



วิทยานิพนธ์

พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษา
ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

**FALL PREVENTION RELATED BEHAVIOR AMONG ELDER
PATIENTS SEEKING TREATMENT AT FEMALE TRAUMA
WARD OF PRAMONGKUTKLAO HOSPITAL**

นางสาวณัฐกานต์ ชีวะ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

พ.ศ. ๒๕๕๑



ใบรับรองวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขภาพ)

ปริญญา

สุขภาพ

สาขา

พลศึกษา

ภาควิชา

เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษา
ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิงโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Fall Prevention Related Behavior Among Elder Patients Seeking Treatment
at Female Trauma Ward of Pramongkutklao Hospital

นามผู้วิจัย นางสาวณัฐกานต์ ชีวะ

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(อาจารย์ธนวรรณ อัมสมบูรณ์, Dr.P.H.)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(รองศาสตราจารย์อลิสา นิติธรรม, ค.ม.)

หัวหน้าภาควิชา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทรงศักดิ์ น้อยสินธุ์, ศศ.ม.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

(รองศาสตราจารย์วินัย อาจคงหาญ, M.A.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ 27 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2551

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษา
ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิงโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Fall Prevention Related Behavior Among Elder Patients Seeking Treatment at
Female Trauma Ward of Pramongkutklao Hospital

โดย

นางสาวณัฐกานต์ ชีวะ

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)

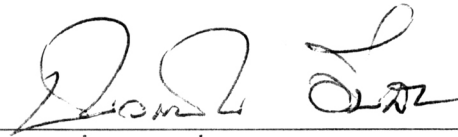
พ.ศ. 2551

ณัฐกานต์ ธิยะ 2551: พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษา
ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหึง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สุขศึกษา) สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก:
อาจารย์ธนวรรณ อัมสมบุรณ์, Dr.P.H. 123 หน้า

การวิจัยเชิงพรรณนา ประเภทการสำรวจ เรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการ
ป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหึง โรงพยาบาล
พระมงกุฎเกล้า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการ ศึกษา คือผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิง ที่หกล้มแล้วเข้ารับการรักษา
ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหึง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และสามารถให้
การสัมภาษณ์ได้ จำนวน 70 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
เป็นแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติ ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน,
Chi-square test และ Pearson 's Product Moment Correlation Coefficient.

ผลการวิจัยพบว่า อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติการหกล้ม และ
สัมพันธภาพในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ
ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหึง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ส่วนความรู้เกี่ยวกับการ
ป้องกัน การหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วย
สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหึง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ การรับรู้
โอกาสเสี่ยงของการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้อุปสรรคของ
การปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ และแรงจูงในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้ม
ของผู้ป่วยสูงอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษา
ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหึง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ณัฐกานต์ ธิยะ
ลายมือชื่อนิติสด


ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

7/5/51

Natthakan Thiya 2008: Fall Prevention Related Behavior Among Elder Patients Seeking Treatment at Female Trauma Ward of Pramongkutklao Hospital. Master of Science (Health Education), Major Field: Health Education, Department of Physical Education. Thesis Advisor: Mr.Thanawat Imsomboon, Dr.P.H. 123 pages.

The main purpose of this descriptive research was to study fall prevention behavior among elder patients seeking treatment at female trauma ward of Pramongkutklao Hospital. The sample were 70 in patients seeking treatment at female trauma ward of Pramongkutklao Hospital, obtained by accidental sampling method, aged higher than 60 years and capable to answer the questionnaire. The instrument used for data collection was questionnaire. The statistics used for data analysis were Percentage, Mean , χ^2 – test and Pearson 's Product Moment Correlation Coefficient.

The study results revealed that: The correlation between age, education, marital status, occupation, history of fall and relationship in a family had no significant correlation. While a cause of fall had statistically significant correlation with fall prevention related behavior of patients seeking care at a level of .05. The knowledge of fall prevention and related behaviors regarding fall prevention had statistically significant correlation at a level of .05. The factors namely health related belief of the elderly such as the knowledge of risk of fall, the perception of severity of fall, the perception of value of fall protection, the perception of difficulty in fall protection and the motivation of fall protection had significant correlation at a level of .05.

NATTHAKAN THIYA

Student's signature

Thanawat Imsomboon 7 / Nov / 08

Thesis Advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี และเป็นความภาคภูมิใจอย่างหาที่เปรียบมิได้ โดยได้รับความเมตตากรุณา ให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดียิ่งจากคณาจารย์ ซึ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณไว้เป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ดร.ชนวรรณ อัมสมบุรณ์ ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์อติลา นิติธรรม กรรมการร่วม รองศาสตราจารย์ ดร. ศาโรจ โศภีรักษ์ ประธานกรรมการสอบปากเปล่าขั้นสุดท้าย รองศาสตราจารย์วิสูตร กองจินดา ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก รวมถึงคณาจารย์ในสาขาสุศึกษา และสาขาเทคโนโลยีการศึกษาที่ได้ให้ความรู้ทางวิชาการ และประสบการณ์ ที่มีคุณค่า ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์และมีคุณค่าทางวิชาการผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ พันเอกนายแพทย์ศรัณย์ จิระพันธุ์ พันตรีนายแพทย์อารัญ สวัสดิ์พงษ์ นายแพทย์สาริต ปฏิภาณจรัส อาจารย์รัตนา มาศเกษม และ พันโทหญิงจารุวรรณ ปี่ทอง ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญ ให้ความช่วยเหลือในการตรวจแก้ไขและให้ข้อคิดในการทำวิทยานิพนธ์ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณ ผู้ป่วยสูงอายุที่หกล้มแล้วเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิงโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ครู อาจารย์ทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอนให้ความรู้ในการศึกษาเล่าเรียน และ ขอขอบคุณพี่น้องๆ ปริญญาโทสาขาวิชาสุศึกษา ที่เป็นกำลังใจ ให้ความช่วยเหลือตลอดมา โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว คุณพ่อแทนนินทร์ ธิยะ คุณแม่กนกวรรณ ธิยะที่คอยให้กำลังใจสนับสนุน ดูแล เอาใจใส่ให้ความรักความเอื้ออาทร ให้ความช่วยเหลือซึ่งเป็นแรงผลักดันให้มีความมานะ อดทน ในการศึกษาแก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา รวมทั้งทุกท่านที่มีได้กล่าวนามมา ณ ที่นี้ที่ได้ร่วมในการดำเนินกิจกรรมการวิจัยครั้งนี้ให้บรรลุผลสำเร็จด้วยดี คุณความดีของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบเป็นเครื่องบูชาคุณบิดา มารดา และครู อาจารย์ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้แก่ผู้วิจัย

ณัฐกานต์ ธิยะ

กุมภาพันธ์ 2551

สารบัญ

หน้า

สารบัญ	(1)
สารบัญตาราง	(2)
สารบัญภาพ	(3)
คำนำ	1
วัตถุประสงค์	4
การตรวจเอกสาร	9
วิธีการวิจัย	53
ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์	63
ผลการวิจัย	63
ข้อวิจารณ์	76
สรุปและข้อเสนอแนะ	84
สรุป	84
ข้อเสนอแนะ	88
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	90
ภาคผนวก	98
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ	99
ภาคผนวก ข แบบสัมภาษณ์การวิจัย	101
ภาคผนวก ค ค่าทางสถิติจำแนกเป็นรายชื่อของแบบสัมภาษณ์	115
ประวัติการศึกษา และการทำงาน	123

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป	64
2	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยสูงอายุจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม	67
3	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยสูงอายุจำแนกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	68
4	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยสูงอายุจำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม	69
5	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม กับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม จำแนกตามระดับพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุ	70
6	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ	74
7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ	75
ตารางผนวกที่		
ค1	ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ	116
ค2	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ	117
ค3	การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ	118
ค4	การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ	119
ค5	การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ	120
ค6	การรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ	121
ค7	พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ	122

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	“แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ” ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค	38
2	แสดงระดับของความรู้ 6 ระดับ โดยเรียงจากพฤติกรรมขั้นต้นไปสู่ขั้นสูงกว่า	42
3	กรอบแนวคิดในการวิจัย	51

พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Fall Prevention Related Behavior Among Elder Patients Seeking Treatment at Female Trauma Ward of Pramongkutklao Hospital

คำนำ

ในปัจจุบันประเทศต่างๆ ทั่วโลกได้ก้าวเข้าสู่กระแสโลกาภิวัตน์และระบบทุนนิยมโลก มีความเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีและการสื่อสารอย่างรวดเร็ว และตลอดเวลา ทำให้ทิศทางการพัฒนาประเทศไทยต้องเผชิญกับวิกฤติทางสังคมครั้งสำคัญ การบริหารประเทศมีการพัฒนาทางวัตถุ และเน้นระบบทุนนิยม ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำ และการแก่งแย่งแข่งขัน เอารัดเอาเปรียบในด้านสังคม เกิดภาวะสถาบันทางสังคมอ่อนแอ ขาดความเอื้ออาทรใส่ใจซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังมากขึ้น ส่งผลก่อให้เกิดปัญหาและเป็นอุปสรรคในการพัฒนาสุขภาพของสังคม สุขภาพอนามัยของประชาชน วิถีการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ ซึ่งในปัจจุบันการเจ็บป่วยและการตายจากโรคที่ไม่ติดต่อกันเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดในประเทศไทย พบว่าปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคที่มีสาเหตุการตายเป็นอันดับ1 รองลงมาเป็นการตายจากอุบัติเหตุและโรคหลอดเลือดสมอง โดยที่อุบัติการณ์การเจ็บป่วยและการตายจากอุบัติเหตุมีแนวโน้มสูงขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549)

จากการสำรวจเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปี 2548 พบว่าในอนาคตจำนวนประชากรไทยจะเพิ่มจำนวนขึ้น ทำให้มีจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นตามลำดับ ซึ่งปัญหาการหกล้มเป็นสาเหตุการบาดเจ็บในผู้สูงอายุเป็นอันดับที่ 1 พบได้ประมาณร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุไทย ผู้สูงอายุเพศหญิงมีส่วนจำนวนที่หกล้มสูงกว่าในเพศชาย โดยในภาพรวมพบว่า ผู้สูงอายุเพศชาย กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี มีจำนวนการหกล้ม ร้อยละ 8.2 กลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 10.9 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 14.7 ส่วนในผู้สูงอายุเพศหญิง กลุ่มอายุระหว่าง 60-69 ปี มีจำนวนการหกล้ม ร้อยละ 12.2 กลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 17.9 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 18.7 เมื่อเปรียบเทียบจำนวนครั้งที่หกล้มในเพศ และที่อยู่อาศัย พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในและนอกเมืองมีส่วนจำนวนครั้งที่หกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่หกล้มในเพศชาย สถานที่หกล้มของผู้สูงอายุพบว่ามากกว่าร้อยละ 80 ไม่เคยหกล้มและพบว่าผู้สูงอายุหกล้มนอกบ้านมากที่สุดร้อยละ 7 รองลงมาคือ ในบ้านตำแหน่งอื่นๆ ร้อยละ

