)	0(0)	0(0)
ระดับน้อย	0 (0)	13 (5.0)	13(4.2)
ระดับปานกลาง	0 (0)	53 (20.5)	53(17.0)
ระดับมาก	32 (59.3)	121 (46.9)	153(49.0)
ระดับมากที่สุด	22 (40.7)	71 (27.5)	93(29.8)
รวม	54 (100)	258 (100)	312 (100)

4.1.2.6 สิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา พบว่า สิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.78-4.13 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ในช่วง 0.93-1.10 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีสิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ท่านเคยได้รับข้อมูลเรื่องการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจากเพื่อนบ้าน (\bar{X} =4.13, SD=1.10) รองลงมาคือท่านเคยได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจากอาสาสมัคร (\bar{X} =4.06, SD=0.93) และท่านเคยได้รับการเยี่ยมบ้านหรือให้คำปรึกษาการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, พยาบาล (\bar{X} =3.97, SD=0.97)

และข้อที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีสิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ย 3 ลำดับสุดท้าย ได้แก่ ท่านเคยได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, พยาบาล (\bar{X} =3.78, SD=1.23) รองลงมาคือท่านเคยได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจากคู่มือ , แผ่นพับ, สื่อวีดิทัศน์, หนังสือ (\bar{X} =3.94, SD=1.07) และท่านเคยได้รับการเยี่ยมบ้านหรือให้คำปรึกษาการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจากอาสาสมัครสาธารณสุข (\bar{X} =3.94, SD=1.07) ดังตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4. 18 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหก
ล้นของผู้สูงอายุจำแนกเป็นรายชื่อ (n=312)

สิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกหล่นของผู้สูงอายุ	\bar{x}	SD	ระดับ ความคิดเห็น
1. ท่านเคยได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการหกหล่นในผู้สูงอายุจากคู่มือ , แผ่นพับ, สื่อวีดิทัศน์, หนังสือ	3.94	1.07	มาก
2. ท่านเคยได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการหกหล่นในผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, พยาบาล	3.78	1.23	มาก
3. ท่านเคยได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการหกหล่นในผู้สูงอายุจากอาสาสมัคร	4.06	0.93	มาก
4. ท่านเคยได้รับข้อมูลเรื่องการป้องกันการหกหล่นในผู้สูงอายุจากสามี/ภรรยา หรือบุคคลในครอบครัว	3.96	1.01	มาก
5. ท่านเคยได้รับข้อมูลเรื่องการป้องกันการหกหล่นในผู้สูงอายุจากเพื่อนบ้าน	4.13	1.10	มาก
6. ท่านเคยได้รับการเยี่ยมบ้านหรือให้คำปรึกษาการป้องกันการหกหล่นในผู้สูงอายุจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, พยาบาล	3.97	0.97	มาก
7. ท่านเคยได้รับการเยี่ยมบ้านหรือให้คำปรึกษาการป้องกันการหกหล่นในผู้สูงอายุจาก อาสาสมัครสาธารณสุข	3.94	1.07	มาก

เมื่อจัดกลุ่มสิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกหล่นตามระดับการรับรู้ พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ร้อยละ 45.8 มีการรับรู้ในระดับมาก โดยมีการรับรู้ในระดับปานกลางและระดับมากที่สุดใกล้เคียงกันเท่ากับ ร้อยละ 28.5 และ 21.8 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4.19

พูน ปณ ทิโต ชีเว

ตารางที่ 4. 19 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับสิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการ
ป้องกันการหกล้ม

ระดับสิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อยที่สุด	0	0.0
ระดับน้อย	12	3.8
ระดับปานกลาง	89	28.5
ระดับมาก	143	45.8
ระดับมากที่สุด	68	21.8

กลุ่มผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุเคยหกล้ม พบว่า ส่วนใหญ่สิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้ม ระดับมากที่สุด จำนวน 34 คน (ร้อยละ 63) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางและระดับมากใกล้เคียงกันเท่ากับ จำนวน 12 คน (ร้อยละ 22.2) และจำนวน 8 คน (ร้อยละ 14.8)

กลุ่มผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุไม่เคยหกล้ม พบว่า ส่วนใหญ่สิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มระดับมาก จำนวน 135 คน (ร้อยละ 52.3) รองลงมามีสิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มระดับปานกลาง ระดับมากที่สุด และระดับน้อย จำนวน 77 คน (ร้อยละ 29.8) จำนวน 34 คน (ร้อยละ 13.2) และจำนวน 12 คน (ร้อยละ 4.7) รายละเอียดดังตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4. 20 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับสิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มและประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ

ระดับสิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ	ประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ		รวม จำนวน(%)
	เคยหกล้ม จำนวน (%)	ไม่เคยหกล้ม จำนวน (%)	
ระดับน้อยที่สุด	0(0)	0(0)	0(0)
ระดับน้อย	0 (0)	12 (4.7)	12 (3.8)
ระดับปานกลาง	12 (22.2)	77 (29.8)	89(28.5)
ระดับมาก	8 (14.8)	135 (52.3)	143(45.8)
ระดับมากที่สุด	34 (63.0)	34 (13.2)	68(21.8)
รวม	54 (100)	258 (100)	312 (100)

4.1.3 พฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.88 - 4.21 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ในช่วง 0.92 - 1.10 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ท่านจัดแสงสว่างภายในบ้านให้เพียงพอบริเวณทางเดิน บันได และห้องน้ำ (\bar{X} =4.21, SD=1.10) รองลงมาคือท่านติดราวสำหรับเกาะยึดพยุงกายบริเวณ บันไดและในห้องน้ำ (\bar{X} =4.10, SD=0.92) และท่านพาผู้สูงอายุไปออกกำลังกายเพื่อฝึกการทรงตัว เช่น รำไม้พอง โยคะ เต้นรำจังหวะบาสโลป (\bar{X} =3.98, SD=0.92)

และข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ย 3 ลำดับสุดท้าย ได้แก่ ท่านจัดวางของภายในบ้านเป็นระเบียบไม่เกะกะทางเดิน (\bar{X} =3.87, SD=1.07) รองลงมาคือท่านทำเครื่องหมายแสดงให้เห็นบริเวณพื้นบ้านที่มีความต่างระดับอย่างชัดเจน (\bar{X} =3.94, SD=0.92) ท่านพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์หรือเภสัชกรเพื่อปรึกษาชนิดยาที่ได้รับประทาน เมื่อรับประทาน ยาหลายชนิด เพื่อป้องกันผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่ส่งผลการ ทรงตัว (\bar{X} =3.97, SD=0.92) ท่าน แนะนำหรือช่วยเหลือผู้สูงอายุเปลี่ยนท่าจากท่านอนเป็นนั่งหรือจากนั่งเป็นยืนอย่างช้า ๆ (\bar{X} =3.97, SD=0.92) และท่านจัดวางของใช้ภายในห้องน้ำให้เป็นระเบียบเรียบร้อย (\bar{X} =3.97, SD=0.92) ดังตารางที่ 4.21

ตารางที่ 4. 21 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของ ผู้สูงอายุจำแนกเป็นรายข้อ (n=312)

พฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ	\bar{X}	SD	ระดับ ความคิดเห็น
1. ท่านพาผู้สูงอายุไปออกกำลังกายเพื่อฝึกการทรงตัว เช่น รำไม้พอง โยคะ เต้นรำจังหวะบาสโลป	3.98	1.09	มาก
2. ท่านพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์หรือเภสัชกรเพื่อปรึกษาชนิดยาที่ได้รับ ประทาน เมื่อรับประทานยาหลายชนิด เพื่อป้องกันผลข้างเคียง จากการใช้ยาที่ส่งผลการทรงตัว	3.97	0.92	มาก
3. ท่านพาผู้สูงอายุไปรับการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	3.98	1.09	มาก
4. ท่านแนะนำหรือช่วยเหลือผู้สูงอายุเปลี่ยนท่าจากท่านอนเป็นนั่ง หรือจากนั่งเป็นยืนอย่างช้า ๆ	3.97	0.92	มาก

(ต่อ)

พฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ	\bar{x}	SD	ระดับ ความคิดเห็น
5. ท่านจัดวางของภายในบ้านเป็นระเบียบไม่เกะกะทางเดิน	3.87	1.07	มาก
6. ท่านจัดแสงสว่างภายในบ้านให้เพียงพอบริเวณทางเดินบันไดและ ห้องน้ำ	4.21	1.10	มาก
7. ท่านดูแลสภาพพื้นบ้านไม่ให้เปียก หรือลื่น	3.97	0.92	มาก
8. ท่านทำเครื่องหมายแสดงให้เห็นบริเวณพื้นบ้านที่มีความต่างระดับ อย่างชัดเจน	3.94	1.07	มาก
9. ท่านตรวจตราสำหรับเกาะยึดพุงกายบริเวณ บันไดและในห้องน้ำ	4.10	0.92	มาก
10. ท่านจัดวางของใช้ภายในห้องน้ำให้เป็นระเบียบเรียบร้อยไม่กีด ขวางการก้าวเดินได้	3.97	0.92	มาก

เมื่อจัดกลุ่มพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มตามระดับพฤติกรรม พบว่า ผู้ดูแล ร้อยละ 47.1 มีการรับรู้ในระดับมาก โดยมีการรับรู้ในระดับมากที่สุดและระดับปานกลาง เท่ากับร้อยละ 31.7 และ 17.0 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4. 22 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแล จำแนกตามระดับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้ม

ระดับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้ม ของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อยที่สุด	0	0.0
ระดับน้อย	13	4.2
ระดับปานกลาง	53	17.0
ระดับมาก	147	47.1
ระดับมากที่สุด	99	31.7

กลุ่มผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุเคยหกล้ม พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้ม ระดับมาก จำนวน 40 คน (ร้อยละ 74.1) รองลงมาผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มระดับมากที่สุด จำนวน 14 คน (ร้อยละ 25.9)

กลุ่มผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุไม่เคยหกล้ม พบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มระดับมาก จำนวน 107 คน (ร้อยละ 41.5) รองลงมาผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มระดับมากที่สุด ระดับปานกลางและระดับน้อย จำนวน 85 คน (ร้อยละ 32.9) จำนวน 53 คน (ร้อยละ 20.5) และจำนวน 13 คน (ร้อยละ 5.0) รายละเอียดดังตารางที่ 4.23

ตารางที่ 4. 23 จำนวนและร้อยละของของผู้ดูแล จำแนกตามระดับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มและประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ

ระดับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ	ประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุ		รวม จำนวน(%)
	เคยหกล้ม จำนวน (%)	ไม่เคยหกล้ม จำนวน (%)	
ระดับน้อยที่สุด	0 (0)	0 (0)	0 (0)
ระดับน้อย	0 (0)	13 (5.0)	13 (4.2)
ระดับปานกลาง	0 (0)	53 (20.5)	53 (17.0)
ระดับมาก	40 (74.1)	107 (41.5)	147 (47.1)
ระดับมากที่สุด	14 (25.9)	85 (32.9)	99 (31.7)
รวม	54 (100)	258 (100)	312 (100)

4.1.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยง การรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรง การรับรู้ของผู้ดูแลประโยชน์ การรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรค การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแล และสิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

การรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01($r=.79$) การรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมากกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01($r=.94$) การรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมากกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01($r=.89$) การรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมากกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการ

ป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01($r=.86$) การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมากกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01($r=.90$) และสิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01($r=.70$) ดังตารางที่ 4.24

ตารางที่ 4. 24 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยง การรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรง การรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ การรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแล และสิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแล กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ($n=312$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
การรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ	1						
การรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ	.81**	1					
การรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ	.82**	.98**	1				
การรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ	.91**	.93**	.96**	1			
การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ	.85**	.97**	.98**	.94**	1		
สิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ	.84**	.84**	.91**	.92**	.91**	1	
พฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ	.79**	.94**	.89**	.86**	.90**	.70**	1

** $p<.05$

4.2 อภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้สูงอายุในการศึกษารุ่นนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 73.4 เป็นเพศหญิง มีอายุมากกว่า 45 ปี ร้อยละ 45.5 อายุเฉลี่ย 40.6 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี อายุ สูงสุด 56 ปี การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 37.5 และพบว่าไม่ได้รับการศึกษาสูงถึง ร้อยละ 31.1 และร้อยละ 89.1 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท โดยมีรายได้ในช่วง 2,500-5,000 บาท ร้อยละ 34.9 1,000-2,500 ร้อยละ 20.8 น้อยกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 10.9 และมีรายได้ต่ำสุดคือ 800 บาท และมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโดยเป็นบุตร ร้อยละ 36.5 และเป็นหลาน ร้อยละ 28.2 ที่พักอาศัยของผู้ดูแลพบว่าอาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุ ร้อยละ 39.4 อาศัยอยู่บ้านติดกันกับผู้สูงอายุ ร้อยละ 27.9 และ อาศัยอยู่ในบ้านที่ห่างออกไปจากบ้านผู้สูงอายุไม่เกิน 500 เมตร ร้อยละ 16.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของละออม สร้อยแสง (2555) ที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีอายุอยู่ในช่วง 50-60 ปี ร้อยละ 32.0 อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 28.0 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 44.0 แต่ไม่สอดคล้องในด้านอาชีพเนื่องจากผู้ดูแลในการศึกษาของละออม สร้อยแสง มีอาชีพค้าขายหรือธุรกิจส่วนตัวถึง ร้อยละ 40.0 และในการศึกษารุ่นนี้เกือบครึ่งของผู้ดูแลมีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 47.1) และสอดคล้องกับการศึกษาของ วันสนั่น แยกคำ (2551) ที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.7 อายุ 41-55 ปี ร้อยละ 56.7 มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็นบุตร ร้อยละ 73.3 สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.0 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 50.0 และสอดคล้องกับเสาวลักษณ์ อุ่นละม้าย (2553) ที่พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุพักอาศัยกับบุตรหลาน ร้อยละ 92.1 และส่วนใหญ่ได้รับการดูแลจากบุตรหลาน ร้อยละ 87.6

การศึกษารุ่นนี้ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรหลานของผู้สูงอายุ และพักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้สูงอายุ หรืออาศัยอยู่ในบริเวณที่ไม่ห่างนัก ซึ่งแสดงถึงลักษณะของสังคมชนบทและเป็นครอบครัวขยาย ซึ่งเป็นลักษณะที่พบได้ทั่วไปในประเทศไทย (ละออม สร้อยแสง, 2557; เสาวลักษณ์ อุ่นละม้าย, 2553) ซึ่งส่งผลให้สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างใกล้ชิดและให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ง่าย แตกต่างจากสังคมตะวันตก (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555) และการที่ผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ยไม่มากนัก โดยมีอายุสูงสุดเพียง 56 ปี เป็นสิ่งที่เหมาะสมเนื่องจากอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ทำให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุได้ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2554; มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555) อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ดูแลที่เป็นวัยรุ่นจำนวน 13 คน (ร้อยละ 4.2) โดยมีอายุต่ำสุดคือ 18 ปี ซึ่งตามระยะพัฒนาการวัยนี้จะสนใจตนเอง และกำลังปรับตัวในด้านต่าง ๆ เพื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นภาระที่หนักสำหรับวัยรุ่นอยู่แล้ว (สุรียเดว ทริปาตี, มปป.) การที่จะต้อง

รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุอาจจะเป็นภาระที่หนักเกินไปสำหรับวัยรุ่น การสร้างความตระหนักถึง การดูแลผู้สูงอายุและการเตรียมการผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ เนื่องด้วยปัจจุบันระบบการศึกษาไทย อาจยังไม่เอื้อต่อการสร้างให้คนรุ่นใหม่เข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุและความพร้อม เพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ และอาจให้วัยรุ่นมีทัศนคติในทางลบต่อผู้สูงอายุและมีอคติต่อการดูแล ผู้สูงอายุได้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555) ดังนั้นการเตรียมผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้จึงมีความสำคัญ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555)

การศึกษาค้นคว้า พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตรหลานและคู่สมรส มากกว่า ร้อย ละ 50 ของผู้ดูแลมีรายได้ต่อเดือน 5,000 บาทหรือน้อยกว่า โดยพบว่า มีรายได้น้อยกว่าเดือนละ 1,000 บาทร้อยละ 10.9 มีรายได้ 1,000-2,500 บาท ร้อยละ 20.8 มีรายได้ 2,501-5,000 บาท ร้อย ละ 34.9 ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ ได้รับเบี้ยยังชีพและจากบุตรหลาน (ละออม สร้อยแสง, 2557; วณิชสนัน แสค้ำ, 2551) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลอาจจะไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะปรับปรุง สิ่งแวดล้อมเพื่อจะป้องกันอุบัติเหตุหรือป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เช่น การปรับปรุงภายใน บ้านให้มีแสงสว่างเพียงพอ หรือการติดตั้งบริเวณบันไดหรือห้องน้ำ เนื่องจากอาจจะมีปัญหาเรื่อง ค่าใช้จ่ายที่จะเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม จะเห็นได้จากที่ผู้ดูแลรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันการหกล้มของ ผู้สูงอายุในระดับมากและมีค่าเฉลี่ยสูงเป็นลำดับแรก ๆ คือ “ท่านมีปัญหาค่าใช้จ่ายหากต้องปรับปรุง สภาพภายในบ้านให้มีแสงสว่างเพียงพอ เช่น บริเวณบันได ทางเดินและห้องน้ำ” และ “ท่านมีปัญหา ค่าใช้จ่ายหากต้องติดตั้ง บริเวณบันได และห้องน้ำ” และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการหกล้ม ของผู้สูงอายุของผู้ดูแลที่มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ต่ำที่สุดลำดับๆท้าย ได้แก่ “ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดให้มี แสงสว่างอย่างเพียงพอภายในบ้านโดยเฉพาะบริเวณทางเดิน บันได และในห้องน้ำได้” และ “ท่าน มั่นใจว่าสามารถติดตั้งสำหรับเกาะยึดพยุงกาย บริเวณ บันไดและในห้องน้ำได้”

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ

การศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงของการ หกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก การรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ใน ระดับมาก การรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก การ รับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก สอดคล้อง กับวันดี คำศรี (2550) ที่พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม ระดับสูง การรับรู้ความรุนแรงต่อการหกล้มระดับสูง การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการหกล้มระดับสูง การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มระดับสูง โดย และ

สอดคล้องกับเสาวลักษณ์ อุณหะม้าย (2553) ที่พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนมีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูง

และสอดคล้องกับ ญัฐกานต์ ฉิชะ (2551) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหึงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 51.4 และระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 40.0 การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 48.6 และระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 42.9 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 64.3 และระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 30.0 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 47.1 และระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 41.4 และการรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 58.6 และระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 35.7

ประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุและการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ

สำหรับประวัติการหกล้มของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล พบว่าในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 82.7 ไม่มีประวัติการหกล้ม โดยมีประวัติการหกล้มจำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 17.3 เคยหกล้ม 1 ครั้ง ร้อยละ 10.9 เคยหกล้ม 2 ครั้ง ร้อยละ 6.4 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กมลพร วงศ์พินิตกุล (2555) ที่พบว่าในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การหกล้ม (ร้อยละ 69.4) และจำนวนครั้งของการหกล้มที่พบมากที่สุดคือ 1 ครั้ง (ร้อยละ 43.6)

เมื่อพิจารณาระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลจำแนกตามประวัติการเคยหกล้มของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลพบว่า ผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุเคยหกล้มมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากและมากที่สุด โดยรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับมากถึงร้อยละ 100 และมีพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในระดับมากถึงร้อยละ 74.1 และมากที่สุดร้อยละ 25.9 และไม่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง น้อย หรือน้อยที่สุดเลย โดยมีการรับรู้สิ่งกระตุ้นให้กระทำทั้งในระดับมากที่สุด มาก และปานกลาง ในขณะที่พบว่าผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุไม่เคยมีประวัติการหกล้ม มีการรับรู้ความเชื่อสุขภาพ และการรับรู้สิ่งกระตุ้นให้กระทำทั้งในระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง และน้อย โดยพบว่ามีการรับรู้ในระดับมากที่สุดร้อยละ 46.9-53.9 ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มที่ผู้สูงอายุเคยมีประวัติหกล้ม และมีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในระดับมากที่สุดร้อยละ 41.5 รองลงมาในระดับมากที่สุดร้อยละ 32.9 ระดับปานกลางร้อยละ 20.5 และระดับน้อยร้อยละ 5.0 ซึ่งการหกล้มของผู้สูงอายุจะส่งผลกระทบต่อหลายด้านไม่ว่าจะต่อผู้สูงอายุเอง ทำให้ได้รับ

อันตรายจากการบาดเจ็บระดับเล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรง ซึ่งอาจทำให้พิการและเสียชีวิตได้ (เสาวลักษณ์ อุ่นละม้าย, 2553) ผลกระทบของการหกล้มต่อจิตใจ ทำให้ไม่กล้าเดินออกนอกบ้าน หลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หรือสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและเกิดภาวะพึ่งพา ทำให้สูญเสียความภาคภูมิใจและความมีคุณค่าในตนเอง ลดลง (ลักขณา มะรังกา, 2553; Faes, Reelick, Banningh, Gier, Esselink, Rikkert, 2010; Pin & Spini, 2016) นอกจากนี้การหกล้มของผู้สูงอายุยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่คู่สมรสบุตรหลาน หรือญาติของผู้สูงอายุ เช่น ทำให้เกิดภาวะไม่ว่าจะเป็นการใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น การที่ผู้ดูแลไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคมหรือมีปฏิสัมพันธ์ลดน้อยลง (Dow, Meyer, Moore, Hill, 2013) หรืออาจถึงขั้นส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพกายและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้ (Oldenkamp, Hagedoorn, Wittek, Stolk, Smidt, 2017) ผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุเคยหกล้มจึงเคยมีประสบการณ์ตรงกับผลกระทบต่างๆเหล่านี้ ทำให้ไม่ยอมให้ผู้สูงอายุหกล้มซ้ำหรือกลัวว่าผู้สูงอายุจะหกล้มซ้ำ (Faes, Reelick, Banningh, Gier, Esselink, Rikkert, 2010) ดังนั้นจึงอาจทำให้ผู้ดูแลมีความตระหนักและรับรู้ถึงความรุนแรงของการหกล้ม รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม รวมถึงรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุไม่เคยมีประวัติการหกล้ม ซึ่งสอดคล้องกับที่ Rosentock ได้อธิบายว่า บุคคลจะหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคเมื่อเขามีความเชื่อว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และการเป็นโรคจะก่อให้เกิดความรุนแรงต่อชีวิตของเขา และการกระทำจะมีผลประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค (Rosentock, 1974, อ้างอิงใน สุริย์พันธุ์ วรพงศธร, 2558)

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

การศึกษานี้ พบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมากกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและสิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สอดคล้องกับการศึกษาของวันดี คำศรี (2550) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้ม ($r=0.17$) การรับรู้ความรุนแรงต่อการหกล้ม ($r=0.18$) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ($r=0.31$) และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ($r=0.31$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำถึงปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโรคความ

ต้นโลหิตสูง และการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ($r = -0.33$)

สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐกานต์ ธิยะ (2551) ที่พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุและแรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สอดคล้องกับเสาวลักษณ์ อุ่นละม้าย (2553) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ย้ายในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ

แต่เสาวลักษณ์ อุ่นละม้าย พบว่าการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ซึ่งอาจจะเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 40.69 ปี แต่ในการศึกษาของเสาวลักษณ์ อุ่นละม้ายเป็นการศึกษาในผู้สูงอายุ ซึ่งอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 70.19 ปี ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงกิจกรรมที่จะป้องกันการหกล้มได้น้อยลง หรือไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง ทำให้มีการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการหกล้มในระดับสูง และรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มในระดับปานกลาง รวมถึงมีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มในระดับปานกลาง

Becker (Becker et al, 1988, อ้างอิงใน สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร, 2558) ได้กล่าวว่า “บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีโดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ” ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้พบว่าผู้ดูแลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ

โดยข้อที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การที่ผู้สูงอายุเคยหกล้มมาก่อน ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำอีก ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปวดข้อ อ้วน ผอม กระดูกพรุน ความผิดปกติของสายตา ตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป จะทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่ายที่สุด และภายในบ้านมีสิ่งกีดขวางทางเดิน เช่น ข้าวของวางไม่เป็นระเบียบ ทำให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ จึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

การรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ในการศึกษาคั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้

ของผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุรายชื่อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การหกล้มทำให้ผู้สูงอายุพิการ หลังการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะกลัวการหกล้มซ้ำทำให้ไม่สามารถทำงาน หรือเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้ตามปกติ และการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตได้ ซึ่งผู้ดูแลรับรู้ว่าการกระทบของการหกล้มมีความรุนแรงมากถึงขั้นพิการหรือเสียชีวิต รวมถึงไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้ตามปกติ ซึ่งเป็นผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ (ลักษณะ มะรังกา, 2553) และอาจจะเป็นภาระแก่ผู้ดูแลได้ทั้งด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลหรือหน้าที่การงาน (วนัสสนัน แศ คำ, 2551) ส่งผลให้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่ง Baker (Becker at el, 1988, อ้างอิงใน Champion V.L and Skinner C.S, 2008) ได้อธิบายว่า บุคคลจะรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต และประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นว่าทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงานหรือไม่ เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้ว จะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค

การรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ข้อที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์ต่อการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การแนะนำหรือดูแลให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนท่าจากท่านอนเป็นนั่ง หรือจากนั่งเป็นยืนอย่างช้า ๆ ช่วยลดอาการ หน้ามืดวิงเวียนทำให้ผู้สูงอายุหกล้มลดลงได้ จัดวางของภายในบ้านเป็นระเบียบไม่เกะกะทางเดิน ช่วยป้องกัน การหกล้มในผู้สูงอายุได้ และการจัดแสงสว่างภายในบ้านให้เพียงพอบริเวณทางเดินบันได และห้องน้ำสามารถป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้ ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ นี้เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติได้ง่าย และช่วยในการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุหกล้ม สอดคล้องกับที่ Baker (Becker at el, 1988, อ้างอิงใน Champion V.L and Skinner C.S, 2008) ที่ชี้ให้เห็นว่า การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดย การปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้อายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ จึงขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ดีกว่าผลเสีย อย่างไรก็ตามข้อที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์ต่อการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ย 3 ลำดับสุดท้ายซึ่งต้องการการแก้ไขหรือให้คำแนะนำเพื่อให้มีการรับรู้ที่สูงขึ้นและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมขึ้น ได้แก่ การไปพบแพทย์หรือเภสัชกรเพื่อปรึกษาชนิดยาที่ผู้สูงอายุรับประทานทำให้ลดภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มได้ การดูแลสภาพพื้นบ้านหรือพื้นห้องน้ำไม่ให้เปียกหรือลื่นสามารถป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้ และการติดราวบริเวณบันไดและในห้องน้ำช่วยป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้

การรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าระดับ

การรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้อุปสรรคต่อการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ท่านมีปัญหาค่าใช้จ่ายหากต้องปรับปรุงสภาพภายในบ้านให้มีแสงสว่างเพียงพอ เช่น บริเวณบันได ทางเดิน และห้องน้ำ สถานที่ออกกำลังกายอยู่ห่างไกลจากบ้านผู้สูงอายุ ท่านมีปัญหาค่าใช้จ่ายหากต้องตรวจบริเวณบันไดและห้องน้ำ และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ท่านจัดแสงสว่างภายในบ้านให้เพียงพอบริเวณทางเดิน บันได และห้องน้ำ ท่านตรวจสำหรับเกาะยึดพยุงกายบริเวณบันไดและในห้องน้ำ และท่านพาผู้สูงอายุไปออกกำลังกายเพื่อฝึกการทรงตัว เช่น รำไม้พอง โยคะ เต้นรำจังหวะบาสโลป แสดงถึงผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุแต่ยังมีการปฏิบัติในด้านที่เห็นว่าเป็นอุปสรรคเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะมีส่วนมาจากการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม และการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการหกล้มระดับมากที่สุดร้อยละ 59.3 รองลงมาที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการหกล้มระดับมากที่สุดร้อยละ 40.7 และพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ร้อยละ 51.6 มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับมาก รองลงมาที่มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับมากที่สุดร้อยละ 34.0 ประกอบกับในช่วงเวลาที่ศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้มีการดำเนินกิจกรรมและโครงการต่าง ๆ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการหกล้มในผู้สูงอายุรวมถึงการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจึงอาจจะส่งผลทำให้ผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างมีความรู้และมีความตระหนักในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม Baker (Becker at el, 1988, อ้างอิงใน Champion V.L and Skinner C.S, 2008) ได้กล่าวถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติว่า จะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่อุปสรรคต่อการปฏิบัติสูงด้วยจะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจ ยากแก่การแก้ไขจะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ ดังนั้นจึงควรพิจารณาหาแนวทางในการลดอุปสรรคในการปฏิบัติของผู้ดูแลในประเด็นที่ผู้ดูแลเห็นว่ามีค่าสำคัญในลำดับต้น ๆ

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุรับรู้ความสามารถของตนเองที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ ท่านมั่นใจว่าสามารถพาผู้สูงอายุไปออกกำลังกายเพื่อฝึกการทรงตัว เช่น รำไม้พอง เดินเร็ว ๆ วิ่งเหยาะ ๆ และยืดเหยียดได้ ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดเครื่องใช้ในบ้านให้เป็นระเบียบไม่วางเกะกะทางเดินได้ และท่านมั่นใจว่าท่านสามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติของการใช้ยาในผู้สูงอายุได้ เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ ผื่นคันตามร่างกาย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ไม่มีความยุ่งยากซับซ้อนมาก แต่ข้อที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยลำดับ

ท้ายๆ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ยากซับซ้อนขึ้นไม่สามารถปฏิบัติได้เอง เนื่องจากต้องใช้ทรัพยากรต่าง ๆ เช่น เงิน อุปกรณ์เฉพาะ ช่างผู้ชำนาญ ได้แก่ ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดให้มีแสงสว่างเพียงพอภายในบ้านโดยเฉพาะบริเวณทางเดิน บันไดและในห้องน้ำได้ ท่านมั่นใจว่าสามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุใช้ไม้เท้าหรือไม้ค้ำยันเพื่อช่วยในการทรงตัวดีขึ้นได้ ท่านมั่นใจว่าสามารถพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัดได้ และท่านมั่นใจว่าสามารถติดตามสำหรับเกาะยึดพุงกาย บริเวณบันไดและในห้องน้ำได้ สอดคล้องกับ Becker (Becker et al, 1988, อ้างอิงใน Champion and Skinner, 2008) กล่าวว่าบุคคลจะตัดสินใจความสามารถของตนเองจากความคาดหวังในผลลัพธ์ ซึ่งเป็นการตัดสินใจอยู่บนพื้นฐานของการพิจารณาผลลัพธ์ที่อาจจะเกิดขึ้น แต่ในขณะที่การรับรู้ความสามารถตนเองเป็นการตัดสินใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ สำเร็จ

สิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่ง Becker (Becker et al, 1988, อ้างอิงใน Champion and Skinner, 2008) ได้กล่าวว่า สิ่งกระตุ้นให้กระทำเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นให้บุคคลกระทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ สิ่งที่มากระตุ้นให้บุคคลกระทำมี 2 ด้าน คือ สิ่งกระตุ้นภายใน ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือการเจ็บป่วย และสิ่งกระตุ้นภายนอก ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างรับรู้สิ่งกระตุ้นให้กระทำที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การได้รับข้อมูลเรื่องการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจากเพื่อนบ้าน รองลงมาคือการได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจากอาสาสมัคร และการได้รับการเยี่ยมบ้านหรือให้คำปรึกษาการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, พยาบาล และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 ลำดับท้ายคือการได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้มจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, พยาบาล รองลงมาคือการได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจากคู่มือ, แผ่นพับ, สื่อวีดิทัศน์และการได้รับการเยี่ยมบ้านหรือให้คำปรึกษาการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจากอาสาสมัครสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุอาจจะยังได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มไม่เพียงพอ และอาจจะไม่เหมาะสมกับปัญหาหรือลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละราย

นอกจากนี้ระหว่างการศึกษาวิจัย ได้มีนโยบายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น ให้ดำเนินโครงการส่งเสริมป้องกันและคัดกรองโรคกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการดูแลรักษา โดยจัดให้มีศูนย์เรียนรู้ และมีการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุและญาติ โดยชุมชนมีส่วนร่วม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2558) ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ดูแลอาจจะได้รับสิ่งกระตุ้นให้กระทำเกี่ยวกับการหกล้มในผู้สูงอายุและการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจากทั้งอาสาสมัคร

สาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ จึงส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างรับรู้การกระตุ้นให้กระทำในระดับมาก และระหว่างการศึกษาวิจัย ได้มีนโยบายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น ให้ดำเนินโครงการส่งเสริมป้องกันและคัดกรองโรคกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการดูแลรักษา โดยจัดให้มีศูนย์เรียนรู้ และมีการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุและญาติ โดยชุมชนมีส่วนร่วม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2558) ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ดูแลอาจจะได้รับสิ่งกระตุ้นให้กระทำเกี่ยวกับการหกล้มในผู้สูงอายุและการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจากทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ จึงส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลบรือ และตำบลหนองสิม อำเภอบรือ จังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ มีรายละเอียดดังนี้

- 5.1 สรุปผลการวิจัย
- 5.2 ข้อจำกัดในการวิจัย
- 5.3 ข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลบรือ และตำบลหนองสิม อำเภอบรือ จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในตำบลเขตชุมชน ได้แก่ ตำบลบรือ และตำบลหนองสิม อำเภอบรือ จังหวัดมหาสารคาม และถูกระบุโดยสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุว่าเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุและพักอาศัยร่วมกับผู้สูงอายุ ถูกสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 312 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม ดังนี้ แบบสอบถามการรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.83 การรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.93 การรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.94 การรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.89 การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.84 สิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.94 พฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.94 และมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามดังนี้ การรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ เท่ากับ .72 การรับรู้

ของผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ เท่ากับ .73 การรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เท่ากับ .76 การรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เท่ากับ .80 การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เท่ากับ .86 สิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เท่ากับ .72 และแบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เท่ากับ .87 และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้สถิติ Spearman rank correlation coefficient ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

5.1.1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.4 โดยมีอายุเฉลี่ย 40.69 ปี มีกลุ่มอายุอายุ 40 - 49 ปี ร้อยละ 31.7 การศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 37.5 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 47.1 มีรายได้ 2,501 - 5,000 บาท ร้อยละ 34.9 รองลงมา มีรายได้ 1,000 - 2,500 บาท ร้อยละ 20.8 ความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเป็นบุตร ร้อยละ 36.5 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล ส่วนใหญ่ร้อยละ 59.9 มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ร้อยละ 82.7 ไม่มีประวัติการหกล้ม เคยหกล้มร้อยละ 17.3

5.1.2 ข้อมูลการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ

เมื่อพิจารณาระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลจำแนกตามประวัติการเคยหกล้มของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลพบว่า

กลุ่มผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุเคยหกล้มจำนวน 54 คน พบว่า มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับมาก ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงระดับมาก ร้อยละ 59.3 มีการรับรู้ประโยชน์ระดับมาก ร้อยละ 59.3 มีการรับรู้อุปสรรคระดับมาก ร้อยละ 59.3 มีการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับมาก ร้อยละ 59.3 มีการรับรู้สิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้ม ระดับมากที่สุด ร้อยละ 63 ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มระดับมาก ร้อยละ 74.1

กลุ่มผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุไม่เคยหกล้ม จำนวน 258 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับมาก ร้อยละ 64 มีการรับรู้ความรุนแรงระดับมาก ร้อยละ 50 มีการรับรู้ประโยชน์ระดับมาก ร้อยละ 53.9 มีการรับรู้อุปสรรคระดับมาก ร้อยละ 50 มีการรับรู้ความสามารถของตนเองระดับมาก ร้อยละ 46.9 มีการรับรู้สิ่งกระตุ้นให้กระทำระดับมาก ร้อยละ 52.3 ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มระดับมาก ร้อยละ 41.5

5.1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า

การรับรู้ของผู้ดูแลถึงโอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.79$)

การรับรู้ของผู้ดูแลถึงความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมากกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05($r=.94$)

การรับรู้ของผู้ดูแลถึงประโยชน์ของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05($r=.89$)

การรับรู้ของผู้ดูแลถึงอุปสรรคของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05($r=.86$)

การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมากกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05($r=.90$)

สิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05($r=.70$)

5.2 ข้อจำกัดในการวิจัย

5.2.1 ระหว่างการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้ ได้มีนโยบายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น ให้ดำเนินโครงการส่งเสริมป้องกันและคัดกรองโรคกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อการดูแลรักษา โดยจัดให้มีศูนย์เรียนรู้ และมีการสร้างเครือข่ายในการดูแลผู้สูงอายุและญาติ โดยชุมชนมีส่วนร่วม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2558) ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการหกล้มในผู้สูงอายุรวมถึงแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

การเยี่ยมบ้านจากทั้งอาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ และการส่งเสริมให้มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้านและนอกบ้าน ดังนั้นจึงอาจส่งผลกระทบต่อระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแล และส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ การนำผลการวิจัยนี้ไปใช้อ้างอิงในพื้นที่อื่น ๆ จึงควรได้พิจารณาถึงข้อจำกัดนี้

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

5.3.1.1 ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุเคยหกล้มมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับมากและมากที่สุดเป็นส่วนใหญ่ แต่ผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุที่ไม่เคยหกล้ม มีระดับการรับรู้ทั้งในระดับมากที่สุด มาก ปานกลางและต่ำ ดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรมที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลที่ผู้สูงอายุไม่เคยหกล้มมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้ม การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้ม การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม การแก้ไขอุปสรรคในการป้องกันการหกล้ม รวมถึงกระตุ้นเตือนให้ผู้ดูแลป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

5.3.1.2 ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวนหนึ่ง รวมถึงผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการศึกษา ดังนั้นการจัดกิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุควรคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของกลุ่มเหล่านี้ที่อาจต้องการรูปแบบของกิจกรรมที่แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่หรือผู้ที่ได้รับการศึกษาในระบบ

5.3.1.3 ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้มจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, พยาบาล และได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจากคู่มือ, แผ่นพับ, สื่อวีดิทัศน์น้อยที่สุด ดังนั้นควรเพิ่มกิจกรรมเกี่ยวกับการให้ความรู้ในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยพยาบาลวิชาชีพ และมีการจัดทำสื่อชนิดต่างๆ เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

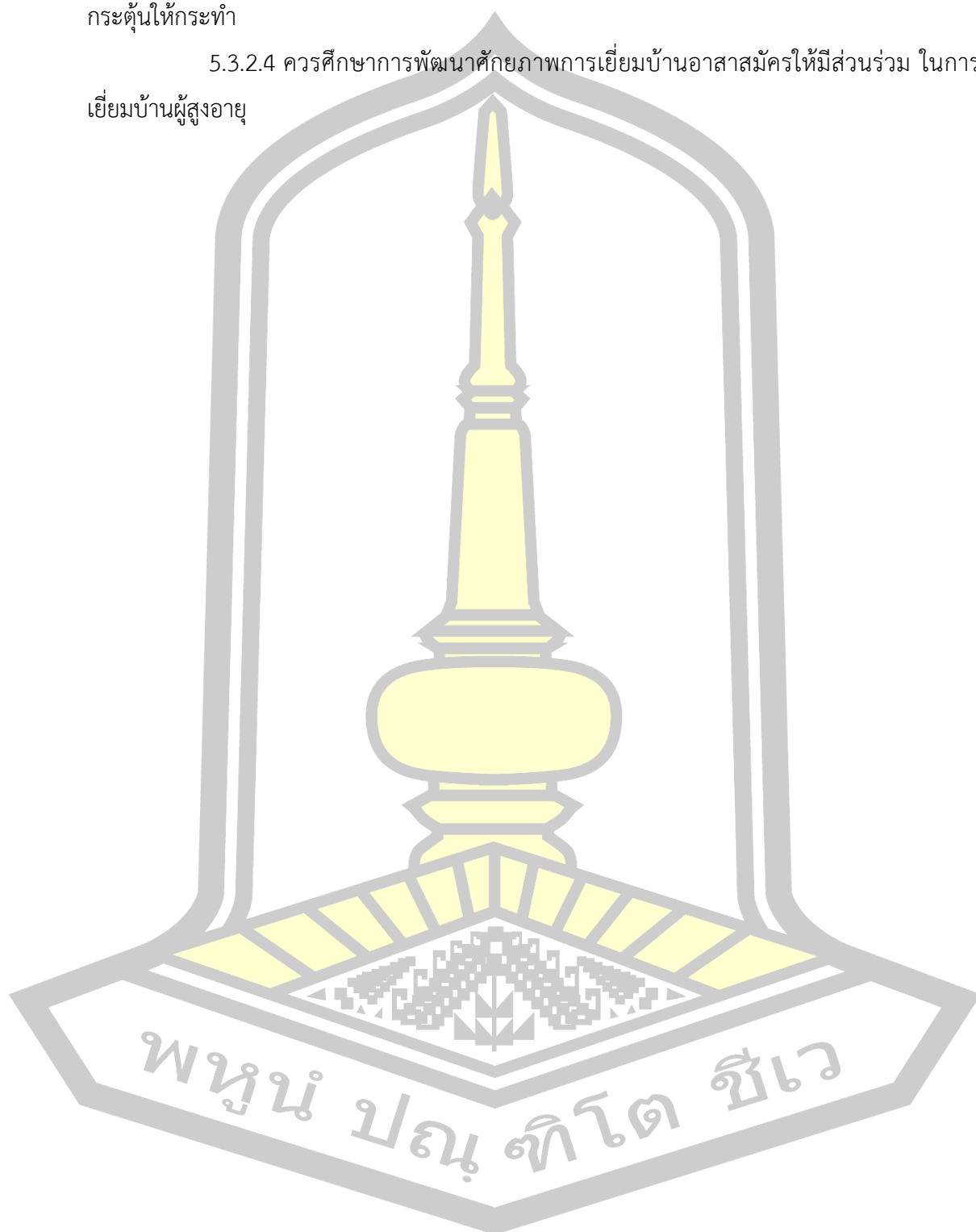
5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

5.3.2.1 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุทั้งกลุ่มที่เคยหกล้มและไม่หกล้ม ซึ่งจะช่วยให้ทราบในข้อแตกต่างที่เป็นประโยชน์ในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการหกล้มแก่ผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน

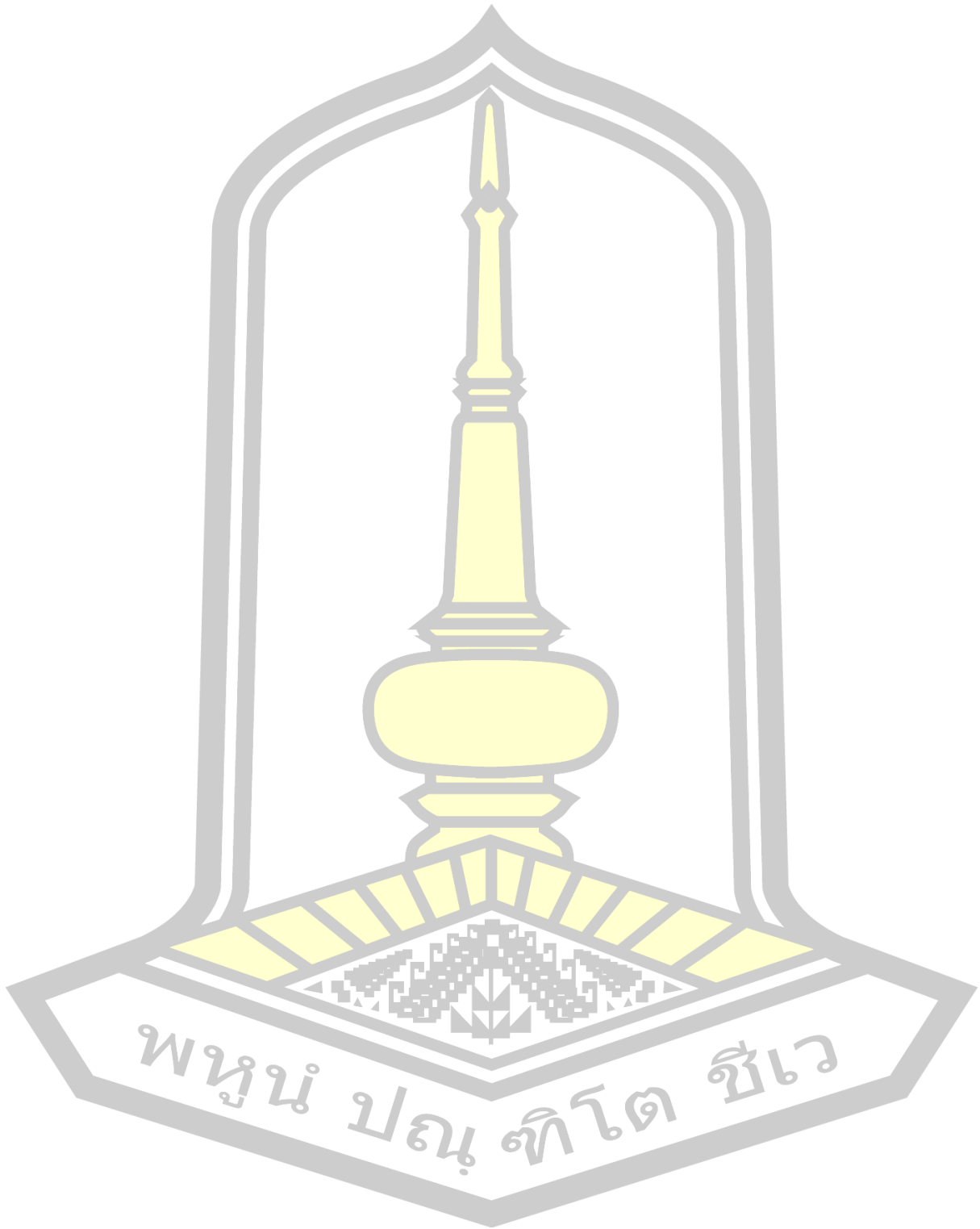
5.3.2.2 ควรศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อจะได้ทราบถึงการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุของผู้ดูแลและปัญหาและอุปสรรคของผู้ดูแลผู้สูงอายุในเชิงลึก