2 เช่น กลางห้องโถง ระหว่างเดินในบ้านและ ห้องน้ำ ร้อยละ 1.9 เมื่อพิจารณาสถานที่ 3 อันดับแรก (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549)

การหกล้มนอกบ้าน ตำแหน่งอื่น ๆ และในห้องน้ำ โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง หกล้มในสถานที่ดังกล่าวสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกชุมชนเมือง และพบว่าผู้สูงอายุในภาคกลาง มีการหกล้มในบ้านตำแหน่งอื่นมากที่สุดร้อยละ 2.9 ส่วนผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนการหกล้มในห้องน้ำสูงที่สุดร้อยละ 5 จากสถิติโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แสดงว่า ผู้สูงอายุที่เข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาลที่มาด้วยอาการหกล้มส่วนใหญ่มักมีการบาดเจ็บบริเวณกระดูกต้นขาเป็น อันดับ 1 รองลงมาคือกระดูกสะโพก และกระดูกแขน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

การหกล้มเกิดจากปัจจัยที่สำคัญ 2 ประการคือ ปัจจัยภายใน และปัจจัยนอก ซึ่งปัจจัยภายใน เกิดจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ การมองเห็นดังนั้นการหลบหลีกสิ่งกีดขวางจึง เป็นไปได้น้อย การทรงตัวไม่มั่นคง ปัญหากล้ามเนื้อ ข้อเข่าเสื่อม การทำงานของกล้ามเนื้อกับ ระบบประสาททำงานไม่สัมพันธ์กันทำให้เกิดการหกล้มได้ง่าย หรืออาจเกิดจากความดันโลหิตต่ำ ขณะเปลี่ยนท่า การไหลเวียนลดลงทำให้เกิดอาการหน้ามืดเป็นลมได้ง่าย รวมถึงการแต่งกายด้วย เสื้อผ้าที่ยาว รุ่มร่าม หลวมเกินไป รองเท้าลื่น เสี่ยงการทรงตัว รวมไปถึงการใช้ยาในกลุ่มต่าง ๆ เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ ยากล่อมประสาท ทำให้ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าซึ่งเป็น สาเหตุทำให้เกิดการหกล้มได้ ส่วนปัจจัยภายนอกเกิดจากสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการหกล้มเช่น พื้นลื่น ไม่มีราวเกาะบันได แสงสว่างไม่เพียงพอ มีสิ่งของวางเกะกะ มีสัตว์เลี้ยงมาคลอเคลียรวมถึง การถูกรบกวนให้ล้มจากคน รถ หรือ สิ่งของต่าง ๆ (เกศินี, 2537)

จากสาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่หกล้มได้รับบาดเจ็บตั้งแต่เล็กน้อย จนถึงรุนแรง ทำให้กระดูกหัก ต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลกระดูกที่ได้รับบาดเจ็บมากที่สุดคือ กระดูกขา และกระดูกสะโพก ต้องรับการรักษาโดยการผ่าตัด ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน นำไปสู่การเสียชีวิต ตามมา เมื่อผ่านพ้นวิกฤตการผ่าตัดมาแล้วก็ต้องเผชิญกับปัญหาทำให้ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวันลดลง หรือไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น บางรายเมื่อกลับไป บ้านแล้ว ก็กลับมารักษาซ้ำด้วยอาการหกล้มแบบเดิม ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย ร้อยละ 60 รวมไปถึงมีผลกระทบทางด้านจิตใจ ร้อยละ 40 (ศิริพร, 2542)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่เกิดการหกล้มจะเป็นสาเหตุให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด่วนด้วยการผ่าตัด หรือผ่าตัดใส่เหล็ก เฉลี่ยรายละ 15,000 บาท

ใช้เวลาในการอยู่โรงพยาบาลนานทำให้เป็นภาระการดูแลของครอบครัวและสังคมผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเกิดการหกล้มได้ง่าย จากสถิติผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ร้อยละ 60 จะมาด้วยเรื่องหกล้ม ซึ่งเกิดจากปัจจัยเสี่ยงในหลายๆด้าน เช่น ปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอันเนื่องมาจากความชรา ได้แก่ สายตา การทรงตัว โครงสร้างกล้ามเนื้อ และการตอบสนองของกล้ามเนื้อ ปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากการเจ็บป่วยหรือพยาธิสภาพของโรค ได้แก่ ความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต โรค และความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ พยาธิสภาพระบบประสาทส่วนเปลือกสมอง ความผิดปกติของสมดุลกรดด่าง และอิเล็กโทรไลต์ การใช้ยารวมถึงการดื่มสุรา และปัจจัยทางด้านจิตใจ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้อง จะช่วยป้องกันและ ลดปัจจัยเสี่ยงได้ (ศศิธร, 2548)

โรงพยาบาลเป็นองค์กรหนึ่งที่จะช่วยเหลือประชาชนทางด้านสุขภาพโดยเฉพาะการให้บริการด้านการรักษาโรค ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข เพราะบุคคลจะมีสุขภาพดีนั้นขึ้นอยู่กับตัวเอง (กรมแพทยทหารบก, 2548)

ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง กองอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีหน้าที่ในการดูแลรักษาพยาบาล รวมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพให้แก่ ประชาชน ผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นการศึกษาข้อมูลทางชีวสังคม รวมไปถึงความสัมพันธ์ของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำมาพัฒนา และปรับปรุงแก้ไขด้านการรักษาพยาบาล รวมไปถึงการส่งเสริม การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และด้านต่างๆ เพื่อจะได้นำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย และญาติ รวมไปถึงประชาชนทั่วไปให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์รวม

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรม การป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ประโยชน์ที่จะได้รับ

1. นำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้วางแผน และกำหนดแนวทางในการดำเนินงานสุขศึกษาในโรงพยาบาล
2. ใช้เป็นข้อมูลในการดำเนินงานสนับสนุน และช่วยเหลือผู้ป่วยในการป้องกันการหกล้มให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ถูกทิศทางอย่างต่อเนื่อง
3. เป็นแนวทางสำหรับค้นคว้าวิจัยในประเด็นอื่น ๆ เพิ่มเติม หรือเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจในการศึกษาวิจัยต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยเพศหญิง ซึ่งมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ (Independent Variable)

ตัวแปรอิสระประกอบด้วย

1. ความรู้เกี่ยวกับการหกล้มของผู้สูงอายุ
2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย
 - 2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ
 - 2.2 การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ
 - 2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ
 - 2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ
 - 2.5 การรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)

พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตัวแปรอธิบาย (Explanatory Variable)

ตัวแปรอธิบาย ได้แก่ ปัจจัยทางชีวสังคม ซึ่งประกอบด้วย

1. อายุ
2. ระดับการศึกษา
3. สถานภาพสมรส
4. อาชีพ
5. รายได้
6. ประวัติการหกล้ม
7. สัมพันธภาพในครอบครัว

นิยามศัพท์

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ หมายถึง การแสดงออกของสติปัญญาในการเรียนรู้ ความรู้สึกรู้สึกคิด และความสามารถจดจำเข้าใจเกี่ยวข้องกับ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ชนิด และข้อควรปฏิบัติในการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกในลักษณะของการรับรู้ของผู้สูงอายุ และแรงจูงใจในการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อหรือรับรู้ในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ หมายถึง การแสดงออกของ ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาเสี่ยงต่อการหกล้มมากน้อยเพียงใดของผู้สูงอายุ

การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ หมายถึง การแสดงออกของความเชื่อที่บุคคลประเมินในด้านความรุนแรง ของการหกล้มที่มีต่อร่างกาย หรือผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ หมายถึง การแสดงออกของการที่บุคคลแสวงหาวิธีปฏิบัติ โดยมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นเป็นการกระทำที่ดี เพื่อเป็นการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ หมายถึง การแสดงออกของความเชื่อ หรือการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัย หรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลขัดขวางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการ ปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ

อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ หมายถึง ปัจจัย หรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลขัดขวางการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการ ปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

การรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ หมายถึง การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกัน และ แก่ไขจากการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ จากสื่อต่าง ๆ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุจากบุคคลต่าง ๆ

พฤติกรรม หมายถึง การแสดงออกของบุคคลในลักษณะของการปฏิบัติตน หรือการกระทำ กริยา อาการ ความคิด ความรู้สึกที่แสดงออก และความรู้ ความเข้าใจ

พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการหกล้ม โดยการขจัด หรือ ลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อันชักนำ หรือเป็นสาเหตุให้เกิดการหกล้ม การส่งเสริมให้ร่างกายสามารถดำรงไว้ซึ่งความสมดุล หลีกเลี่ยงการชักนำให้เกิดการ หกล้ม และ การจัดการกับปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่อาจก่อให้เกิดการหกล้ม

ปัจจัยทางชีวสังคม หมายถึง ลักษณะของผู้หญิงสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ หญิงโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติการหกล้มและสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นต้น

ประวัติการหกล้ม หมายถึง การเคยและไม่เคย เกิดการหกล้มทั้งจากในบ้านและนอกบ้าน ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวที่เพิ่มความผูกพัน เคารพรักและเอื้ออาทรต่อกัน ซึ่งประเมินได้จากพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย เมื่อยามปกติและยามเจ็บป่วย

ผู้ป่วย หมายถึง ผู้หญิงสัญชาติไทย อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ามารักษาตัวในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ หูยิงโรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และอยู่ในสภาพที่สามารถให้การสัมภาษณ์ หรือให้ข้อมูลได้

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

การหกล้ม หมายถึง การเปลี่ยนท่าโดยไม่ตั้งใจ และเป็นผลให้ร่างกายทรุดนั่ง หรือนอนลง กับพื้น หรือปะทะของสิ่งต่าง ๆ ทั้งจากอาการหน้ามืด เป็นลม ขาอ่อนแรง และจากการสะดุด เกี่ยวดิ่ง ลื่นไถล

การตรวจเอกสาร

การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้วิจัยทำการค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. หลักการเกี่ยวกับการหกล้มในผู้สูงอายุ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ชนิด และข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้ม
3. แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศว่าโดยที่เป็นการสมควรให้มีกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอมของรัฐสภาดังต่อไปนี้

มาตรา ๑ พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖”

มาตรา ๒ พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

มาตรา ๓ ในพระราชบัญญัตินี้ “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ (อ้างในบรรลุ, 2540) ได้ตกลงให้ใช้คำว่า “Older Person” เป็นสรพนามเรียกผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ได้บัญญัติคำว่า ผู้สูงอายุ โดย พล.ต.ต อรรถสิทธิ์ (2506 อ้างใน สุพัตรา, 2531) โดยกล่าวไว้ว่าเนื่องจากที่ประชุมสมัชชาผู้สูงอายุเห็นว่า แก่ หนุ่มชรา ไม่มีสิ่งที่เป็นเครื่องยึดมั่น ไม่สมควรให้ใช้คำว่า ผู้ชรา เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุหดหู่ จึงให้ใช้คำว่าผู้สูงอายุ ตั้งแต่นั้นมา โดยกำหนดลักษณะผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพ มีกำลังถดถอยเชิงซ้ำ
3. เป็นผู้สมควรให้การอุปการะ
4. เป็นผู้ที่มีโรคควรได้รับการช่วยเหลือ

บรรลุ (2542) ได้อธิบายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีชีวิตอยู่ในช่วงวัยสุดท้ายของชีวิตในปัจจุบัน ใช้อายุเป็นเกณฑ์ที่แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศตามมติสมัชชาโลก กำหนดให้ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป สำหรับประเทศไทยการพิจารณาได้ใช้เกณฑ์เดียวกันโดยยึดตามหลักปฏิทินถือว่าบุคคลใดมีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ และให้เกษียณอายุจากการทำงานได้

กรมประชาสงเคราะห์ (2546 อ้างใน ศิริพร, 2542) ได้ให้คำจำกัดความว่า ผู้สูงอายุหมายถึง ผู้มีการพัฒนา การเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของชีวิตของมนุษย์ โดยเริ่มตั้งแต่เกิดมาและดำเนินต่อไปจนสิ้นสุดอายุขัยของสิ่งมีชีวิตนั่นเอง กำหนดเกณฑ์อายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งหญิงและ ชาย

Jame and Renner (1977) ได้อธิบายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นธรรมดาในสิ่งมีชีวิต และได้แบ่งระดับของความสูงอายุเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. การสูงอายุดตามวัย (Chronological Aging) หมายถึง การสูงอายุดตามปฏิทิน โดยการนับจากปีที่เกิดเป็นต้น

2. การสูงอายุดตามสภาพร่างกาย (Biological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพร่างกายและกระบวนการหน้าที่ ปรากฏขณะที่มีอายุเพิ่มขึ้น

3. การสูงอายุดตามสภาพจิตใจ (Psychological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงหน้าที่การรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เซาว์ปัญญา และลักษณะที่ปรากฏระยะต่าง ๆ ของแต่ละคนที่มีอายุมากขึ้น

4. การสูงอายุดตามสังคม (Sociological Aging) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม เช่น ครอบครัว หน้าที่การงาน รวมถึงความสำคัญในฐานะผู้มีประสบการณ์

จากที่ได้มีผู้ให้ความหมาย และกำหนดเกณฑ์ไว้ พอสรุป ได้ว่า ผู้สูงอายุ เป็นบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

ในวัยผู้สูงอายุบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจดังต่อไปนี้ (ชูศักดิ์, 2538)

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

1.1 ผิวหนังเหี่ยวย่นแห้งเนื่องจากขาดไขมันใต้ผิวหนังช่วยหล่อเลี้ยงความยืดหยุ่นลดลง

1.2 ผม เป็นสิ่งแรกที่พบว่า มีการเปลี่ยนแปลง แห้ง เห็นได้ชัดเจนภายนอก เนื้อเยื่อที่หนังศีรษะจะเหี่ยวย่น เส้นผม เปลี่ยนเป็นสีขาว แห้งเปราะ และร่วงง่าย

1.3 การมองเห็นไม่ดี โดยทั่วไปสายตาวจะยาวขึ้น ถานสายตาแคบลง ความไวต่อแสงการกระเษะทาง ลดประสิทธิภาพลง

1.4 การได้ยินเสื่อมลง เยื่อแก้วหูแข็งตึงมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถได้ยินเสียงในระดับสูงมาก ๆ เกิดอาการหูตึง

1.5 การดมกลิ่นไม่ดี เพราะมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก

1.6 ระบบประสาทรับรู้ความรู้สึกพิเศษ จะเสื่อมลงก่อให้เกิดความยากลำบากในการทรงตัว ทำให้เกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ง่าย

1.7 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก กระดูกจะบางลงเปราะแตกง่ายเนื่องจากการเสื่อมสลายของแคลเซียมในกระดูก และ ขาดวิตามินดี มีการเสื่อมของข้อต่อ

1.8 ระบบการไหลเวียนโลหิต การทำงานของหัวใจมีการเปลี่ยนแปลงกล้ามเนื้อหัวใจมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหลอดเลือดตีบแคบ อาจทำให้เกิดความดันโลหิตสูง

1.9 ระบบหายใจ การทำงานของปอดลดลง ผู้สูงอายุมักหอบเหนื่อยได้ง่าย

1.10 ระบบทางเดินอาหาร ฟันไม่แข็งแรง เคลือบฟันบางลงแตกง่าย เหงือกที่หุ้มคอพึ้นร่นลงไป กล่องรับรสจะหดตัว และการเลือกในรสอาหารเพิ่มขึ้น ทำให้กลิ่นและรสอาหารไม่มีผลต่อความอยากอาหาร

1.11 ระบบขับถ่ายไตขับถ่ายของเสียได้น้อยลงผู้สูงอายุบางรายอาจปัสสาวะขัด โดยเฉพาะในเพศชายจากต่อมลูกหมากโต เพศหญิงอาจมีการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การขับถ่ายอุจจาระมักมีปัญหาท้องผูก

1.12 ระบบสืบพันธุ์ เพศชายต่อมลูกหมากโตขึ้น เพศหญิงรังไข่ฝ่อเล็กลงปีกมดลูกเหี่ยว ปากมดลูกเล็กลง ช่องคลอดมีสภาพเป็นค้าง

1.13 ระบบต่อมไร้ท่อ เสื่อมสภาพลง ต่อมใต้สมองทำงานลดลง ตับอ่อนทำหน้าที่ลดลง มีการหลั่งอินซูลินออกมาน้อย อาจเกิดโรคเบาหวานในวัยสูงอายุได้

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น ใจน้อย อ่อนไหวง่าย วิตกกังวล รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย ต้องการการพึ่งพามากขึ้น ความจำระยะสั้นไม่ดี ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และสติปัญญาจะเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย ถ้ามีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงกะทันหันจะเครียดมาก ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงได้ เช่น เงียบเหงา ตัดสินใจไม่ดี แยกตัว

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เป็นผลมาจากการสูญเสียในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.1. การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักเนื่องจากเพื่อน บุคคลที่เป็นญาติสนิท หรือคู่ชีวิตต้องตายจาก หรือแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รักก่อให้เกิด ความซึมเศร้าได้ง่าย

2.2. สูญเสียสถานภาพทางสังคมและ เศรษฐกิจ การเกษียณอายุ ทำให้รู้สึกเสียตำแหน่งหน้าที่ ไร้คุณค่า ไม่มีความหมายในชีวิต ขาดเพื่อน ขาดรายได้ หรือรายได้ลดลง

2.3. การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัววัยนี้ บุตร ธิดา มักมีครอบครัวกันแล้ว และในปัจจุบันมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย ทำให้ผู้สูงอายุ ต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ว้าเหว่ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง

2.4. การไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศ นับเป็นการสูญเสียทางจิตใจที่สำคัญ

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม

เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ บุคคลที่ทำงานต้องเกษียณอายุจากการทำงานทำให้ภาระและบทบาทหน้าที่ทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป รายได้ลดลง เพื่อนฝูงลดลง แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป รู้สึกอ้างว้าง และเหงามากขึ้น

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจและด้านสังคม นั้นส่งผลต่อพฤติกรรม การหลก้มในผู้สูงอายุ

หลักการเกี่ยวกับการหกล้ม

การหกล้ม เป็นการเปลี่ยนท่าของร่างกาย และความไม่ตั้งใจให้เกิดการกระแทกนั้น เช่น การล้มกระแทกลงบนเก้าอี้ การตกเก้าอี้ การหกล้มเนื่องจากหมดสติ เกิดอัมพาตอย่างทันทีทันใด หรือ การชัก การล้มจากการถูกชน หรือตีอย่างแรง รวมทั้งการที่ถูกลบว่านอนอยู่บนพื้น โดยไม่สามารถอธิบายสาเหตุได้ สำหรับการศึกษานี้การหกล้มจะหมายถึง การเปลี่ยนท่าโดยไม่ตั้งใจ และเป็นผลให้ร่างกายทรุดนั่ง หรือนอนลงกับพื้น หรือปะทำสิ่งของต่าง ๆ ทั้งจากอาการหน้ามืด เป็นลม ขาอ่อนแรง และจากการสะดุด เกี่ยวกับ ลื่น ไถล โดยไม่รวมถึงการถูกชนหรือตีอย่างแรง

การหกล้มเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ การหกล้มในผู้สูงอายุทำให้เกิดแรง หรือ พลังงานอย่างน้อย 10 เท่าของพลังงานที่ทำให้เกิดการหักของกระดูก แต่มีรายงานว่าเพียงร้อยละ 5-10 ของการหกล้มในผู้สูงอายุหญิงผิวดำที่เกิดกระดูกหัก และเพียงร้อยละ 1 ที่เกิดกระดูกสะโพกหัก แม้ว่าการหกล้มที่ไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บรุนแรง แต่พบว่า เมื่อผู้สูงอายุเกิดการหกล้มขึ้นมักเกิดการกลัวการหกล้มซ้ำ นำไปสู่การเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง เพิ่มการพึ่งพา และการบาดเจ็บรุนแรงจะทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง และถึงแก่ชีวิตทำให้การหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่ควรใส่ใจให้มาก

สาเหตุการหกล้มในผู้สูงอายุ

สาเหตุการหกล้มในผู้สูงอายุเกิดจากปัจจัยหลายอย่าง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สามารถแยกออกได้ 2 กลุ่ม ดังนี้ (Stone, 1991)

ปัจจัยภายในร่างกาย

ปัจจัยภายในร่างกายที่เกี่ยวข้องหรือ เป็นสาเหตุหรือชักนำให้เกิดการหกล้ม แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มดังนี้

1. ปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอันเนื่องจากความชรา ได้แก่