5.3.2.3 ควรศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุและระบบการให้ข้อมูลเพื่อเป็นสิ่ง
กระตุ้นให้กระทำ

5.3.2.4 ควรศึกษาการพัฒนาศักยภาพการเยี่ยมบ้านอาสาสมัครให้มีส่วนร่วม ในการ
เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ



บรรณานุกรม



พหุบัณฑิตยาลัย

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ เมืองศิริ. (2017). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี. Naresuan University Journal: Science and Technology 2017; (25)
- กษมา เชียงทอง. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่าง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้ อาการเตือน และพฤติกรรมจัดการโรค หลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือด สมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิต]. เชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กมลพร วงศ์พนิตกุล. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ) บรุษพา : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- จุฬารัตน์ โสตะ. (2554). แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จรงค์ ศุภกิจเจริญ. (2551). การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วยในวัยสูงอายุ .ปทุมธานี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ณัฐกานต์ ธิยะ. (2551). พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สุขศึกษา) สาขาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- ทิพนตร งามกาละ. (2551). การสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและจัดการการหกล้มในผู้ป่วย ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 13 (3): 339-348.
- ธนวรรณ สำคำปัง. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ตำบลขามป้อม อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น
- นงนุช วรโธสง. (2551). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2554). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ : ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น.
- เปรมกมล ขวนขวาย. (2550). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาชีวสถิติ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- แผนกเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลบรบือ. (2560). ข้อมูลผู้ป่วยประจำปี. อำเภอบรบือ
โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2555). การพยาบาลปัญหาสุขภาพสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำไปใช้.
พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น : คลังนาโนวิทยา
- พยุกรณ์ มีชัย. (2557). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของ
ประชาชนวัยกลางคนในเมืองปากเซ แขวงจำปาสัก ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตย
ประชาชนลาว. วารสารมหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2014; วารสารฉบับพิเศษ ประชุม
วิชาการ.
- พันธณี วิหคโต. (2551). สถิติและการวิจัยทางธุรกิจ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏ
พระนคร.
- พิมวรินทร์ ลิ้มสุขสันต์. (2551). ปัจจัยทำนายการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล. (2558). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลกระทบจากการหกล้มในผู้สูงอายุ.
วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพลาวรรณ สัทธานนท์. (2556). การล้มในผู้สูงอายุไทยในเขตเมืองและชนบท: อุบัติการณ์ ปัจจัย
เสี่ยงการจัดการและการป้องกัน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
- ภาวดี วิมลพันธุ์. (2556). การศึกษาผลของการใช้โปรแกรม ป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อจำนวน
ครั้งของการ พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีประวัติการพลัดตก หกล้ม ชุมชนตำบลแม่
ข้าวต้ม อำเภอเมือง จังหวัด เชียงราย. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 8(1): 8-15.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2555). รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย
พ.ศ. 2555. นนทบุรี. เอสเอส พลัส
- รัศมี มาลาหอม. (2554). ผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทาง
สังคมที่มีต่อการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี.
วิทยานิพนธ์ (ส.ม. การจัดการระบบสุขภาพ) -- มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2554.
- ละออม สร้อยแสง. (2557). การศึกษาแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุชุมชนมิตรภาพ
พัฒนา. วารสารพยาบาลทหารบก. 15(1): 122-129
- ลัดดา เกียมวงศ์. (2552). ปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชรา.
วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, ปีที่ 24(1) : 77-87.

- ลัดดา เกียมวงศ์. (2554). การทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือประเมินอาการกลัวหกล้มในผู้สูงอายุไทย. *สงขลานครินทร์ เวชสาร*. 29(6) : 277-287.
- ลักษณะ มะลิ่งกา (2553). *ประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาวิชาพยาบาล) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันสนันท์ แศค้ำ. (2551). *การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชุมชนเทศบาลตำบลหนองผึ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. เชียงใหม่ : (สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ) บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วลัยภรณ์ อารีรักษ์. (2554). *ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังผลดีจากการปฏิบัติ และพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มในชุมชน*. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วันดี คำศรี. (2550). *ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศิรินาท แขนอก. (2553). *ประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยในผู้สูงอายุ ที่มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ) ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2557). *โลกวันนี้วันสุข การหกล้มในผู้สูงอายุ ฉบับวันที่ 5 - 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2557* หน้า 46. เข้าถึงข้อมูลได้จาก <http://www.hsri.or.th/people/media/care/detail/5532> (สืบค้นเมื่อวันที่ 5 ม.ค. 2559)
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). *คู่มือการอบรมการเตรียมความพร้อม เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ*. โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. กรุงเทพฯ.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2551). *แนวทางการปฏิบัติการป้องกัน/ประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร ซีจี ทูล.
- สถานีนิกอาสา-วิศวกรใจดี. (2558). *การเตรียมสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการและเด็ก*. เพ็ญพรินตัง, ขอนแก่น
- สุรียเดว ทริปาตี. (มปป.) *พัฒนาการและการปรับตัวในวัยรุ่น*. เข้าถึงข้อมูลได้จาก <http://www.nicfd.cf.mahidol.ac.th/th/images/documents/3.pdf> (สืบค้นเมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2561)

- สุรีย์พันธุ์ วงพงศธร. (2558). *การวิจัยทางสุขศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง*
พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิฑูรย์การปก
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มือป้องกันการหกล้มใน
ผู้สูงอายุ ยากันล้ม. ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม : มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.*
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). *สรุปผลที่สำคัญในการทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย*
พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์.
- สมาคมสถาปนิกสยาม ในพระบรมราชูปถัมภ์, (2552). *คู่มือปฏิบัติวิชาชีพสถาปัตยกรรม การ
ออกแบบสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับทุกคน (Universal Design
Code of Practice) ฉบับ พ.ศ. 2552 : กรุงเทพมหานคร*
- เสาวลักษณ์ อุณหะมัย. (2553). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้
ประโยชน์การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการหกล้ม
กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- แสงมณี หน่อเจริญ. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับ
พฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์แรก ณ โรงพยาบาล
มโหสถ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.*
- อนุชา เศรษฐเสถียร. (2550). *ปัจจัยเสี่ยงต่อการล้มแล้วกระดูกสะโพกหักของผู้สูงอายุที่รักษาใน
โรงพยาบาลอุดรธานี*
- อติพงศ์ พิมพ์ดี. (2553). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความ เชื่อ
ด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายโดยการเดินรำ
งิ้วหะ Paslop เพื่อป้องกันการหกล้มในหญิงไทยก่อนวัยสูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด.
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- Amella E.J.(2006). Presentation of Illness in Older Adults : If You Think You
Know What You're Looking for ,Think Again. *AORN Journal*,83(2),372-389.
- Campbell AJ, Robertson MC. (2007). *Rethinking individual and community fall
prevention strategies: a meta-regression comparing single and
multifactorial interventions. Age Ageing. 36:656-662.*

- Champion V.L. and Skinner C.S (2008). *The health belief model*. In K.Glanz, B.K.Rimer and Viswanath. (Eds.) Health behavior and health education Theory, Research and Practice (4 ed .,pp.45-65).U.S.A: HB Printing
- Choi, J.H., Moon, J.S., & Song, R., (2005) *Effects of Sun-style Tai Chi exercise on physical fitness and fall prevention in fall-prone older adults*. *Journal of Advance Nursing*, 51 (2) : 150-157
- Faes, Reelick, Banningh, Gier, Esselink, Rikkert, (2010) Qualitative study on the impact of falling in frail older persons and family caregivers: Foundations for an intervention to prevent falls. *Aging J* September 2010; 834–842.
- Haines, Day, Hill, Clemson, Finch. (2014). Better for others than for me": a belief that should shape our efforts to promote participation in falls prevention strategies. *Archives of Gerontology and Geriatrics Society*, 59(136-144).
- Hakim, Roginski, Walker. (2007). Comparison of fall risk education methods for primary prevention with community-dwelling older adults in a senior center setting. *Journal of Geriatrics Physical Therapy*, 30(207).
- Jean, F., Wyman. et al. (2007). *Effectiveness of Education and Individualized Counseling in Reducing Environmental Hazards in the Homes of Community- Dwelling Older Women*. *The American Geriatrics Society*, 55(10).
- Lyons S, Adam S, Titler M. (2005). *Evidence-based protocol fall prevention for older adults*. *Journal of Gerontological Nursing*. 31(11):9-14.
- Mayumi, K. et al. (2008). Development of a fall prevention program for elderly Japanese people. *Nursing and Health Sciences*, 10, 281-290.
- Mccarter-Bayer, A., Bayer, F., & Hall, K., (2005) "Prevention fall in Acute Care : An innovative Approach" *Journal of Gerontological Nursing*. 31 (3) P. 25-33.
- Munro, B.H. (2005). *Statistical Methods for Health Care Research*. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins.
- Pin & Spini (2016) Meeting the Needs of the Growing Very Old Population: Policy Implications for a Global Challenge. *Australas J Ageing* 2012; 218 –231.
- Shanthi, G.S. & Krishnaswamy. B. (2005). *Risk factors for falls in elderly*. *Journal of the Indian Academy of Geriatrics*, 1(2), 57-60.

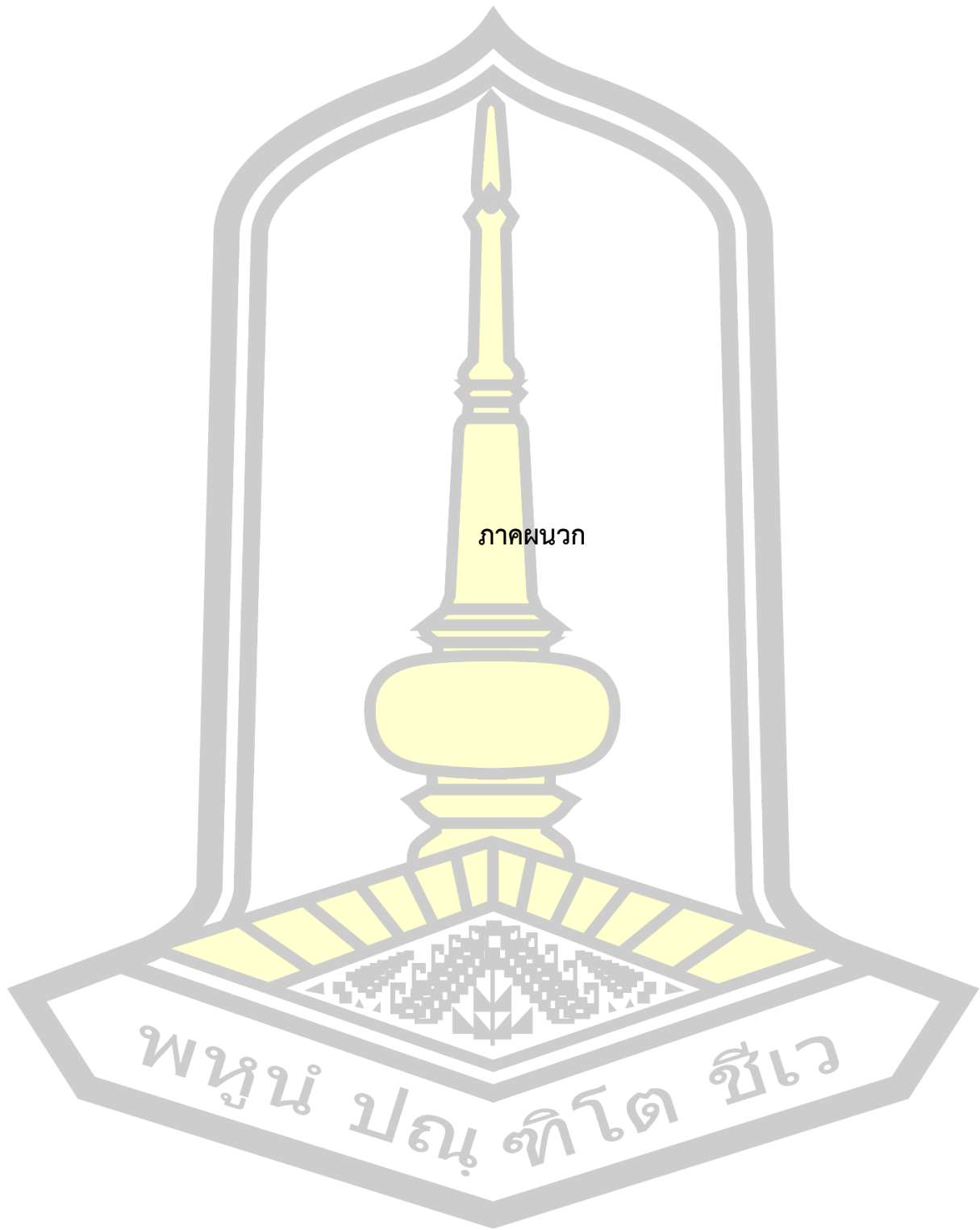
Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. (1988). *Risk factors for falls among elderly persons living in the community*. N Engl J Med. 319: 1701-7.

World Health Organization. (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention Epidemiology of Falls*. [Online] Available :
http://who.int/ageing/publications/Fall_prevention7_March.pdf (June 2, 2010)

World Health Organization. (2007) *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. [Online] Available : http://who.int/ageing/publications/Fall_prevention7

Yamane, Taro. 1967. *Statistics, An Introductory Analysis*, 2nd Ed., New York: Harper and Row.