1.1 สายตา ในผู้สูงอายุจะพบการเปลี่ยนแปลงในการเสื่อมของสายตา โดยมีการลดลง

ของความชัดเจนและการรับรู้ความตื้นลึก ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุอาจสะดุด และ หกล้มได้ง่าย เช่น ทำให้การรับภาพของบันไดที่ไม่มีเครื่องหมายแสดงขอบเขตที่ชัดเจน หรือการรับภาพขอบถนนทาง เกิดความผิดพลาดขึ้นเป็นต้น ส่วนการลดลงของลานสายตาจะทำให้ผู้สูงอายุไม่ตระหนักถึงคนหรือวัตถุที่เคลื่อนที่เข้ามาใกล้ สำหรับรูม่านตาที่มีขนาดเล็กลงเนื่องจากความสูงอายุโดยที่ม่านตาเมื่อได้รับแสงจำนวนเท่าเดิม กลับมีการหดตัวน้อยลงทำให้ขนาดของม่านตาใหญ่ขึ้นกว่าที่เคยส่งผลให้จำนวนแสงที่เข้าสู่ดวงตาของผู้สูงอายุมีเพียงหนึ่งในสามของจำนวนแสงที่รับได้ขณะที่อายุน้อยกว่า 30 ปี ทำให้สายตาของผู้สูงอายุไม่สามารถรับภาพได้ดีในเวลาที่แสงสลัว เช่น บริเวณทางเดิน หน้าห้องน้ำ บริเวณบันไดขึ้นลง เป็นต้นและจากการที่เลนส์ตาของผู้สูงอายุขุ่นมากขึ้นทำให้มีความทนต่อแสงจ้าลดลง เมื่อเกิดแสงสะท้อนจากพื้นที่ยึดมันหรือกระจกหน้าต่าง จะส่งผลให้ขัดขวางการมองเห็นสิ่งกีดขวางที่ก่อให้เกิดอันตรายในทางเดิน นอกจากนี้จากความเสื่อมของการเห็นภาพสีที่พบหลังอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งทำให้ความสามารถในการแยกสีแดง กับ สีเขียว ความมืด หรือ ความสว่าง ของสีน้ำเงินของพื้น เมื่อพื้นทางเดินมีการตกแต่งด้วยการปูพรมหรือ วางกระเบื้องที่มีลวดลาย สลับสนของสีดังกล่าว อีกทั้งการที่ดวงตาของผู้สูงอายุต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นในการปรับสายตาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงความเข้มข้นของแสง ผู้สูงอายุจึงมักเกิดอาการตามัวได้ขณะที่เข้าสู่ห้องหรือบริเวณที่มีความเข้มข้นของแสงแตกต่างจากห้องหรือบริเวณที่เข้ามา

1.2 การทรงตัวลักษณะการทรงตัวที่สมดุลในแนวดิ่งต้องอาศัยกลไกของร่างกาย หลายระบบที่ซับซ้อนทำงานประสานกันอย่างมีประสิทธิภาพ กลไกเหล่านี้ประกอบด้วย ข้อมูลนำเข้าแบบของประสาทสัมผัส (Sensory Input) จากการมองเห็น ซึ่งจะรับและถ่ายทอดข้อมูลของภาพที่เห็นตลอดจนการเคลื่อนไหวของภาพ ทั้งในแนวทแยงมุมเทียบกับเส้นขอบฟ้าโลกไปยังสมอง ข้อมูลนำเข้าของประสาทสัมผัสจากตัวรับรู้ลึกบริเวณกล้ามเนื้อและส่วนประกอบของข้อต่อ (Proprioceptive) โดยเฉพาะจาก บริเวณขาและกระดูกสันหลังส่วนคอที่ทำการถ่ายทอดตำแหน่งของขาและลำคอในขณะหนึ่งไปยังสมอง รวมทั้งประสาทรับรู้ลึกของแรงกดบนผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้า เพื่อให้ข้อมูลสภาพของร่างกายในที่ว่าง นอกจากนี้ จะได้รับข้อมูลนำเข้าของประสาทสัมผัส จากการทำงานของเครื่องมือเวสติบูลาร์ (Vestibular Apparatus) ในหูชั้นใน ซึ่งจะเป็นตัวรับรู้ และถ่ายทอดการเคลื่อนไหวของศีรษะ ทั้งในแนวเส้นตรงและ แนวทแยงมุม ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนที่สำคัญที่สุดในการรักษาการทรงตัวในแนวดิ่งในกรณีที่ข้อมูลจากการมองเห็น และ ความรู้สึกบริเวณเท้ามีการเปลี่ยนแปลงตลอด เช่น การยืนบนพื้นที่ไม่เรียบ ขณะเคลื่อนที่หรือมีการมองเห็นภาพเคลื่อนไหว เป็นต้น และสุดท้าย ข้อมูลทั้งหมดจะได้รับการวิเคราะห์ โดยศูนย์ประมวลผลในสมอง แล้วเลือกลักษณะการตอบสนองก่อนส่งคำสั่งไปสู่กล้ามเนื้อทั้งหลายต่อไปโดยผลของการทรงตัวจะขึ้นอยู่กับความสามารถในการตอบสนองของกล้ามเนื้อ ซึ่งขึ้นอยู่กับสภาพกล้ามเนื้อ

ในขณะนั้น สำหรับกลไกที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัวเหล่านี้พบว่าเมื่ออายุมากขึ้น จำนวนตัวรับความรู้สึกมีการลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งความผิดปกติของการทำหน้าที่ของเครื่องมือ เวสติบูลาร์ ในหูชั้นใน เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะเหล่านี้จากความชรา

1.3 โครงสร้างกล้ามเนื้อ และการตอบสนองของกล้ามเนื้อผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี จะมีมวลกล้ามเนื้อ ความแข็งแรง และความสามารถในการประสานงานของกล้ามเนื้อลดลงกว่าเมื่ออายุ ระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 20-30 รวมทั้งมีการเสื่อมของข้อต่อ เอ็นรอบข้อ ซึ่งทำให้จำกัด การเคลื่อนไหวของข้อ และ ความเร็วในการตอบสนองของกล้ามเนื้อลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับ ผู้สูงอายุ พบว่ามีการลดลงอย่างมากในการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุที่หกล้ม โดยเฉพาะกำลัง และ ความเร็วในการตอบสนองของกล้ามเนื้อข้อเท้ารวมทั้งกำลังของเข่าที่ลดลง ซึ่งทำให้เกิดความ ยากลำบากในการกลับสู่สมดุล โดยวิธีการปรับศูนย์กลางแรงโน้มถ่วงอย่างรวดเร็ว และ พบว่า ความเร็ว ในการตอบสนองของกล้ามเนื้อ ในผู้สูงอายุที่เวลาเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ทำให้เกิดการหกล้มเพิ่มขึ้น 5-6 เท่า นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างกล้ามเนื้อจะมีผลต่อท่าทางการเดิน ผู้สูงอายुर้อยละ 15 มีความผิดปกติของท่าทางการเดิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะรู้สึกว่าไม่สามารถยกเท้าได้สูงเท่ากับที่เคย ทำได้ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงในการเคลื่อนไหวของสะโพกในการรับน้ำหนักของขาขณะที่เดิน ทำให้พบว่าในผู้สูงอายุหญิงมีการพัฒนาการเดินที่มีฐานแคบคล้ายเป็ด (Waddling Gait) ซึ่งจากการ เปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุมีการสะดุดเมื่อเดินบนทางที่มีพื้นขรุขระ หรือมีระดับต่างกัน และเกิดการหกล้มได้

2. ปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากการเจ็บป่วย หรือ พยาธิสภาพของโรค ซึ่งได้แก่ความผิดปกติของร่างกายด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.1 ความผิดปกติของระบบการไหลเวียนโลหิต ในระบบการไหลเวียนโลหิต มีความ สำคัญอย่างมากในการช่วยให้กลไกการทรงตัวสามารถดำเนินการไปได้โดยปกติ โรค และความผิดปกติ ในระบบไหลเวียนโลหิตจึงส่งผลให้เกิดความผิดปกติของการทรงตัวได้ โดยหัวใจ และหลอดเลือด การทำหน้าที่ส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย โดยเฉพาะอวัยวะที่มีส่วนสำคัญเกี่ยวกับการ หกล้ม ได้แก่ อวัยวะที่รับประสาทสัมผัสต่าง ๆ เส้นประสาทที่ส่งข้อมูลไปยังสมองศูนย์ประมวลผล ในสมอง เส้นประสาทที่ส่งคำสั่งจากสมองไปยังอวัยวะเป้าหมายและอวัยวะเป้าหมายที่รับคำสั่งจาก สมอง โรคและความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือดที่พบในผู้สูงอายุ คือ หลอดเลือดแดงตีบแคบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย กล้ามเนื้อหัวใจโต หรืออ่อนแรงลิ้นหัวใจไมตรัลรั่วหรือตีบแคบ ภาวะที่คาโรติก ไชน์สมิปีปฏิกริยาไวผิดปกติต่อแรงดันหัวใจเต้นผิดปกติหรือหัวใจวาย ความผิดปกติเหล่านี้มีผลให้

ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจน้อยลงและทำให้ความดันโลหิตลดลงประกอบกับการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของผู้สูงอายุที่สามารถชดเชยการลดลงของความดันโลหิตโดยการเพิ่มของอัตราการเต้นของหัวใจและการหดตัวของหลอดเลือด รวมทั้งกลไกการควบคุมปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงยังสมอง ในขณะที่ความดันโลหิตลดลงไม่ทำงานจะทำให้เกิดการเป็นลม และหกล้มตามมาได้

การที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (Postural Hypotension) ซึ่งมีการลดลงของความดันโลหิตซิสโตลิก 20 มิลลิเมตรปรอท หรือ มากกว่าหลังจากที่ผู้ป่วยเปลี่ยนท่านอน เป็นท่ายืน หรือนั่งเป็นเวลา 1-3 นาที ซึ่งพบได้ร้อยละ 30 ในผู้สูงอายุภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงของกลไกที่รักษาความดันโลหิตให้เหมาะสมกับการกำซาบเลือดในสมอง (Cerebral Perfusion) การลดลงของความไวในการรับรู้เกี่ยวกับแรงดันในหลอดเลือดของบาโรรีเซพเตอร์ (Baroreceptor) การลดลงของการไหลเวียนเลือดในสมอง และ ความผิดปกติในการควบคุมปริมาณของเหลวออกเซลล์ ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าพบได้หลังจากการอยู่เฉยๆเป็นเวลานาน จากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาขยายหลอดเลือด จากความผิดปกติในระบบประสาทส่วนกลาง เช่น โรคพาร์กินสัน โรคไขสันหลัง รอยโรคที่ก้านสมองและเนื้อสมองตาย หรือจากความผิดปกติของ ระบบประสาทส่วนปลายและระบบประสาทอัตโนมัติของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคพิษสุราเรื้อรังรวมทั้งอาจเกิดขึ้นโดยไม่พบสาเหตุที่แน่ชัดโดยทั่วไปมักพบว่าผู้ที่หกล้มจากภาวะความดันโลหิตต่ำ ขณะเปลี่ยนท่าจะมีอาการหน้ามืด และเวียนศีรษะร่วมด้วยเสมอ

การที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำหลังรับประทานอาหาร (Postprandial Hypotension) ซึ่งพบได้ร้อยละ 24 ของผู้สูงอายุ โดยพบผู้สูงอายุที่หกล้มมีค่าความดันโลหิตหลังรับประทานอาหารลดลงมากกว่าผู้ที่ไม่หกล้ม การเกิดความดันโลหิตต่ำหลังรับประทานอาหารเป็นผลของการทำงานของระบบประสาท ระบบฮอร์โมน และลักษณะของอาหารที่รับประทาน โดยขบวนการในการย่อยอาหารมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิตที่ควบคุม โดยระบบซิมพาเทติกที่ทำให้หลอดเลือดในระบบทางเดินอาหารขยายตัวเล็กน้อยโดยการชดเชยที่ไม่เหมาะสมของระบบประสาทอัตโนมัติ ขณะมีการย่อยอาหาร และ ระบบฮอร์โมน ฮอร์โมนแก๊สตริน ฮอร์โมนซีครีตินฮอร์โมนกลูคาгон พอลิเปปไทด์ สารโปรตีน นิวโรเทนซินและอะดีโนซิน ที่กระตุ้นหลอดเลือดของลำไส้ ซึ่งมีผลลดความดันโลหิต และฮอร์โมนอินซูลิน ซึ่งชักนำให้เกิดการขยายตัวของ หลอดเลือด รวมถึงการที่มีเลือดจำนวนมาก ถูกเทเข้าสู่อวัยวะภายในระหว่างการย่อยอาหาร และความล้มเหลวในการดำรงแรงต้านทานในระบบหัวใจ และ หลอดเลือด ซึ่งนำไปสู่ภาวะ ความดันโลหิตลดลงหลังรับประทานอาหาร และเกิดการเป็นลม อันเป็นสาเหตุให้เกิดการหกล้มได้