ภาคผนวก

พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโต ชีเว



ภาคผนวก ก

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

พหุณฺ์ ปณฺุ ทิโต สีเว

ที่ NU-MSU-IRB/0530.11-357



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้ เพื่อแสดงว่า

โครงการวิจัยเรื่อง : เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการ
ป้องกันการหกล้ม ของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

ผู้วิจัย : นางสาวสุทธีวรร เขตคาม
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม


ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม แล้ว

ให้ไว้ ณ วันที่ ๒4 เมษายน พ.ศ. 2560

(รองศาสตราจารย์ ดร.ดร.ญี่ รุจกรกานต์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



 <p>Mahasarakham University Institutional Review Board</p>	<p>ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant)</p>
---	---

การศึกษาเรื่อง : ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้ม ของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม
(ชื่อภาษาอังกฤษ) : Relationship between health belief model and behavior of health care giver in the prevention of falls in the elderly in the community Borabue District MahaSarakham Province

ชื่อผู้วิจัย : นางสาวสุทวิวรร เขตคาม นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา วิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัดดา แสนสีหา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการศึกษาวิจัยเรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม” ซึ่งเป็นการศึกษาในระดับปริญญาโท ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม โดยผู้วิจัยจะอธิบายให้ท่านทราบเกี่ยวกับโครงการวิจัย และเปิดโอกาสให้ท่านได้อ่านคำอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัยนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับสิทธิของท่าน กรุณาซักถามจากผู้วิจัยซึ่งจะสามารถให้ความกระจ่างกับท่านได้

ผลที่ได้จากการวิจัยจะนำไปใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ส่งเสริมการดูแลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมถึงจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนต่อไป

เหตุผลความเป็นมา

จากการสำรวจเบื้องต้นมาวิเคราะห์และชี้ให้เห็นว่าปัญหาการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่มีความสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น ดังนั้น ชุมชนและผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงมีส่วนช่วยในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพแก่สมาชิก เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตและสุขภาพที่แข็งแรงของผู้สูงอายุในชุมชน และจะเห็นได้ว่าการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ในประเด็นปัจจัยภายนอกโดยเฉพาะปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทั้งภายในบ้านและภายนอกบ้าน และการที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะดำเนินการเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะต้องมีการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการป้องกันการหกล้ม ความเสี่ยงของการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน และความรุนแรงที่เกิดจากการหกล้มของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ จึงมีความสนใจในการทำวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ

1. เพื่อศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ก่อนที่จะให้ท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้เพื่อคัดกรองว่าท่านมีคุณสมบัติที่จะเข้าร่วมในการวิจัย

หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก ท่านจะได้รับการสุ่มเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย คือ เดือน มิถุนายน 2560 – กรกฎาคม 2560 ซึ่งผู้วิจัยจะมาพบท่านเพื่อให้ตอบแบบสอบถามจำนวน 1 ครั้ง

ถ้าท่านยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านจะได้รับแบบสอบถาม 1 ชุด พร้อมทั้งคำอธิบายในการตอบแบบสอบถาม ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที จะไม่มีอันตรายใดใด อันอาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านเพียงแต่เสียเวลาในการตอบแบบสอบถามเล็กน้อย (ประมาณ 30 นาที) การให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามของท่านจะเป็นการให้ข้อมูลที่มีคุณค่า ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงผลของการประเมินสภาวะสุขภาพด้านการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ และสามารถใช้เป็นข้อมูลเพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ และการจัดการสิ่งแวดล้อม

ที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ท่านจะไม่ได้รับผลประโยชน์เป็นพิเศษจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

ข้อมูลที่ได้จากท่านถือเป็นความลับทางกฎหมาย ข้อมูลที่ได้จากท่านจะใช้เพื่อการศึกษาวิจัยเท่านั้น ข้อมูลต่างๆ จะถูกนำเสนอเป็นรายกลุ่ม จะไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่านทุกกรณี ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาท่านนั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลนี้ได้ ผู้วิจัยจะนำข้อมูลไปวิเคราะห์และนำเสนอในภาพรวม และนำผลที่ได้จากการวิจัยสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาและแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลต่อไป โดย จะไม่นำเสนอชื่อของท่านหรือกระทำการใด ๆ ที่จะเกิดความเสียหายต่อตัวท่าน หากจะมีการนำเสนอภาพของท่าน ในการประกอบการศึกษาผู้วิจัยจะนำมาให้ท่านพิจารณาก่อนนำไปเผยแพร่ ท่านสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยการไม่ตอบแบบสอบถาม ซึ่งการปฏิเสธหรือการถอนตัวของท่านจะไม่มีผลเสียใดๆ ต่อตัวท่าน ในการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น และท่านจะไม่ได้ค่าตอบแทนใดๆ ในการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัย หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หมายเลขโทรศัพท์ 043-

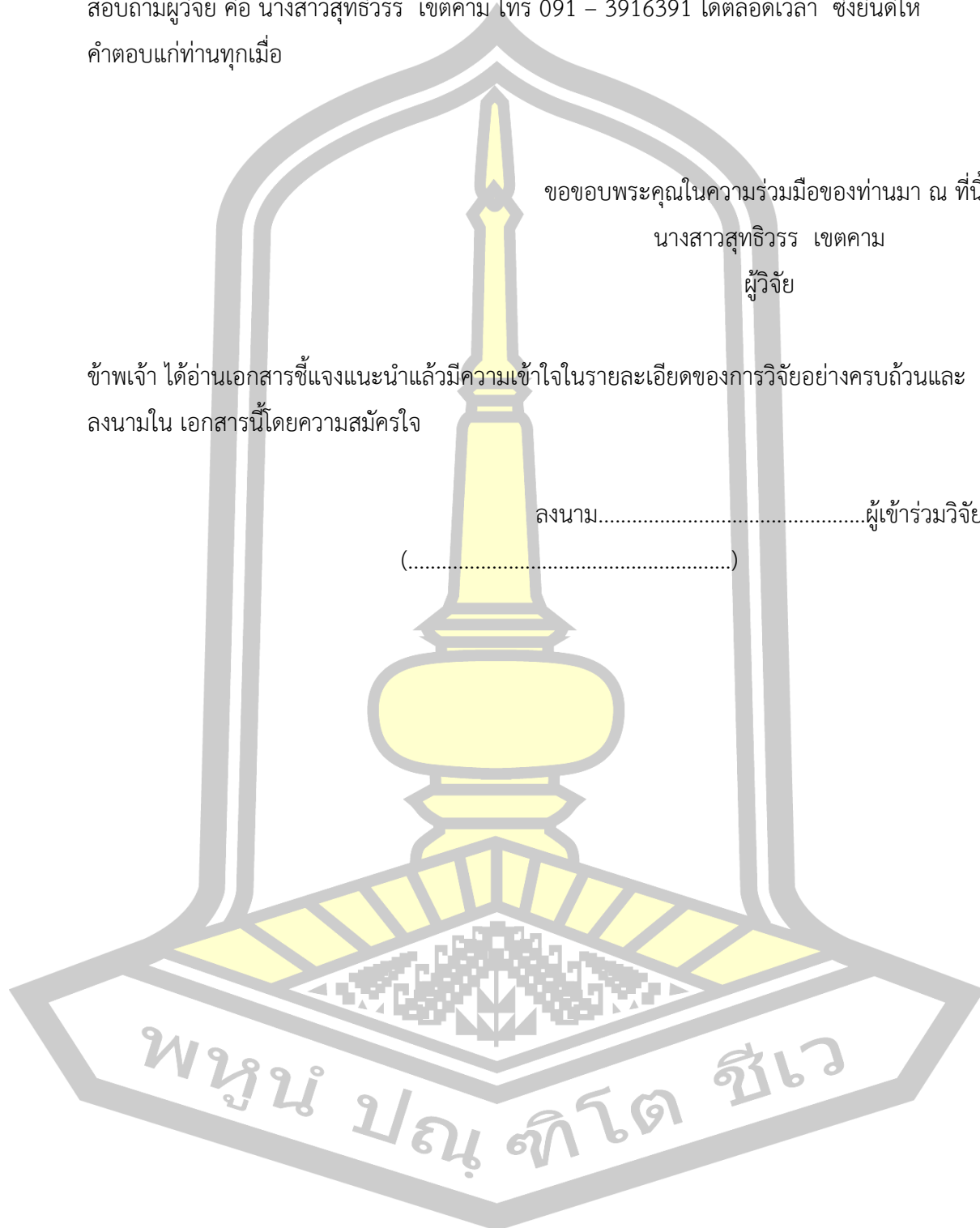
754416 โทรสาร 043-754416 ในเวลาราชการ หรือหากมีข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถติดต่อ
สอบถามผู้วิจัย คือ นางสาวสุทธีวรร เขตคาม โทร 091 – 3916391 ได้ตลอดเวลา ซึ่งยินดีให้
คำตอบแก่ท่านทุกเมื่อ

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือนของท่านมา ณ ที่นี้
นางสาวสุทธีวรร เขตคาม
ผู้วิจัย

ข้าพเจ้า ได้อ่านเอกสารชี้แจงแนะนำแล้วมีความเข้าใจในรายละเอียดของการวิจัยอย่างครบถ้วนและ
ลงนามใน เอกสารนี้ด้วยความสมัครใจ

ลงนาม.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)





ภาคผนวก ค
ใบอนุญาตของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

พหุจน์ ปณฺ ทิโต ชีเว

ใบยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง : ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมของ
ผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้ม ของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน วิธีการศึกษา ประโยชน์ที่ได้รับ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการ
เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบ
ใดๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่มีปิดบัง ซ่อนเร้นจน
ข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวของข้าพเจ้าจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะเปิดเผยนำเสนอใน
เป็นภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น ไม่ได้ระบุว่าเป็นข้อมูลของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้อ่านใบยินยอมนี้ และเข้าใจทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมของผู้เข้าร่วม
โครงการวิจัยนี้ไว้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟังจนข้าพเจ้า
เข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

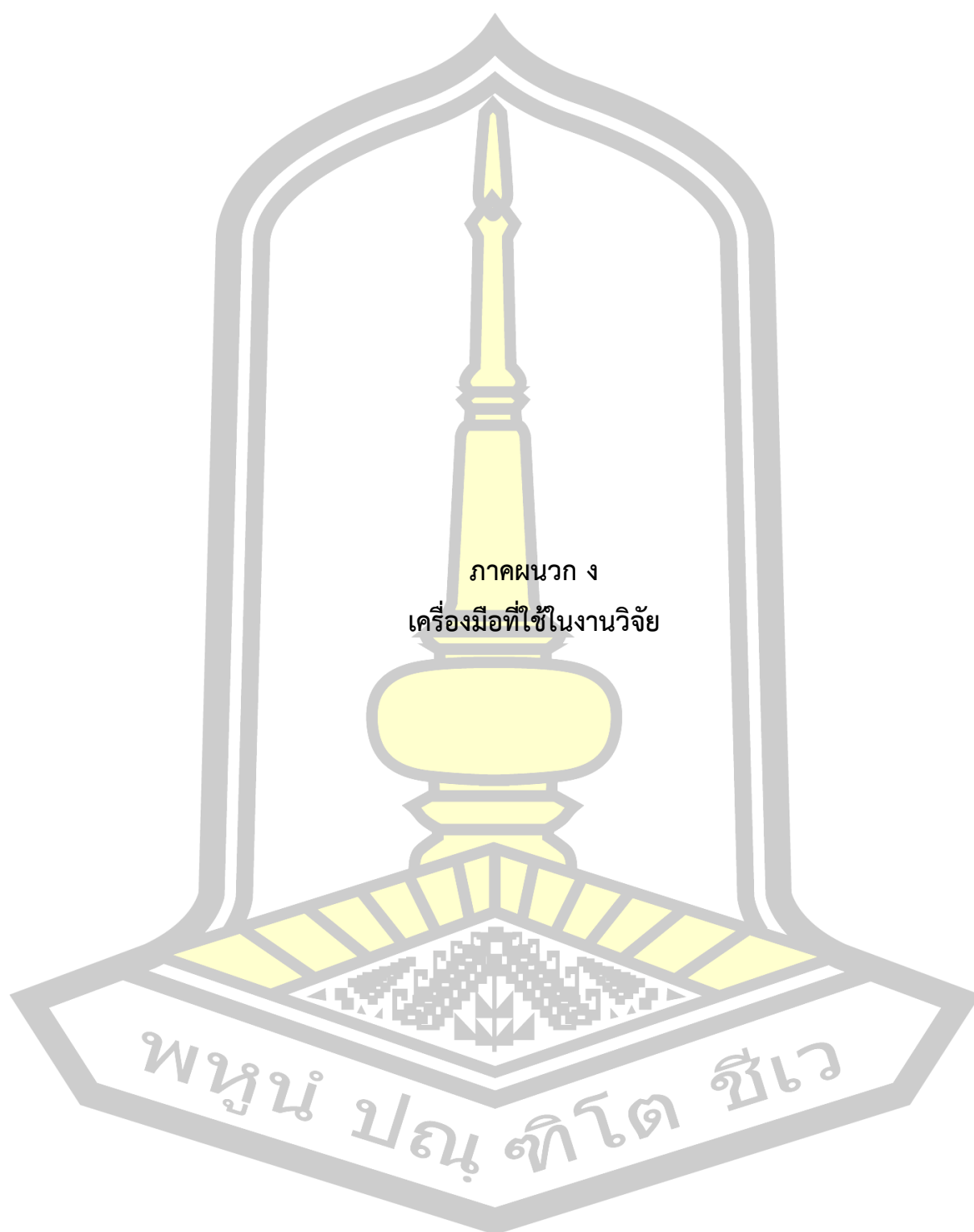
ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(.....)

พจนันท์ ปณฺฑิต ชิว



แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง : ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแล
ในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอเบรบือ จังหวัดมหาสารคาม แบบสอบถามนี้ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ส่วน ดังนี้

แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยง จำนวน 14 ข้อ

แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรง จำนวน 6 ข้อ

แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ จำนวน 7 ข้อ

แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรค จำนวน 9 ข้อ

แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 3 สิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ

คำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้อย่างมาก ดังนั้น จึงขอความกรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริง ข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและนำไปวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

พูน ปณิธิ ชีวะ

นางสาวสุทธิวรร เขตคาม

นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดลงในช่องว่าง ขอให้ท่าน
กาเครื่องหมาย (✓) ลงหน้าช่องที่ตรงตามข้อมูลของท่านตามความจริง

ข้อมูลลักษณะประชากร

เพศ 1. ชาย 2. หญิง

อายุ.....ปี

สถานภาพสมรส

1. โสด 2. คู่ 3. หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

ระดับการศึกษา

1. ไม่ได้รับการศึกษา 2. ประถมศึกษา 3. มัธยมศึกษาตอนต้น

4. มัธยมศึกษาตอนปลาย 5. ปวช 6. ปวส./ อนุปริญญา

7.ปริญญาตรีขึ้นไป

อาชีพในปัจจุบัน

1. เกษตรกรรม 2. รับจ้าง 3. รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ

4. ค้าขาย 5. อื่นๆระบุ

ปัจจุบันท่านมีรายได้หลักเฉลี่ย.....บาท/เดือน

ท่านมีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

สามี/ภรรยา บุตร หลาน

พี่/น้องสายตรงของผู้สูงอายุ ญาติระบุ..... อื่นๆระบุ.....

ข้อมูลด้านสุขภาพ

โรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่ท่านเป็นผู้ดูแล

1. มี ระบุชื่อโรค.....

2. ไม่มี

การไต่ยาในปัจจุบันการไต่ยาในผู้สูงอายุ

1. มี ระบุชื่อยา.....

.....