การที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำพบได้ไม่บ่อยนัก แต่เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการหกล้มได้ คือ ภาวะที่คาโรติกไชนส์มีการลดลงอย่างน้อย 50 มิลลิเมตรปรอทหรืออย่างน้อย 30 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับอาการทางสมอง ซึ่งมักพบได้ในผู้สูงอายุชายและอาจมีรอยโรคบางอย่างที่ Carotid Body เช่น รอยแผลเป็น ต่อมเนื้องอกหรือก้อนเนื้องอกไปกดอยู่ หรือมีผนังหลอดเลือดแดงฝอยและแข็งตัว ความดันโลหิตสูง และ เบาหวาน โดยภาวะความดันโลหิตต่ำจนเกิดการเป็นลม และหกล้มได้ จะเกิดขณะที่เอี้ยวคอมาก ๆ สวมเสื้อคอคับ เอื้อมมือหยิบจับของ ในที่สูง หรือ เบ่งแรงๆ ซึ่งจะทำให้เกิดแรงกด หรือ แรงดันในช่องทรวงอก เพิ่มขึ้นแล้วมีผลต่อหลอดเลือดแดงคาโรติก

2.2 โรคและความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคปอดเรื้อรัง หรือภาวะหายใจล้มเหลว ซึ่งทำให้ปริมาณออกซิเจนในเลือดต่ำลง ประกอบกับการที่ผู้สูงอายุไม่สามารถตอบสนองต่อภาวะออกซิเจนต่ำในเลือด โดยการเพิ่มการทำงานของหัวใจ จะทำให้เกิดการเป็นลม และหกล้มได้ ทั้งนี้เนื่องจากระดับความรู้สึกตัวของบุคคลทั่วไปจะขึ้นอยู่กับปริมาณออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อสมอง ได้เพียงพอในการรักษาระดับการเผาผลาญอาหารในสมอง เพื่อให้ได้พลังงาน ไปใช้ในการทำงานของเนื้อเยื่อสมองซึ่งโดยปกติเนื้อสมองต้องใช้ออกซิเจน 3.5 มิลลิเมตร ต่อ 100 กรัมของเนื้อเยื่อสมองต่อนาทีหรือประมาณ 50 มิลลิเมตรต่อนาที แต่สมองจะเก็บสำรองพลังงานไว้ได้เพียงจำนวนน้อย ดังนั้น เมื่อมีออกซิเจนในเลือดต่ำจึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวขึ้นได้

2.3 พยาธิสภาพในระบบประสาทส่วนเปลือกสมอง บริเวณที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรู้สึก และประสาทยนต์ (Sensory Motor Cortex) ปมประสาทบริเวณฐานสมอง (Basal Ganglia) และสมองน้อย (Cerebellum) โดยโรคที่พบในกลุ่มนี้ได้แก่ สมองเสื่อมจาก โรคอัลไซเมอร์ (Senile Dementia of Alzheimer Type) สมองเสื่อมจากเนื้อสมองตาย (Multi-infarct Dementia) โรคหลอดเลือดสมอง และ โรคพาร์กินสัน ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ในผู้สูงอายุทำให้ผู้ป่วยมีท่าเดินที่ผิดปกติ สูญเสียการทรงตัวได้ง่าย โดยผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีโอกาสหกล้ม และ กระดูกหักได้เป็น 3 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะนี้ ส่วนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะมีการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก บริเวณกล้ามเนื้อข้อต่อ เกี่ยวกับ ตำแหน่งของร่างกาย และ มีการทำงานไม่ประสานกันของกล้ามเนื้อต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว อันเป็นสาเหตุของการเสียการทรงตัวทำให้หกล้มได้

ความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว ซึ่งนอกจากจะขึ้นกับระดับออกซิเจนแล้ว การทำงานของสมองเพื่อควบคุมระดับความรู้สึกตัวยังขึ้นอยู่กับระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อให้เพียงพอในการให้พลังงานในสมอง และประกอบกับเนื้อเยื่อสมองเก็บสารประกอบ ฟอสเฟต

พลังงานสูงไว้น้อย จึงต้องอาศัยพลังงานส่วนที่จะได้รับจากกลูโคสในเลือดอยู่ตลอดเวลา กรณีที่มีระดับกลูโคสในเลือดต่ำจะทำให้การทำงานของสมองผิดปกติ ระดับความรู้สึกตัวต่ำถึงหมดสติซึ่งนำไปสู่การหกล้มได้ โดยอาการหมดสติมักจะเกิดเมื่อระดับกลูโคสในเลือดต่ำกว่า 60 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน และ 80 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน

อาการเวียนศีรษะ (Vertigo) เป็นความรู้สึกที่ผิดปกติเกี่ยวกับความสมดุลของร่างกาย เป็นภาวะหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งสาเหตุของอาการเวียนศีรษะสองในสามเกิดจากรอยโรคในระบบ เวสติบูลาร์ส่วนกลาง หรือ สมองน้อย อีกหนึ่งในสามเกิดจากรอยโรคที่ขึ้นส่วนของระบบ เวสติบูลาร์ในหู อาการรู้สึกหมุนเล็กน้อยจากการเปลี่ยนท่า เป็นรูปแบบที่พบได้บ่อยที่สุด เป็นความผิดปกติของระบบ เวสติบูลาร์ส่วนปลาย ซึ่งมีความไวผิดปกติต่อการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งของศีรษะ โดยระยะเวลาของการเจ็บป่วยอาจนานได้ถึง 6-8 สัปดาห์ อาการแสดงหลักคือ เวียนศีรษะและตาลาย อันเป็นการเคลื่อนไหวกว้างไปมา เป็นจังหวะของลูกตาซึ่งอยู่เหนือของการควบคุมของจิตใจ อาการแสดงมักจะมีเป็นช่วง ๆ นานน้อยกว่า 1 นาที มักเกิดอาการเมื่อ ศีรษะอยู่ในท่าเอียงลง นอกจากนี้ ภาวะกระดูกหลังส่วนคอเสื่อม ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุจะทำให้มีความผิดปกติของข้อมูลนำเข้าของประสาทสัมผัสจากตัวรับความรู้สึกที่ Apophyseal Joint ทำให้เกิดอาการวิงเวียนศีรษะ หรือหกล้มขณะหันศีรษะอย่างฉับพลันได้

นอกจากนี้อาจเกิดกลุ่มอาการ Guillian-Barre อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการหกล้ม เนื่องจากการทำลายของประสาทรนต์ทำให้กล้ามเนื้อซึ่งส่วนใหญ่เป็นกล้ามเนื้อส่วนปลายอ่อนแรง จากการศึกษาของ Sorock and Labiner (1992) พบว่าการบกพร่องของประสาทรนต์เพิ่มอัตราการหกล้มถึง 3 เท่า

2.4 ความผิดปกติของระบบโครงสร้าง และ กล้ามเนื้อ การทรงตัวที่มั่นคงนอกจากการรับประสาทสัมผัสที่ถูกต้อง การควบคุม และการสั่งการจากสมองและระบบประสาทอัตโนมัติที่มีประสิทธิภาพแล้วกลไกสุดท้าย คือ การทำงานของโครงร่างและกล้ามเนื้อตามการสั่งการจากสมองและระบบประสาทอัตโนมัติ ความผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อที่ทำให้เกิดการทรงตัวไม่มั่นคง ได้แก่ ความไม่มั่นคงบริเวณ ข้อสะโพก ข้อเข่าและข้อเท้าซึ่งเกิดจากข้อเสื่อม และการอักเสบของข้อ ทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วย มีการเคลื่อนไหวของข้อได้จำกัด การเสื่อมของข้อบริเวณกระดูกสันหลังส่วนคอจะมีผลในระบบประสาทรับความรู้สึกทำให้เกิดอาการปวดร้าว หรือชา บริเวณหัวไหล่หรือแขนและมีอาการวิงเวียนเวลาเคลื่อนไหว คอ โรคหรือความผิดปกติของกล้ามเนื้อเป็นผลให้กล้ามเนื้อมีการทำงานลดลงหรือไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมีผลต่อการทรงตัวที่

มันคงของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหรือความผิดปกติที่เกิดจากระบบประสาทที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อบริเวณนั้น ทำให้กล้ามเนื้อลีบ หรืออ่อนแรง การอักเสบของกล้ามเนื้อซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันตนเอง ของร่างกายโปรตีนของกล้ามเนื้ออันมีผลทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงเช่นกัน สำหรับความผิดปกติของเท้าที่มีส่วนทำให้เกิดการหกล้มเป็นผลจากภาวะที่มีการผิดรูปของนิ้วเท้า การหนาตัวของชั้นผิวหนัง ร่วมกับการสวมรองเท้าที่ไม่เหมาะสมกับรูปเท้าทำให้เกิดความเจ็บปวดขณะเคลื่อนไหว เป็นอุปสรรค นำไปสู่การเคลื่อนไหวที่ไม่ราบรื่น ทำให้เกิดการหกล้มได้ง่าย ภาวะผิดรูปที่พบเกิดได้จากการกดของนิ้วเท้า ซึ่งอาจเกิดได้ตั้งแต่ความพิการมาแต่กำเนิด ความผิดปกติของระบบประสาทกล้ามเนื้อ ข้ออักเสบตลอดจนการบาดเจ็บ การหนาตัวของชั้นผิวหนังบริเวณเท้าเกิดจากการตอบสนองของผิวหนัง ต่อการบาดเจ็บเล็กน้อย จากแรงกด หรือการเสียดสีที่กระทำซ้ำ ๆ โดยมีการหนาตัวของผิวหนังชั้น Stratum Conium ที่เรียกว่า ตาปลา (Callus) ซึ่งเมื่อมีแรงกดตาปลาจะทำให้เกิดความเจ็บปวดของ กล้ามเนื้อเยื่อบริเวณใต้ตาปลานั้น เช่นเดียวกับหูดบริเวณเท้า (Plantar Wart) ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อ ไวรัสแล้วมีการตอบสนองโดยการหนาตัวของผิวหนังโดยมีฐานเป็นรูปกรวยซึ่งมักจะก่อให้เกิด ความเจ็บปวดมากกว่าตาปลาเมื่อได้รับแรงกด