2. ไม่มี

ประวัติการหกล้มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาของผู้สูงอายุ

1. มี จำนวน.....ครั้ง

2. ไม่มี

ประวัติการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากการหกล้มของผู้สูงอายุ

1. เคย จำนวน.....ครั้ง

2. ไม่เคย

ที่พักอาศัยของท่าน

- [] อาศัยอยู่ในบ้านกับผู้สูงอายุ [] อาศัยอยู่บ้านติดกันกับผู้สูงอายุ
 [] อาศัยอยู่ในบ้านที่ห่างออกไปจากบ้านผู้สูงอายุไม่เกิน 500 เมตร
 [] อาศัยอยู่ในบ้านที่ห่างออกไปจากบ้านผู้สูงอายุไม่เกิน 500 เมตร – 1 กิโลเมตร
 [] อาศัยอยู่ในบ้านที่ห่างออกไปจากบ้านผู้สูงอายุ > 1 กิโลเมตร

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามตามความคิดเห็นของท่านที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

โดยกาเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่าง ซึ่งมีเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายความว่า ผู้ตอบเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของตนเองมากที่สุด

เห็นด้วยมาก หมายความว่า ผู้ตอบเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของตนเอง

เห็นด้วยปานกลาง หมายความว่า ผู้ตอบเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของตนเองปานกลาง

เห็นด้วยน้อย หมายความว่า ผู้ตอบเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของตนเองน้อย

เห็นด้วยน้อยที่สุด หมายความว่า ผู้ตอบเห็นด้วยว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับความคิดเห็นของตนเองน้อยที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
การรับรู้โอกาสเสี่ยง					
1. ผู้สูงอายุที่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ เวลาเปลี่ยนจากท่านอนเป็นนั่ง จากท่านั่งเป็นยืน จะทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย					
2. ผู้สูงอายุที่มีอาการหลงๆ ลืมๆ จะทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย					
3. ผู้สูงอายุที่มีอาการเวียนศีรษะ หรือ รู้สึกว่าบ้านหมุน จะทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย					

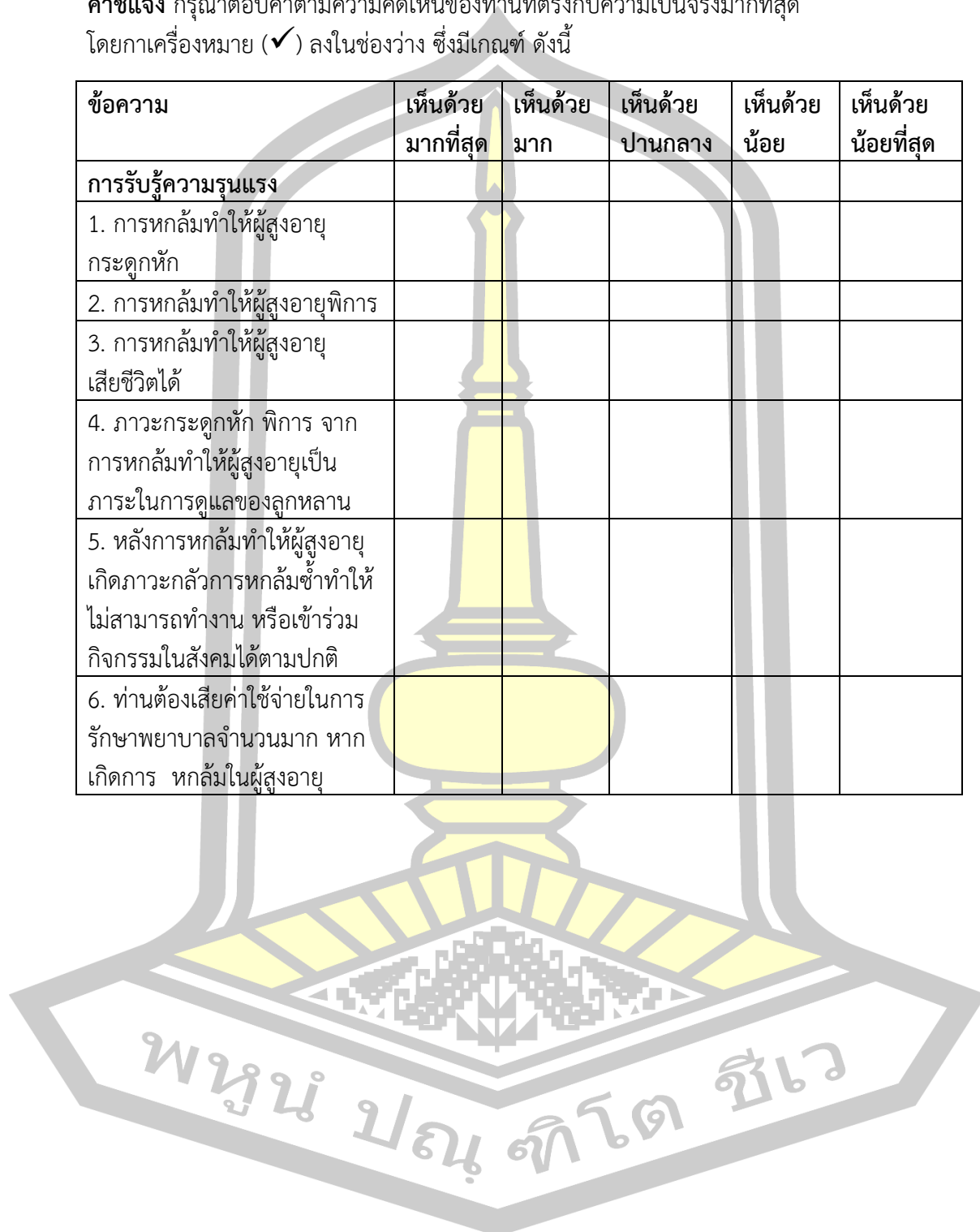
2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	เห็นด้วย น้อย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
4. การที่ผู้สูงอายุเคยหกล้มมาก่อน ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำอีก					
5. ผู้สูงอายุที่มีอาการกล้ามเนื้อ อ่อนแรงหรือเหนียวล้า จะทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย					
6. การที่ผู้สูงอายุเดินลำบากหรือมีการทรงตัวที่ไม่ดี ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย					
7. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปวดข้อ อ้วน ผอม กระดูกพรุน ความผิดปกติของสายตา ตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป จะทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย					
8. แสงสว่างภายในบ้านไม่เพียงพอทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย					
9. พื้นบ้านลื่นและเป็นมันวาว ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย					
10. ภายในบ้านมีสิ่งกีดขวางทางเดิน เช่น ข้าวของวางไม่เป็นระเบียบ ทำให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ง่าย					
11. พื้นบ้านต่างระดับมีขอบกั้น หรือลาดเอียง ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย					
12. บันไดหรือภายในห้องน้ำไม่มีราวยึดเกาะ หรือจับยึด ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย					
13. ภายในห้องน้ำ มีการวางของใช้เกะกะทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย					
14. พื้นห้องน้ำลื่นและเป็นมันวาวทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย					

2.2 การรับรู้ความรุนแรง

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามตามความคิดเห็นของท่านที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยกาเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่าง ซึ่งมีเกณฑ์ ดังนี้

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
การรับรู้ความรุนแรง					
1. การหกล้มทำให้ผู้สูงอายุกระดูกหัก					
2. การหกล้มทำให้ผู้สูงอายุพิการ					
3. การหกล้มทำให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตได้					
4. ภาวะกระดูกหัก พิการ จากการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุเป็นภาระในการดูแลของลูกหลาน					
5. หลังการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะกลัวการหกล้มซ้ำทำให้ไม่สามารถทำงาน หรือเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้ตามปกติ					
6. ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก หากเกิดการ หกล้มในผู้สูงอายุ					



2.3 การรับรู้ประโยชน์

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามตามความคิดเห็นของท่านที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยกาเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่าง ซึ่งมีเกณฑ์ ดังนี้

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
การรับรู้ประโยชน์					
1. การไปพบแพทย์หรือเภสัชกรเพื่อปรึกษาชนิดยาที่ผู้สูงอายุรับประทานทำให้ลดภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มได้					
2. การแนะนำหรือดูแลให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนท่าจากท่านอนเป็นนั่ง หรือจากนั่งเป็นยืนอย่างช้าๆ ช่วยลดอาการ หน้ามืด วิงเวียนทำให้ผู้สูงอายุหกล้มลดลงได้					
3. การจัดแสงสว่างภายในบ้านให้เพียงพอบริเวณทางเดินบันได และห้องน้ำสามารถป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้					
4. การดูแลสภาพพื้นบ้านหรือพื้นห้องน้ำ ไม่ให้เปียก หรือลื่นสามารถป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้					
5. การจัดวางของภายในบ้านเป็นระเบียบไม่เกะกะทางเดิน ช่วยป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้					
6. การทำเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ภายในบ้านชัดเจน เช่น ใช้สีตัดกันที่ขอบโต๊ะ ขอบบันได พื้นต่างระดับ ช่วยป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้					
7. การติดราวบริเวณบันได และในห้องน้ำช่วยป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้					

2.4 การรับรู้อุปสรรค

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามตามความคิดเห็นของท่านที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยกาเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่าง ซึ่งมีเกณฑ์ ดังนี้

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
การรับรู้อุปสรรค					
1. ท่านคิดว่าท่านไม่มีเวลาพาผู้สูงอายุไปออกกำลังกายเนื่องจากท่านต้องไปทำงานหรือประกอบอาชีพ					
2. สถานที่ออกกำลังกายอยู่ห่างไกลจากบ้านผู้สูงอายุ					
3. ท่านคิดว่าท่านไม่มีเวลาเดินทางพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์และการใช้ยา เนื่องจากท่านต้องไปทำงานหรือประกอบอาชีพ					
4. ท่านมีปัญหาค่าใช้จ่ายหากต้องปรับปรุงสภาพภายในบ้านให้มีแสงสว่างเพียงพอ เช่น บริเวณบันได ทางเดิน และห้องน้ำ					
5. ท่านรู้สึกยุ่งยากหากต้องมีการดูแลสภาพพื้นบ้านไม่ให้เปียกหรือลื่น					
6. ท่านรู้สึกไม่มีเวลาที่ต้องจัดวางของเครื่องใช้ให้เป็นระเบียบ					
7. ท่านมีปัญหาค่าใช้จ่ายหากต้องติดราว บริเวณบันไดและในห้องน้ำ					
8. ท่านไม่ทราบแหล่งให้อิမ်ไม่คุ้มกันในการช่วยการทรงตัวของผู้สูงอายุ					
9. ท่านมีปัญหาค่าใช้จ่ายหากต้องมีการปรับปรุงสภาพพื้นบ้าน/พื้นห้องน้ำ					

2.5 การรับรู้ความสามารถของตนเอง

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามตามความคิดเห็นของท่านที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยกาเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่าง ซึ่งมีเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	หมายความว่า ผู้ตอบเห็นด้วยตรงกับความคิดเห็นของตนเองมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายความว่า ผู้ตอบเห็นด้วยตรงกับความคิดเห็นของตนเอง
เห็นด้วยปานกลาง	หมายความว่า ผู้ตอบเห็นด้วยตรงกับความคิดเห็นของตนเองปานกลาง
เห็นด้วยน้อย	หมายความว่า ผู้ตอบเห็นด้วยตรงกับความคิดเห็นของตนเองน้อย
เห็นด้วยน้อยที่สุด	หมายความว่า ผู้ตอบเห็นด้วยตรงกับความคิดเห็นของตนเองน้อยที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
การรับรู้ความสามารถของตนเอง					
1. ท่านมั่นใจว่าสามารถพาผู้สูงอายุไปออกกำลังกายเพื่อฝึกการทรงตัว เช่น รำไม้พลอง เดินเร็วๆ วิ่งเหยาะๆ และยืดเหยียดได้					
2. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลหรือกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนท่าทางจากนอนเป็นนั่ง หรือจากนั่งเป็นยืน อย่างช้าๆ ได้					
3. ท่านมั่นใจว่าสามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุใช้ไม้เท้าหรือไม้ค้ำยันเพื่อช่วยในการทรงตัวดีขึ้นได้					
4. ท่านมั่นใจว่าท่านสามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนหรืออาการผิดปกติของการใช้ยาในผู้สูงอายุได้ เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ ผื่นคันตามร่างกาย					
5. ท่านมั่นใจว่าสามารถพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์เมื่อมีความผิดปกติจากการใช้ยา เช่น หน้ามืด เวียนศีรษะ เพื่อปรับการใช้ยาที่เหมาะสมได้					

2.5 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
6. ท่านมั่นใจว่าสามารถพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ตามนัดได้					
7. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดให้มีแสงสว่างอย่างเพียงพอภายในบ้านโดยเฉพาะบริเวณทางเดินบันได และในห้องน้ำได้					
8. ท่านมั่นใจว่าสามารถดูแลสภาพพื้นบ้านไม่ให้เปียก หรือลื่นได้					
9. ท่านมั่นใจว่าสามารถเปลี่ยนพื้นบ้านหรือพื้นห้องน้ำที่เป็นกระเบื้องลื่นหรือเป็นมันวาว เปลี่ยนเป็นไม้ลื่น หรือพื้นหยาบได้					
10. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดเครื่องใช้ในบ้านให้เป็นระเบียบไม่วางเกะกะทางเดินได้					
11. ท่านมั่นใจว่าสามารถทำเครื่องหมายแสดงให้เห็นบริเวณพื้นบ้านที่มีความต่างระดับอย่างชัดเจนได้					
12. ท่านมั่นใจว่าสามารถติดราวสำหรับเกาะยึดพยุงกาย บริเวณบันไดและในห้องน้ำได้					
13. ท่านมั่นใจว่าสามารถจัดวางของใช้ภายในห้องน้ำให้เป็นระเบียบ เรียบร้อย ไม่กีดขวางการก้าวเดินได้					
14. ท่านสามารถกระตุ้นให้ผู้สูงอายุไปออกกำลังกายได้					

ส่วนที่ 3 สิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ
คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามตามความคิดเห็นของท่านที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด
 โดยกาเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่าง ซึ่งมีเกณฑ์ ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด หมายความว่า ผู้ตอบเห็นด้วยตรงกับความคิดเห็นของตนเองมากที่สุด
เห็นด้วยมาก หมายความว่า ผู้ตอบเห็นด้วยตรงกับความคิดเห็นของตนเอง
เห็นด้วยปานกลาง หมายความว่า ผู้ตอบเห็นด้วยตรงกับความคิดเห็นของตนเองปานกลาง
เห็นด้วยน้อย หมายความว่า ผู้ตอบเห็นด้วยตรงกับความคิดเห็นของตนเองน้อย
เห็นด้วยน้อยที่สุด หมายความว่า ผู้ตอบเห็นด้วยตรงกับความคิดเห็นของตนเองน้อยที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วยมากที่สุด	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยปานกลาง	เห็นด้วยน้อย	เห็นด้วยน้อยที่สุด
1. ท่านเคยได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจากคู่มือ, แผ่นพับ, สื่อวีดิทัศน์, หนังสือ					
2. ท่านเคยได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, พยาบาล					
3. ท่านเคยได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจากอาสาสมัคร					
4. ท่านเคยได้รับข้อมูลเรื่องการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจากสามี/ภรรยา หรือบุคคลในครอบครัว					
5. ท่านเคยได้รับข้อมูลเรื่องการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจากเพื่อนบ้าน					
6. ท่านเคยได้รับการเยี่ยมบ้านหรือให้คำปรึกษาการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, พยาบาล					
7. ท่านเคยได้รับการเยี่ยมบ้านหรือให้คำปรึกษาการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจากอาสาสมัครสาธารณสุข					

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถามตามระดับการปฏิบัติที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย / ในช่องว่าง ซึ่งมีเกณฑ์ ดังนี้

ปฏิบัติมากที่สุด หมายความว่า มีการปฏิบัติมากที่สุด (ผู้ตอบกระทำตามข้อความในประโยคนั้นๆ มากกว่าหรือเท่ากับ 5 วันต่อสัปดาห์)

ปฏิบัติมาก หมายความว่า มีการปฏิบัติมาก (ผู้ตอบกระทำตามข้อความในประโยคนั้นๆ มากกว่าหรือเท่ากับ 4 วันต่อสัปดาห์)

ปฏิบัติ หมายความว่า มีการปฏิบัติ (ผู้ตอบกระทำตามข้อความในประโยคนั้นๆ มากกว่าหรือเท่ากับ 3 วันต่อสัปดาห์)