2.5 โรคและความผิดปกติที่เกิดกับอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับกลไกควบคุมการทรงตัว และความผิดปกติของสมดุลกรดด่างและอิเล็กโทรไลต์อันมีผลต่อการทำงานของอวัยวะเหล่านั้นใน ผู้สูงอายุ ที่มีกลไก ในการรักษาสมดุล ในการทรงตัวเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมจากความชรา พร้อม ๆ กันหลายกลไก เมื่อมีสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ซึ่งมีผลต่อ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ระดับความรู้สึกตัวก็สามารถทำให้เกิดการหกล้มได้โดยง่าย ความผิดปกติ เหล่านี้ได้แก่ ภาวะติดเชื้อ เช่น ปอดอักเสบ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะความผิดปกติในสมดุล กรดด่างและระดับสารอิเล็กโทรไลต์ เช่น ระดับโซเดียมที่สูง หรือต่ำกว่าปกติมีผลต่อการทำงานของ สมอทำให้เกิดอาการซึม หรือ สับสน ระดับโปแตสเซียมมีผลอย่างมาก ต่อการทำงานของกล้ามเนื้อ ในร่างกาย ระดับโปแตสเซียมที่ต่ำกว่าปกติ ทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรงระดับ โปแตสเซียมที่สูง หรือ ต่ำกว่าปกติ มีผลต่อการทำงานของหัวใจซึ่งมีผลต่อความดันโลหิต

นอกจากนี้ความผิดปกติของดวงตาจากโรคซึ่งเป็นเหตุให้มีการเสื่อมเสียของสายตา เพิ่มขึ้น เช่น ต้อกระจก ต้อหิน พยาธิสภาพที่เรตินาจากโรคเบาหวาน จอรับภาพเสื่อมลานสายตา ผิดปกติจากโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้มีผลต่อการทรงตัวเกิดการหกล้มได้ง่าย

2.6 การใช้ยา และการดื่มสุรา จากการที่ผู้สูงอายุมักจะมีความเสี่ยงเกิดโรคได้ง่าย บางรายอาจได้รับยาหลายชนิดในขณะเดียวกัน ซึ่งทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยาและทำให้เกิดผลข้างเคียงหรือพิษของยาได้ง่าย ในกรณีที่ผู้สูงอายุได้รับยาจะทำให้เกิดการหกล้มบ่อยกว่าผู้ที่ไม่ได้รับยาและการได้รับยา 3 ชนิดหรือมากกว่านั้นจะทำให้อัตราเสี่ยงของการหกล้มเพิ่มขึ้น 8-10 เท่า โดยเฉพาะยาในกลุ่มต้านภาวะซึมเศร้า ยาระงับประสาท ยาแก้ปวดประสาท ยาขยายหลอดเลือด ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์และยังเป็นสาเหตุทำให้ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าได้ ซึ่งยาอาจทำให้เกิดการหกล้ม ได้แก่ ยาระงับประสาท ยานอนหลับ ระยะเวลาในการออกฤทธิ์ในผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น อาการข้างเคียงคือ เดินเซ กระวนกระวาย และสับสน ยาลดความดันโลหิตมีผลให้เกิดอาการเป็นลม หัวใจเต้นช้าลง เพราะระดับยาในร่างกายสูงขึ้น จากการที่ประสิทธิภาพในการกำจัดยาออกจากร่างกายของผู้สูงอายุลดลง ยาขับปัสสาวะที่มีการขับน้ำมากทำให้ความดันโลหิตต่ำอาจเกิดภาวะโซเดียมต่ำทำให้มีอาการสับสนได้ สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการขับถ่าย ปัสสาวะอยู่แล้วจะทำให้เกิดปัญหาจาก ยาขับปัสสาวะ คือ จะทำให้มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หรือเกิดความรีบเร่งในการไปถ่ายเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของ Yasumura (1994) พบว่า การรีบเร่ง อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่นี้เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่ง ซึ่งมีผลให้เกิดการหกล้มขึ้นยาที่อยู่ในประเภทยาแก้ปวด ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ หากมีระดับยาในเลือดสูงขึ้นจะทำให้ เกิดอาการข้างเคียงทางระบบประสาทอย่างมาก คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ ซึม เป็นต้น

นอกจากนี้ ยากลุ่มที่ศึกษาพบว่าเสี่ยงต่อการหกล้มอีกกลุ่มหนึ่ง คือ ยาที่อยู่ในกลุ่มยาต้านโรคจิต (Antipsychotic) ซึ่งมีผลข้างเคียงคือ ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น และ ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า เป็นต้น

การดื่มสุราจะมีผลต่อระบบของร่างกาย คือ ไปรบกวนต่อการส่งกระแสประสาท ที่จุذبส่งกระแสประสาท มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ต่อเนื่องไปตั้งแต่ สมองใหญ่ สมองเล็ก ไขสันหลัง และเมดัลลา ซึ่งผลของสุรามีความรุนแรงแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยพบว่าปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือดที่มากกว่า 100 มิลลิกรัม ต่อ เดซิลิตร จะทำให้เริ่มมีการทำงานไม่ประสานกันของกล้ามเนื้อ การตอบสนองต่อสิ่งเร้าน้อยลง ปริมาณแอลกอฮอล์ในเลือด 300-400 มิลลิกรัม ต่อ เดซิลิตร มีผลให้กล้ามเนื้อมีอาการเกร็งอึดอัด ปริมาณ แอลกอฮอล์ในเลือดมากกว่า 400 มิลลิกรัม ต่อ เดซิลิตร จะเกิดอาการหมดสติ จนอาจถึงตายได้ แอลกอฮอล์ยังมีผลต่อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด การดื่มแอลกอฮอล์ มากกว่า 25 มิลลิตร นอกจากจะเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจแล้วผลต่อเนื่องคือความดันโลหิตต่ำลงจากการขยายตัวของหลอดเลือดนอกจากนี้จากการลดปริมาณ หรือ การหยุดดื่มสุราหลังจากมีประวัติดื่มสุราจัดมาเป็นเวลามากกว่า 5 ปี จะทำให้เกิดอาการ เดินเซ ชัก ความรู้สึกลัว

เลอะเลือน สับสน ประสาทหลอน ดังนั้นการใช้ยาและการดื่มสุรา จะไปเพิ่มอาการ อาการแสดง ของการขยายตัวของหลอดเลือดรวมทั้งระบบประสาทมีผลต่อความดันตัว การทรงตัวของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ง่าย

3. ปัจจัยทางด้านจิตใจ

ปัจจัยทางด้านจิตใจในด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการหกล้ม พบในภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญประการหนึ่งทั้งจากตัวโรคเอง หรือจากยาที่ใช้ในการรักษา ทำให้ผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมช้าลง และมีการตัดสินใจผิดพลาด ในผู้ป่วยที่กลัวการหกล้มซึ่งมักพบในเพศหญิง จะทำให้การเคลื่อนไหวลดการมีกิจกรรมทางสังคมซึ่งจะนำไปสู่ภาวะข้อติดกล้ามเนื้ออ่อนแรงและภาวะซึมเศร้า ซึ่งทำให้เกิดการหกล้มได้บ่อยขึ้น

นอกจากนี้ Tideisaar (1987) ได้ให้ความเห็นว่า บางครั้งการหกล้ม เป็นผลจากการเรียกร้องความสนใจของผู้สูงอายุ ที่ไม่ต้องการอยู่ตามลำพัง

ปัจจัยภายนอกร่างกาย

ปัจจัยภายนอกร่างกายที่เกี่ยวข้องหรือเป็นสาเหตุให้เกิดการหกล้ม ได้ดังนี้

1. การจัดแสงสว่างและการใช้สีที่ไม่เหมาะสมในบ้านผู้สูงอายุ

การมีแสงสว่างที่ไม่เหมาะสมได้แก่ แสงสลัวที่ทำให้กล้ามเนื้อดวงตาต้องใช้ความพยายามในการปรับจูนรวมแสง ซึ่งเป็นผลให้ความชัดเจนของภาพลดลง แสงสว่างที่ไม่เหมาะสม อีกชนิดหนึ่งคือ แสงสว่างจ้า ซึ่งจะมีผลทำให้ดวงตาฝาง อันตรายที่เกิดจากแสงที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถ รับรู้อันตรายจากสิ่งแวดล้อมอื่นได้ บริเวณที่มักเกิดอันตรายจากแสงสลัว คือ บันไดทางเข้าบ้าน ทางเดินภายใน ภายนอกบ้าน ส่วนบริเวณที่เกิดอันตรายจากแสงสว่างจ้า ได้แก่ บริเวณที่มีกระจกที่จัดวางไม่เหมาะสม และ พื้นขัดมัน เป็นเงา ซึ่งทำให้เกิดการสะท้อนแสงอาทิตย์หรือโคมไฟโดยตรงกับสายตาผู้สูงอายุ รวมทั้งบริเวณที่ได้รับแสงอาทิตย์โดยตรงจากหน้าต่างที่ไม่มีม่านบังตาที่มีความเหมาะสม

การใช้สีที่ไม่เหมาะสม คือ สีกลมกลืนประกอบกันเป็นลวดลายแบบเส้นที่สับสน อันตรายจากการที่ใช้สีในลักษณะนี้พบได้ในรูปแบบของ พรหมปูพื้น กระเบื้องปูพื้น ขอบบันได ขอบกันทางเครื่องเรือนชิ้นเล็ก ๆ สิ่งของตกแต่งผนัง โดยทำให้เกิดการส่งข้อมูลการรับรู้ที่ผิดพลาดไปยังการควบคุม การเคลื่อนไหว การทรงตัวทำให้เกิดการเคลื่อนไหวที่ผิดพลาดนำไปสู่การเสียสมดุลหกล้มได้

2. พื้นที่เป็นอันตราย

การที่ลักษณะพื้นที่เป็นอันตราย คือ มีพื้นผิวที่ไม่เรียบมีลวดลายที่หลอกตาว่าเรียบ หรือไม่เรียบมีสิ่งกีดขวางทำให้เกิดการลื่น สะดุด ลักษณะดังกล่าวพบได้ในทางเดินที่มีระดับแตกต่างเล็กน้อย ระดับไม่สม่ำเสมอโดยไม่มีเครื่องหมายแสดงของขอบเขตที่ชัดเจน ขรุขระ มีกรวดทราย มีพื้นบ้านที่แตกเป็นร่อง มีตะปู หรือเศษไม้โผล่ขึ้นมา มีการลงน้ำมันลื่น มีเศษอาหาร ของเหลวหกลงบนพื้น มีพรมเช็ดเท้าที่ไม่ยึดเกาะพื้น สายไฟ และ ผ้าเช็ดพื้นวางอยู่ในบริเวณทางเดิน พื้นห้องน้ำที่เปียกอยู่เสมอ ไม่มีแผ่นยางกันลื่น พรหมปูพื้นที่ไม่มีที่ยึดเกาะที่มั่นคงมีการชำรุดเกิดเศษเชือกหรือ เศษผ้าย้วยรุ่ง

ลักษณะอันตรายของพื้นเป็นปัญหาที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุโดยการเสียจังหวะ ก้าวเท้าเสียการทรงตัวจากการที่เท้าข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง ดัดขัดกับพื้นผิวที่ไม่เรียบและการไถลตัวไปบนพื้นผิวที่เปียก เป็นมัน หรือ เหยียบลงบนวัสดุที่เคลื่อนที่ไปได้ ทำให้เกิดภาวะที่ไม่สมดุลถูกรบกวนโดยผู้สูงอายุที่มักจะไม่สามารถกลับสู่สมดุลได้

3. สิ่งก่อสร้างภายในบ้านที่ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

ส่วนใหญ่สิ่งก่อสร้างที่ทำให้เกิดการหกล้ม ได้แก่ บันได ห้องน้ำ และสุขา ซึ่งลักษณะบันไดที่เป็นอันตราย คือ ไม่มีราวยึดเกาะ ราวยึดเกาะไม่มั่นคง ขึ้นบันไดมีความสูงไม่สม่ำเสมอ สูงเกินระยะยกเท้าของผู้สูงอายุ ขึ้นบันไดแคบไม่เพียงพอสำหรับการวางเท้าได้เต็มฝ่าเท้าไม่มีเครื่องหมายแสดงขอบเขตขึ้นบันไดที่ชัดเจน ขึ้นบันไดมีลวดลายที่มีแบบสับสน มีแสงเงา แสงสว่างจ้า มีสีกลมกลืนทำให้เกิดการคำนวณระยะก้าวผิดพลาด รวมถึงการไม่ได้รับการดูแลให้มีความมั่นคงแข็งแรงเพียงพอในการรับน้ำหนัก และเป็นที่ยึดเกาะ

การมีห้องน้ำและสุขาที่มีลักษณะที่เป็นอันตราย ได้แก่ การขาดราวยึดเกาะ เพื่อช่วยในการเคลื่อนไหว อ่างล้างหน้าต่ำเกินไปทำให้ต้องมีการก้มตัวมาก ขณะที่ใช้งาน ที่นั่งขับถ่ายเป็นแบบนั่งยอง ซึ่งเป็นแบบแผนการนั่งที่ทำให้มีการขัดขวาง การไหลเวียนเลือดจากขาเข้าสู่หัวใจ การนั่ง

นานๆ นำไปสู่อาการหน้ามืด ความดันโลหิตต่ำขณะลุกขึ้นยืน นอกจากนี้ยังไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่ มักมีข้อเข่าเสื่อม เนื่องจากการนั่งยอง ทำให้เกิดการยืดบริเวณ ข้อเข่ามากเกินไป ผลทำให้กล้ามเนื้อรอบเข่าอ่อนล้า และไม่สามารถยืดเข่าไว้อย่างมั่นคงในขณะที่ลุกขึ้นเกิดการหกล้มได้

4. เครื่องเรือนที่ไม่เหมาะสม

การมีเครื่องเรือนที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดอันตรายได้ จากการจัดวางไม่เป็นระเบียบ ขัดขวางทางเดิน รูปแบบที่ไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุขาดการดูแลรักษา การจัดวางที่ก่อให้เกิดอันตราย เกิดจากการจัดวางชิ้นส่วน ส่วนประกอบของเครื่องเรือนในระดับที่ต่ำ อยู่ในบริเวณทางเดิน ไม่เป็นที่สังเกต หรือมีสีกลมกลืนกับพื้น เช่น ที่วางรองเท้า เก้าอี้ตัวเล็ก เบาะรองเข่ารูปแบบที่ไม่เหมาะสมของเครื่องเรือน สำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับความสูงของโต๊ะ เก้าอี้ เตียงนอน ตู้เก็บของ ชั้นวางของ ระดับที่ต่ำมากไปของเก้าอี้ และ เตียงทำให้เกิดความยากลำบากในการยกน้ำหนักตัวได้ง่าย ขณะพยายามวางเท้าระดับความสูงของตู้หรือชั้นวางของที่มากจนต้องมีการเอื้อมมือมากๆอาจจะทำให้เกิดอาการหน้ามืดเป็นลมในผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของการตอบสนอง ต่อแรงดันที่หลอดเลือดคาโรติด และระดับความสูงที่ต่ำมากเกินไปจนต้องก้มลงไปหยิบจับสิ่งของจะทำให้เกิดอาการหน้ามืดในขณะที่เปลี่ยนท่า

การมีรูปแบบที่ไม่เหมาะสมอีกหนึ่งประการหนึ่ง คือ เครื่องเรือนที่ไม่มั่นคงขณะใช้งาน ได้แก่ มีน้ำหนักเบา มีล้อเลื่อน เช่น เก้าอี้พับ เก้าอี้มีล้อเลื่อน เตียงมีล้อเลื่อน ชั้นวางของมีล้อเลื่อน ทำให้ไม่สามารถพุงน้ำหนักได้อย่างเหมาะสมเกิดการลื่นไถลหกล้มได้ นอกจากนี้ รูปแบบที่ไม่เหมาะสมเกิดจากสิ่งปกคลุม ได้แก่ เบาะรองเก้าอี้ ที่นอนมีความหนานิ่มมีการยุบตัวมากเกินไป ทำให้เกิดการเสียดสี เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงศูนย์กลางแรงโน้มถ่วงจากการกระจายแรงกดที่ไม่สม่ำเสมอ ขณะนั่งหรือกำลังลุกขึ้นอันตรายยังอาจเกิดจากเครื่องเรือนขาดการดูแลรักษาซ่อมแซม ทำให้เกิดความไม่มั่นคง เช่น เก้าอี้ โต๊ะ ซึ่งเป็นอันตราย เมื่อถูกใช้เป็นที่ยึดเกาะของผู้สูงอายุ

5. เครื่องแต่งกาย และ เครื่องช่วยในการเคลื่อนไหวที่ไม่เหมาะสม

การใช้เครื่องแต่งกายรวมถึงเสื้อผ้าที่มีขนาดใหญ่หรือยาวเกินไปจะทำให้เกิดการสะดุดจากการเหยียบชายผ้า ถูกเกี่ยวดึงโดยเครื่องเรือนให้เกิดการเสียดสีการทรงตัว รองเท้าที่มีรูปทรงไม่พอดีกับเท้า การเป็นหูดตาปลาทำให้เกิดความเจ็บปวดขณะเคลื่อนไหวทำให้มีการทรงตัว

ที่ไม่มั่นคง การใช้รองเท้าที่มีลักษณะพื้นรองเท้าที่ไม่เหมาะสม มีความหนาและอ่อนตัวมากจะทำให้เกิดความไม่มั่นคง ในการทรงตัว เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ หรือพื้นรองเท้าที่สูงมาก ๆ ทำให้เกิด อาการปวดเมื่อยเสียสมดุลได้ง่าย เครื่องใช้ที่นับรวมเป็นเครื่องแต่งกายอีกอย่างหนึ่ง คือ แว่นตา ลักษณะที่ไม่เหมาะสม คือ แว่นตาที่มีการแก้ไขสายตา 2-3 ชนิด ในแว่นตานั้นเดียวกัน ซึ่งทำให้มีการรับรู้ขนาด และการคำนวณระยะก้าวผิดพลาด รวมทั้งแว่นตาที่ขาดการดูแลรักษาและการตรวจ วัดสายตาให้เหมาะสมกับวัย

เครื่องช่วยในการเคลื่อนไหว ได้แก่ ไม้เท้า (Cane) เครื่องพยุงเดิน (Walker) ล้อเข็น (Wheel Chair) เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการหกล้ม เครื่องช่วยในการเคลื่อนไหว เกิดปัญหาได้ จากการไม่ใช้เครื่องช่วยในผู้ที่จำเป็นต้องใช้ การที่เครื่องช่วยนั้นมีขนาดไม่เหมาะสมกับผู้ใช้ และการใช้เครื่องช่วยที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวที่ติดขัดและเสียการทรงตัว

ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม

การหกล้มมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญดังนี้

1. ปัจจัยด้านพันธุกรรม เช่น คนชาติผิวขาว คนชาวเอเชีย เพศหญิง ประวัติญาติใกล้ชิดกัน กระดูกหักจากการบาดเจ็บที่รุนแรง โครงร่างเล็ก เป็นต้น
2. ปัจจัยด้านฮอร์โมน เช่น การหมดประจำเดือน (ก่อนอายุ 45 ปี) เคยขาดประจำเดือนจากสาเหตุต่างๆ เช่น Anorexia Nervosa การมีภาวะฮอร์โมนโปรแลคตินสูง เป็นต้น
3. ปัจจัยด้านโภชนาการ เช่น การได้รับแคลเซียม และวิตามินด่างการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนมาก การรับประทานเกลือมาก การรับประทานเฉพาะโปรตีนจากสัตว์มากเกินไป เป็นต้น
4. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพเช่น สูบบุหรี่ การใช้ชีวิตนั่ง ๆ นอนไม่ใช้ร่างกายเป็นเวลานานๆ เป็นต้น

5. ปัจจัยเกี่ยวกับโรค ดังต่อไปนี้

5.1 โรคต่อมไร้ท่อ เช่น มีฮอร์โมนพาราไทรอยด์สูงชนิดปฐมภูมิ ไทรอยด์เป็นพิษ
โรคเบาหวาน Chusing's syndrome Addison's disease Prolactinoma

5.2 โรคเลือด เช่น Multiple Myeloma Systemic Mastocytocytosis Lymphoma Leukemia
Permicious Anemia Hemolytic Anemia เป็นต้น

5.3 โรคจากความพร่องของสายตา เช่น ตาเข (Squint/Strabismus) สายตาสั้น (Myopia)
สายตายาว (Hypermetropia) สายตาเอียง (Astigmatism) ต้อเนื้อ หรือ ต้อลิ้นหมา (Pterygium)
ต้อกระจก (Cataract) ต้อหิน (Glaucoma) แผลที่กระจกตา (Coeneal Ulcer) ม่านตาอักเสบ (Iritis)
ตาได้รับบาดเจ็บรุนแรง (Severs eye Injury) สิ่งแปลกปลอมเข้าตา (Foreign Bodies in the Eye)
 เป็นต้น

5.4 โรคระบบประสาทและสมอง เช่น โปลิโอ (Poliomyelitis) เยื่อหุ้มสมองอักเสบ
(Meningitis) บาดทะยัก (Tetanus) ชักจากไข้สูง (Febrile Convulsion) โรคลมชัก หรือ ลมบ้าหมู
(Epilepsy) ไมเกรน (Migraine) อาการเวียนศีรษะหรือ วิงเวียน (Dizziness/vertigo) เป็นลม (Syncope)
อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease)
เนื้องอกในสมอง (Brain Tumer) เป็นต้น

5.5 โรคทางกล้ามเนื้อ เช่น ปวดกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นอักเสบ ตะคริว (Muscle Cramps)
 เป็นต้น

5.6 โรคกระดูกและข้อ เช่น ไขสันหลังอักเสบเรื้อรัง (Ankylosing Spondy) ข้ออักเสบ
ติดเชื้อ ข้อเคล็ด หรือ ข้อแพลง (Sprain) เป็นต้น