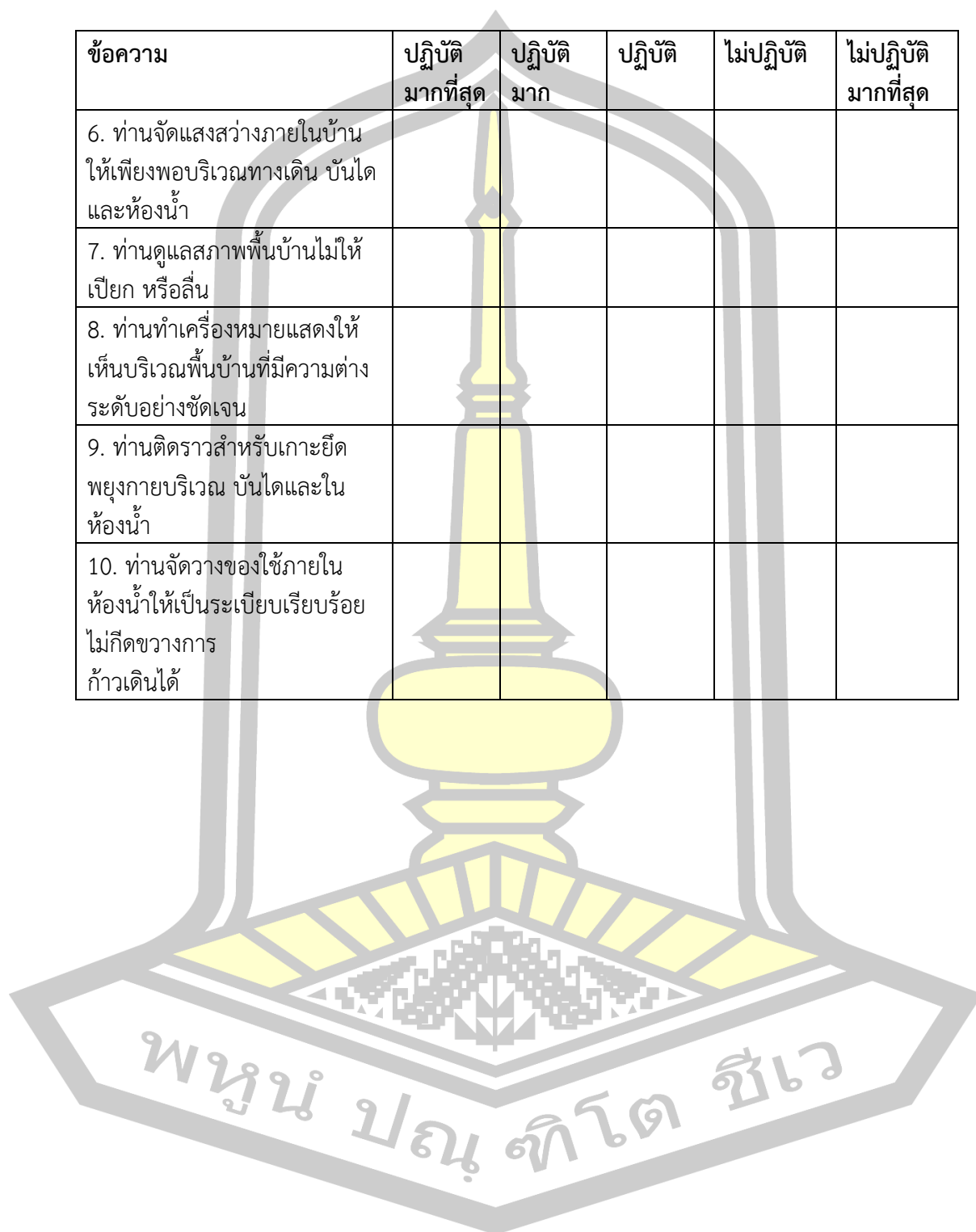
ไม่ปฏิบัติ หมายความว่า มีการไม่ปฏิบัติ (ผู้ตอบไม่กระทำตามข้อความในประโยคนั้นๆ มากกว่าหรือเท่ากับ 5 วันต่อสัปดาห์)

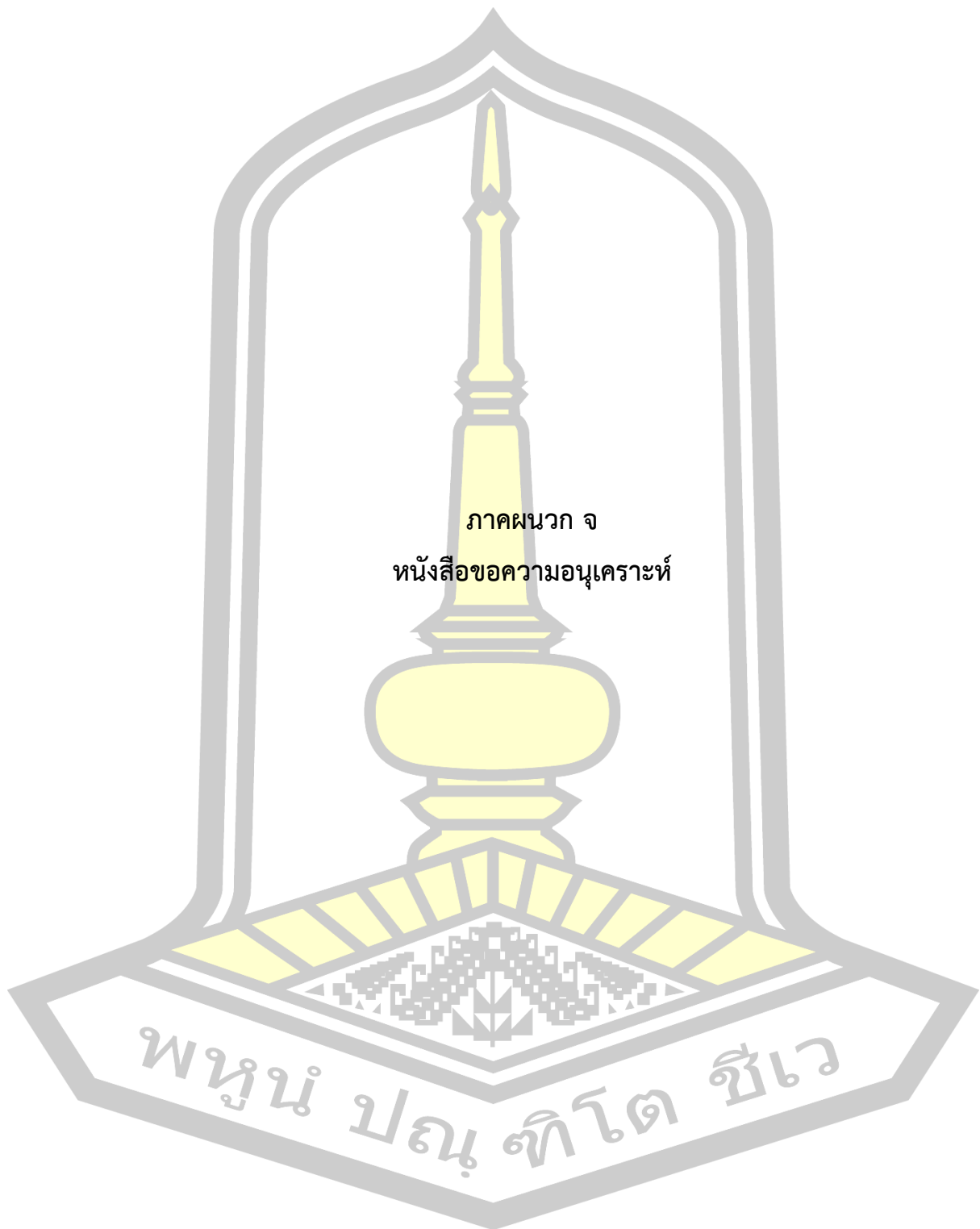
ไม่ปฏิบัติมากที่สุด หมายความว่า มีการไม่ปฏิบัติมากที่สุด (ผู้ตอบไม่กระทำตามข้อความในประโยคนั้นๆ มากกว่าหรือเท่ากับ 6 วันต่อสัปดาห์)

ข้อความ	ปฏิบัติมากที่สุด	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติมากที่สุด
1. ท่านพาผู้สูงอายุไปออกกำลังกายเพื่อฝึกทรงตัว เช่น รำมวย โยคะ เต้นรำจังหวะบาสโลป					
2. ท่านพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์หรือเภสัชกรเพื่อปรึกษาชนิดยาที่ได้รับประทาน เมื่อรับประทานยาหลายชนิด เพื่อป้องกันผลข้างเคียงจากการใช้ยาที่ส่งผลต่อการทรงตัว					
3. ท่านพาผู้สูงอายุไปรับการตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					
4. ท่านแนะนำหรือช่วยเหลือผู้สูงอายุเปลี่ยนท่าจากท่านอนเป็นนั่ง หรือจากนั่งเป็นยืน อย่างช้าๆ					
5. ท่านจัดวางของภายในบ้านเป็นระเบียบไม่เกะกะทางเดิน					

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ(ต่อ)

ข้อความ	ปฏิบัติมากที่สุด	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติมากที่สุด
6. ท่านจัดแสงสว่างภายในบ้านให้เพียงพอบริเวณทางเดิน บันได และห้องน้ำ					
7. ท่านดูแลสภาพพื้นบ้านไม่ให้เปียก หรือลื่น					
8. ท่านทำเครื่องหมายแสดงให้เห็นบริเวณพื้นบ้านที่มีความต่างระดับอย่างชัดเจน					
9. ท่านติดราวสำหรับเกาะยึดพยุงกายบริเวณ บันไดและในห้องน้ำ					
10. ท่านจัดวางของใช้ภายในห้องน้ำให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่กีดขวางการก้าวเดินได้					







ที่ ศธ 0530.11/2666

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

19 ธันวาคม 2560

เรื่อง ขอความอนุญาติทดลองใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ

ด้วยนางสาวสุทธีวรรร เขตคาม นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้ม ของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม" โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัดดา แสนสีหา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กชพร สิงห์เหล่า เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ในการทดลองใช้เครื่องมือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่สามารถเกิดการหกล้ม โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ณ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรวม โรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้การทำวิทยานิพนธ์เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ ในการนี้ คณะฯ จึงใคร่ขออนุญาติให้ นางสาวสุทธีวรรร เขตคาม ทดลองใช้เครื่องมือดังกล่าว เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ดรุณี รุจกรกานต์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357



ที่ ศธ 0530.11/2661

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

14 ธันวาคม 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ

ด้วยนางสาวสุทธีวรรร เขตคาม นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้ม ของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัดดา แสนสีหา และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กชพร สิงห์เหล่า เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์จะเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างประชากรที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ทั้งนี้แบบสอบถามได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามเรียบร้อยแล้ว ในกรณีนี้ คณะฯ จึงใคร่ขออนุญาตให้ นางสาวสุทธีวรรร เขตคาม เข้าเก็บข้อมูล ระหว่าง ธันวาคม 2560 เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ครุณี รุจรกานต์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ
โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357



ที่ ศธ 0530.11/2685

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

21 ธันวาคม 2560

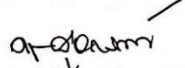
เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ

ด้วยนางสาวสุทธีวรร เขตคาม นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้ม ของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม" โดยมี ผศ.ดร.ลัดดา แสนสีหา และ ผศ.ดร.กชพร สิงห์เหล่าเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์จะเข้าเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างประชากรที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ทั้งนี้แบบสอบถามได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เรียบร้อยแล้ว ในกรณีนี้ คณะฯ จึงใคร่ขออนุญาตให้ นางสาวสุทธีวรร เขตคาม เข้าเก็บข้อมูล ระหว่างเดือน ธันวาคม 2560 – มกราคม 2561 เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ


(รองศาสตราจารย์ ดร.ดรุณี รุจกรกานต์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ
โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357



ที่ ศธ 0530.11/266๗

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

๑๑ ธันวาคม 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้บุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาสารคาม

ด้วยนางสาวสุทธีวรร เขตคาม นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการทกล้ม ของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม” โดยมี ผศ.ดร.ลัดดา แสนสีหา และผศ.ดร.ภขพร สิงทะหล้า เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญ แพทย์หญิงเบญจวรรณ ธรรมปัญญาวัฒน์ ซึ่งเป็นบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ นิสิตผู้ทำวิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับเครื่องมือในการทำวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ดรุณี จุจกรกานต์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357



ที่ ศธ 0530.11/2666

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

19 ธันวาคม 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้บุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ด้วยนางสาวสุทธอวิรร เขตคาม นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้ม ของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม” โดยมี ผศ.ดร.ลัดดา แสนสีหา และ ผศ.ดร.กชพร สิงห์เหล่า เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญ ผศ.ดร.วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์ ซึ่งเป็นบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ นิสิตผู้ทำวิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับเครื่องมือในการทำวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ดรุณี รุจกรกานต์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ
โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357



ที่ ศธ 0530.11/๕๖๖๑

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

19 ธันวาคม 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้บุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนรัง

ด้วยนางสาวสุทธธีรพร เขตคาม นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้ม ของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม” โดยมี ผศ.ดร.ลัดดา แสนสีหา และ ผศ.ดร.กชพร สิงทะหล้า เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญ นายภัทร ดานา ซึ่งเป็นบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ นิสิตผู้ทำวิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับเครื่องมือในการทำวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ดรุณี รุจกรกานต์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ
โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร 2329
ที่ ศธ 0530.11/๕๖๖A วันที่ 1๙ ธันวาคม 2560
เรื่อง เรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.นงเยาว์ มีเทียน

ด้วยนางสาวสุทธีวรร เขตคาม นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้ม ของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม” โดยมี ผศ.ดร.ลัดดา แสนสีหา และ ผศ.ดร.กชพร สิงทะหล้า เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ นิสิตผู้ทำวิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับเครื่องมือในการทำวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(รองศาสตราจารย์ ดร.ดรุณี รุจกรกานต์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



ที่ ศธ 0530.11/268A

คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

๒๑ ธันวาคม 2560

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้บุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ

ด้วยนางสาวสุทธธีรพร เขตคาม นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ได้รับการอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันการทกล้ม ของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม” โดยมี ผศ.ดร.ลัดดา แสนสีหา และผศ.ดร.กชพร สิงหะหล้า เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอเรียนเชิญ อาจารย์ปาริชาติ สัตย์ญารักษ์ ซึ่งเป็นบุคลากรในสังกัดของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย ทั้งนี้ นิสิตผู้ทำวิจัยจะได้ประสานงานในรายละเอียดเกี่ยวกับเครื่องมือในการทำวิจัยต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ดรณี รุจกรกานต์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ

โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357



ภาคผนวก ฉ

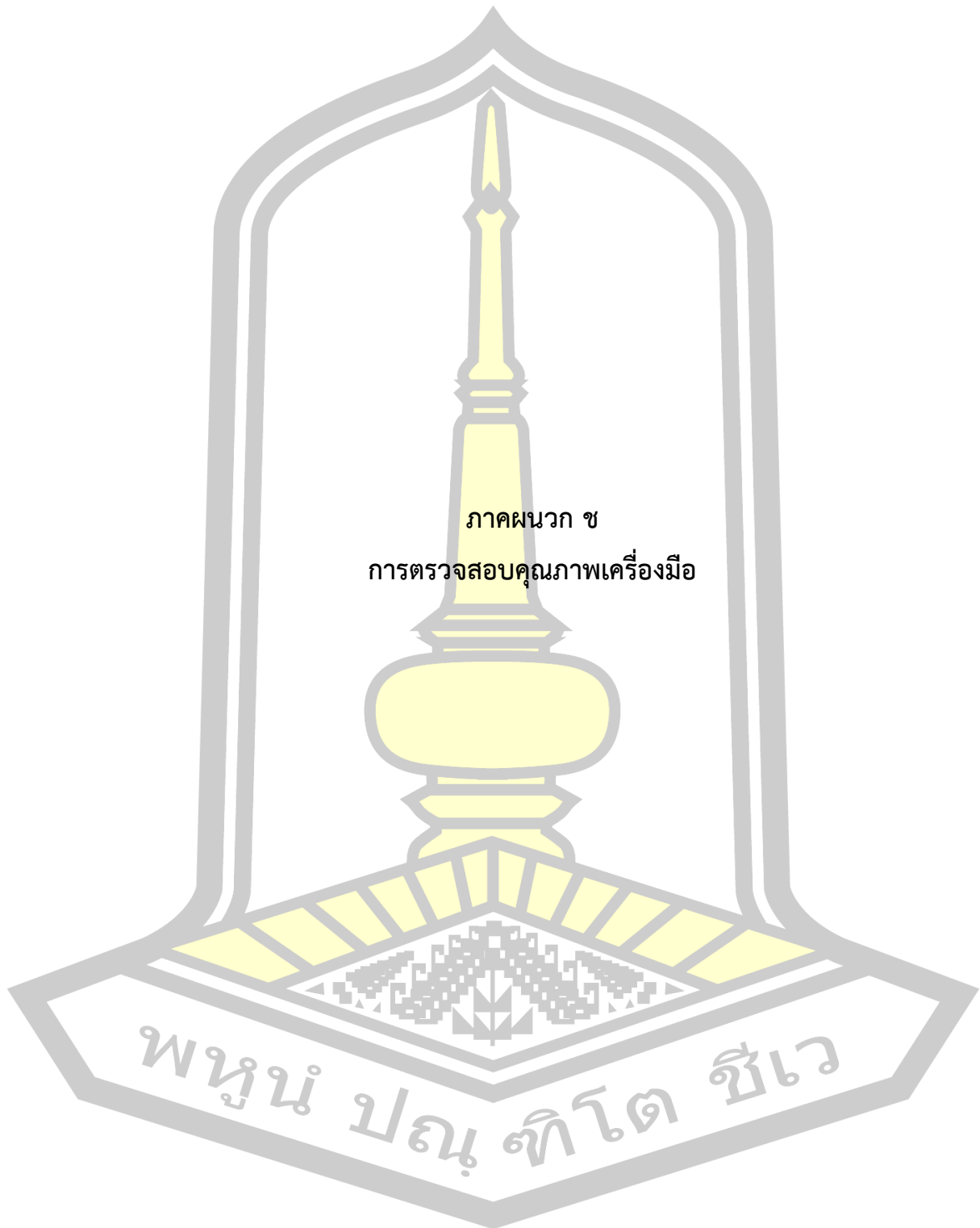
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

พหุบัณฑิตวิททยา

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

พญ.เบญจวรรณ ธรรมปัญญาวัฒน์	นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเวชกรรมครอบครัว โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
ผศ.ดร.วิลาวัลย์ ชมนิรัตน์	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.นงเยาว์ มีเทียน	อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
นางสาวปาริชาติ สัตย์ญารักษ์	ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการจัดระบบบริการสุขภาพ สาธารณสุขศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์และ วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
นายกำพร ดานา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลยางสีสุราช(พยาบาลเชี่ยวชาญ ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ)

พหุบัณฑิตวิทยาลัย



รายงานผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การหาค่าการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

1.1. ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับเนื้อหาสาระ/โครงสร้าง ที่มีเกณฑ์การพิจารณาให้คะแนนดังนี้

- ให้
- 1 เมื่อพิจารณาว่า ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับเนื้อหาสาระ/โครงสร้าง
 - 2 เมื่อพิจารณาว่า ข้อคำถามจะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขอย่างมาก
 - 3 เมื่อพิจารณาว่า ข้อคำถามจะต้องได้รับการปรับปรุงเล็กน้อย
 - 4 เมื่อพิจารณาว่า ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับเนื้อหาสาระ/โครงสร้าง

หลังจากนั้น นำคะแนนของผู้เชี่ยวชาญมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\text{ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา} = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

เกณฑ์คุณภาพคือ 0.80 ขึ้นไป

$$= 302/340 = 0.88$$

ตารางภาคผนวก ค่า CVI แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)					จำนวนความคิดเห็นที่สอดคล้อง	ค่า I-CVI
	วิลาวัลย์	ปาริชาติ	นงเยาว์	เบญจวรรณ	กัทธ		
1	X	X	X	X	X	5	1.00
2	X	X	X	X	X	5	1.00
3	X	X	X	X	X	5	1.00
4	-	X	X	X	X	4	0.80
5	X	X	X	X	X	5	1.00
6	-	X	-	X	X	3	0.60
7	X	X	X	X	X	5	1.00
8	X	X	X	X	X	5	1.00
9	X	X	X	X	X	5	1.00
10	X	X	X	X	X	5	1.00
11	X	X	-	X	X	4	0.80
12	X	X	-	X	X	4	0.80

สรุป ค่า CVI แบบสอบถามด้านข้อมูลทั่วไป เท่ากับ 0.91 = สามารถนำไปใช้ได้

ตารางภาคผนวก ค่า CVI การรับรู้โอกาสเสี่ยง

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)					จำนวนความคิด เห็นที่สอดคล้อง	ค่า I-CVI
	วิลาวัลย์	ปาริชาติ	นงเยาว์	เบญจวรรณ	กัทธ		
1	x	X	X	X	X	5	1.00
2	X	X	X	X	X	5	1.00
3	x	-	X	X	X	4	0.80
4	X	X	X	X	X	5	1.00
5	X	X	X	X	X	5	1.00
6	X	X	X	-	X	4	0.80
7	X	X	X	X	X	5	1.00
8	X	X	X	X	X	5	1.00
9	X	-	X	X	X	4	0.80
10	X	-	X	-	X	3	0.60
11	X	X	X	-	X	4	0.80
12	X	-	X	X	X	4	0.80
13	X	-	X	-	X	3	0.60
14	X	-	X	-	X	3	0.60
15	X	-	X	-	X	3	0.60

สรุปค่า CVI การรับรู้โอกาสเสี่ยง เท่ากับ 0.83 = สามารถนำไปใช้ได้

ตารางภาคผนวก ค่า CVI การรับรู้ความรุนแรง

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)					จำนวนความคิด เห็นที่สอดคล้อง	ค่า I-CVI
	วิลาวัลย์	ปาริชาติ	นงเยาว์	เบญจวรรณ	กัทธ		
1	x	X	X	X	X	5	1.00
2	X	X	X	X	X	5	1.00
3	x	-	X	X	X	4	0.80
4	X	X	X	X	X	5	1.00
5	X	X	X	X	X	5	1.00
6	X	X	X	-	X	4	0.80

สรุปค่า CVI การรับรู้ความรุนแรง เท่ากับ 0.93 = สามารถนำไปใช้ได้

ตารางภาคผนวก ค่า CVI การรับรู้ประโยชน์

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)					จำนวนความคิดเห็นที่สอดคล้อง	ค่า I-CVI
	วิลาวัลย์	ปาริชาติ	นงเยาว์	เบญจวรรณ	กัทธ		
1	x	X	X	X	X	5	1.00
2	X	X	X	X	X	5	1.00
3	x	-	X	X	X	4	0.80
4	X	X	X	X	X	5	1.00
5	X	X	X	X	X	5	1.00
6	X	X	X	-	X	4	0.80
7	X	X	X	X	X	5	1.00

สรุปค่า CVI การรับรู้ประโยชน์ เท่ากับ 0.94 = สามารถนำไปใช้ได้

ตารางภาคผนวก ค่า CVI การรับรู้อุปสรรค

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)					จำนวนความคิดเห็นที่สอดคล้อง	ค่า I-CVI
	วิลาวัลย์	ปาริชาติ	นงเยาว์	เบญจวรรณ	กัทธ		
1	x	X	X	X	X	5	1.00
2	X	X	X	X	X	5	1.00
3	x	-	X	X	X	4	0.80
4	X	X	X	X	X	5	1.00
5	X	X	X	X	X	5	1.00
6	X	X	X	-	X	4	0.80
7	X	X	X	-	X	4	0.80
8	X	X	X	-	X	4	0.80
9	X	X	X	-	X	4	0.80

สรุปค่า CVI การรับรู้อุปสรรค เท่ากับ 0.89 = สามารถนำไปใช้ได้

ตารางภาคผนวก ค่า CVI การรับรู้ความสามารถของตนเอง

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)					จำนวนความคิด เห็นที่สอดคล้อง	ค่า I-CVI
	วิลาวัลย์	ปาริชาติ	นงเยาว์	เบญจวรรณ	กัทธ		
1	x	X	X	X	X	5	1.00
2	X	X	X	X	X	5	1.00
3	x	-	X	X	X	4	0.80
4	X	X	X	X	X	5	1.00
5	X	X	X	X	X	5	1.00
6	X	X	X	-	X	4	0.80
7	X	X	X	X	X	5	1.00
8	X	X	X	X	X	5	1.00
9	X	-	X	X	X	4	0.80
10	X	-	X	-	X	3	0.60
11	X	X	X	-	X	4	0.80
12	X	-	X	X	X	4	0.80
13	X	-	X	-	X	3	0.60
14	X	-	X	-	X	3	0.60

สรุปค่า CVI การรับรู้ความสามารถของตนเอง เท่ากับ 0.84 = สามารถนำไปใช้ได้

ตารางภาคผนวก ค่า CVI สิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลและผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)					จำนวนความคิด เห็นที่สอดคล้อง	ค่า I-CVI
	วิลาวัลย์	ปาริชาติ	นงเยาว์	เบญจวรรณ	กัทธ		
1	x	X	X	X	X	5	1.00
2	X	X	X	X	X	5	1.00
3	x	-	X	X	X	4	0.80
4	X	X	X	X	X	5	1.00
5	X	X	X	X	X	5	1.00
6	X	X	X	-	X	4	0.80
7	X	X	X	X	X	5	1.00

สรุปค่า CVI สิ่งกระตุ้นให้กระทำของผู้ดูแลในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.94

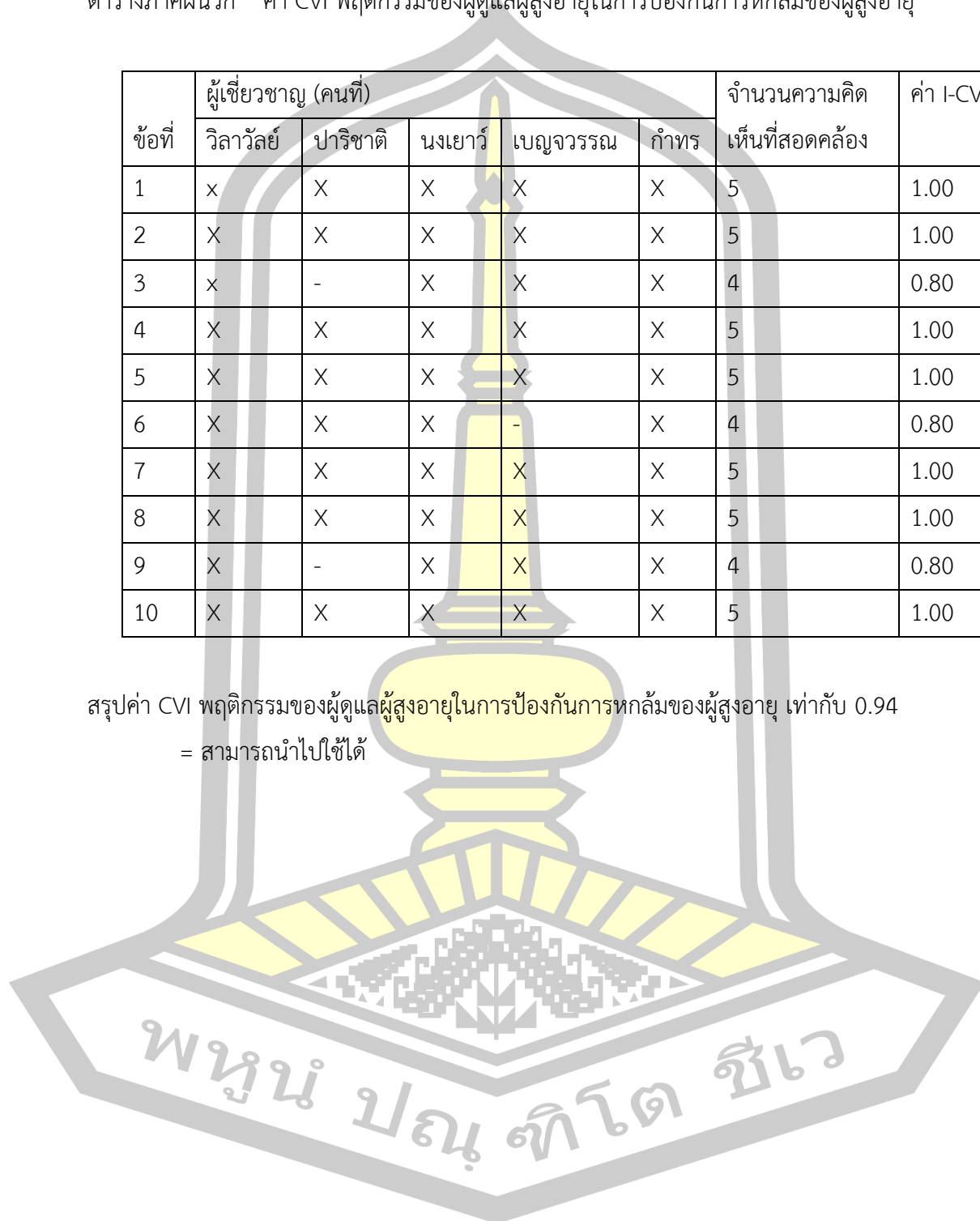
= สามารถนำไปใช้ได้

ตารางภาคผนวก ค่า CVI พฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)					จำนวนความคิด เห็นที่สอดคล้อง	ค่า I-CVI
	วิลาวัลย์	ปาริชาติ	นงเยาว์	เบญจวรรณ	กัทธ		
1	x	X	X	X	X	5	1.00
2	X	X	X	X	X	5	1.00
3	x	-	X	X	X	4	0.80
4	X	X	X	X	X	5	1.00
5	X	X	X	X	X	5	1.00
6	X	X	X	-	X	4	0.80
7	X	X	X	X	X	5	1.00
8	X	X	X	X	X	5	1.00
9	X	-	X	X	X	4	0.80
10	X	X	X	X	X	5	1.00

สรุปค่า CVI พฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.94

= สามารถนำไปใช้ได้



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวสุทธีวรร เขตคาม
วันเกิด	วันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2524
สถานที่เกิด	จังหวัดมหาสารคาม ประเทศไทย
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 68 หมู่ 3 ตำบลหนองสิม อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม 44130
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2544 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสารคามพิทยาคม อำเภอมือ จังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2548 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม (สมทบมหาวิทยาลัยขอนแก่น) พ.ศ. 2552 อบรมเฉพาะทาง 4 เดือน สาขา เวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) พ.ศ. 2561 ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พย.ม.) สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปณ ทิโต ชีเว