5.7 โรคระบบทางเดินอาหาร เช่น กลุ่มทางเดินอาหารผิดปกติได้รับการผ่าตัด โรคตับ
เรื้อรัง เช่น Primary Biliary Cirrhosis เป็นต้น

6. ปัจจัยเกี่ยวกับการใช้ยา เช่น ได้รับยาขับปัสสาวะ ได้รับยาเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็ง ได้รับยากันชัก ได้รับยาป้องกันเลือดแข็งตัว ได้รับฮอร์โมนเกินขนาด ได้รับการรักษาด้วย Lithium เป็นเวลานาน ได้รับยาประเภท Tetracycline เป็นเวลานาน เป็นต้น

7. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม เช่น พื้นลื่น ทางขรุขระ ทางเป็นหลุมเป็นบ่อ ทางชัน ทางลาด ฝนตก แสงสว่างจ้า สะดุดหิน/ ธรณีประตู มีสิ่งกีดขวาง เป็นต้น

8. ปัจจัยด้านระยะเวลา เช่น อยู่ในระยะเวลาที่เสี่ยงนาน ๆ เป็นต้น

9. ปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น ขาดการออกกำลังกาย น้ำหนักตัวน้อย ดัชนีมวลกายต่ำ ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เป็นต้น

ชนิดของการหกล้มในผู้สูงอายุ

การหกล้มในผู้สูงอายุที่พบได้บ่อย แบ่งได้ 2 ชนิด คือ การหกล้มในบ้าน และการหกล้มนอกบ้าน ดังต่อไปนี้ (Stone, 1991)

1. การหกล้มในบ้าน

การหกล้ม เป็นอุบัติเหตุที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ที่เกิดจาก การตกบันได ตกระเบียง ตกเก้าอี้ ตกเตียง ตกหลุม ตกท่อ การลื่นล้มในห้องน้ำ ยิ่งคนอายุมากตามอายุ คนอายุระหว่าง 65 – 74 ปี มีโอกาส หกล้มประมาณ ร้อยละ 25 ต่อปี การหกล้มในผู้สูงอายุพบได้บ่อยภายในบ้าน โดยเฉพาะบริเวณบันไดและในห้องน้ำทำให้กระดูกหักได้ซึ่งพบได้ คือ กระดูกสะโพกหัก

การหกล้มจากบริเวณบันได ส่วนใหญ่มักมีสาเหตุจากการลื่นล้ม ก้าวพลาด ลื่นไถล ขณะลงบันได บางคนมักจะถือสิ่งของจนไม่สามารถเกาะราวบันไดได้

1.1 การป้องกันการหกล้มขณะเดินลงบันได ควรปฏิบัติดังนี้

บันไดภายในบ้าน ควรมีราวสำหรับยึดเหนี่ยวจับที่มั่นคงทั้ง 2 ด้าน บันไดเดี่ยวควรเปลี่ยนเป็นทางลาด โดยเฉพาะบันไดที่ชัน ขอบบันไดแต่ละขั้น ควรมีอุปกรณ์กันลื่นไว้ควรใช้สีตัด

กันเห็นได้ชัด ตามชั้นบันไดอย่างวงโค้งของใด ๆ ไว้ ระวางสุนัข แมว หรือสัตว์เลี้ยงที่จะมานอนอยู่ตามชั้นบันได บริเวณบันไดควรมีแสงสว่างเพียงพอ ในการมองเห็นและแสงสว่างตามชั้นบันไดจะต้องไม่ให้มีแสงสะท้อน สวิตช์ไฟต้องอยู่ใกล้ ๆ มีสวิตช์ไฟส่วนบนสุดและส่วนล่างสุด เพื่อความสะดวกขณะขึ้นลงบันได ไม่ควรถือสิ่งของ หรือควรใช้มือน้อยข้างหนึ่งยึดเกาะราวบันได เวลาขึ้นลง และการจัดห้องนอนให้อยู่ล่างของบ้าน ผู้สูงอายุจะได้ไม่ต้องเดินขึ้นลงบันได บ่อย ๆ เพื่อความสะดวก ดังนั้นการหกล้มในห้องน้ำ มักเกิดจากสาเหตุใหญ่คือพื้นห้องน้ำลื่น หรือมีน้ำเปื้อกอยู่เกิดอาการหน้ามืด เป็นลม เนื่องจากลุกขึ้นจากการขับถ่าย

1.2 การป้องกันการหกล้มในห้องน้ำ ควรปฏิบัติดังนี้

ควรมีวัสดุหรืออุปกรณ์กันลื่น ในอ่างน้ำ หรือบนพื้นที่อาบน้ำ การใช้สบู่ ถ้าเป็นไปได้ควรผูกติดกับเชือกเพื่อป้องกันการทำสูญหกล้มมือและต้องก้มลงไปเก็บทำให้มีโอกาสหกล้มได้ง่าย การใช้ครีมอาบน้ำแบบมีหัวกดเพื่อความปลอดภัยและสะดวกต่อการใช้ ควรติดตั้งราวจับไว้ข้างผนังห้องน้ำ หรือข้างอ่างน้ำ สำหรับยึดเกาะได้ง่าย เมื่อเสียการทรงตัว ควรแยกห้องน้ำต่างหากจากห้องส้วมเพราะวันหนึ่งๆเราใช้ห้องอาบน้ำ 1-2 ครั้งเท่านั้นแต่ใช้ห้องส้วมบ่อยกว่าวันละหลายครั้ง ดังนั้นถ้าห้องอาบน้ำ และห้องส้วมอยู่ห้องเดียวกันจะทำให้พื้นเปียกและจากน้ำ และน้ำสบู่ทำให้ลื่นล้มได้ แต่ถ้าไม่สามารถแยกห้องอาบน้ำต่างหากจากห้องส้วมต้องคอยเช็ดพื้นห้องน้ำให้แห้งหลังอาบน้ำ และ การอาบน้ำ หากไม่จำเป็นไม่ควรลื้อคประตูห้องน้ำ เพราะถ้าเกิดหกล้มจะได้มีคนเข้าไปช่วยเหลือได้สะดวก

1.3 ข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุ หากเกิดการหกล้ม

การหกล้มในผู้สูงอายุ มักพบว่า ทำให้เกิดกระดูกหักได้ง่าย โดยเฉพาะกระดูกต้นขา กระดูกสะโพกและกระดูกข้อมือ อาการสำคัญที่บ่งบอกว่ามีกระดูกหัก เกิดขึ้น ก็คือมีอาการเจ็บปวด โดยเฉพาะเวลาเคลื่อนไหว ประกอบกับมีอาการบวมมาก หากเกิดขึ้นที่บริเวณแขนขา จะสังเกตเห็นได้ง่าย จากการมีรูปร่างผิดปกติไปจากเดิม ดังนั้นหากเกิดการหกล้มควรตั้งสติให้ดี สังเกตอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณที่ถูกกระแทกกับของแข็งลองเคลื่อนไหวดูส่วนต่าง ๆ หากมีอาการผิดปกติหรือเจ็บปวดมาก ควรร้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เพื่อทำการปฐมพยาบาล ควรรีบไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจวินิจฉัยต่อไป

2. การหลัดมนอกบ้าน

การหลัดมนอกบ้านส่วนใหญ่อะกิดจากการเดินบนท้องถนน เกิดได้จากการหลัดมนบนพื้น หรือถูกรวดยานพาหนะชนให้ลัด ขณะเดินข้ามถนนเนื่องจากสายตาไม่ดี หูไม่ได้ยินเสียงชัดเจน การตัดสินใจเชื่องช้าการหลบหลัดกรบนถนนแล้วทรงตัวไม่ดีลัดเอง

การป้องกันกรหลัดมนบนท้องถนนควรปฏิบัติดังนี้

1. การสวมรองเท้าควรเป็นรองเท้าหุ้มส้นใส่พอดีไม่หลวมจนเกินไป
2. การข้ามถนนควรข้ามตรงทางม้าลาย สะพานข้ามถนน หรือบริเวณสี่แยกไฟแดง ขณะหยุดรถและต้องแน่ใจว่า มีเวลาพอในการข้ามถนน โดยคำนึงถึงความเร็ว ในการเดินถ้าไม่แน่ใจควรขอร้องให้ผู้อื่นช่วยพาข้ามถนน
3. กรณีนถนนลื่นโดยเฉพาะฤดูฝน ต้องเดินด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ
4. การใช้ไม้เท้าในการช่วยเดินต้องให้แน่ใจว่าไม้เท้ามีความยาวที่พอดีเหมาะสม มียางกันลื่นที่ปลายไม้เท้า
5. ควรระมัดระวังการใช้ร่มในขณะที่เดินข้ามถนน ร่มอาจจะบังทำให้มองไม่เห็น เกิดการหลัดได้ จึงควรใช้ร่มที่สามารถมอดะลูปีกร่มได้จะปลอดภัยกว่า
6. การเดินข้ามถนนเวลากลางคืน ควรแต่งกายด้วยเสื้อผ้าสีขาว เพื่อคนขับจะได้มองเห็น ง่ายควรมีไฟฉายไว้ติดตัวเวลาออกไปในที่มืดตอนกลางคืน
7. การที่ผู้สูงอายุหึ่ง การข้ามถนนต้องระมัดระวังมากต้องอาศัยสายตาค้นช่วยดูควรข้ามถนนบริเวณทางม้าลาย หรือสะพานข้ามถนน บริเวณสี่แยกไฟแดงจะดีกว่า

ข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้ม

1. การดูแลสุขภาพอนามัย

ผู้สูงอายุควรดูแลสุขภาพร่างกาย จิตใจให้สมบูรณ์ แข็งแรงมีสมรรถภาพที่ดีด้วยหลัก

3 อ. คือ อาหาร อากาศ อนามัย ดังต่อไปนี้

1.1 อาหาร อาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งในชีวิตประจำวัน ที่ทำให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพดี ผู้สูงอายุต้องรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ โดยรับประทานอาหารประเภทแป้งให้น้อยลง หลีกเลี่ยงการกินน้ำตาลและขนมหวานเพราะจะทำให้อ้วนรวมถึงส่งผลให้เป็นโรคเบาหวาน ได้ง่าย ควรรับประทานอาหารจำพวกโปรตีน ที่มีคุณภาพที่ดีอย่างง่าย เช่น เนื้อปลาเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วต่าง ๆ นมพร่องมันเนย เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงอาหารจำพวกไขมันและน้ำมันจากสัตว์หรืออาหารที่ใส่กะทิ เพราะจะทำให้เกิดไขมันอุดตันในเส้นเลือด เส้นเลือดตีบ ควรรับประทานอาหารพวกที่มีธาตุเหล็ก และแคลเซียมเพิ่มขึ้น เพื่อป้องกันโรคโลหิตจางแล กระดูกบางโดยธาตุเหล็กจะมีในอาหารประเภท เนื้อสัตว์ ตับ ส่วนแคลเซียมมีมากในปลาป่นและผักใบเขียว นอกจากนี้ควรรับประทานผัก ผลไม้ เพื่อให้ได้รับวิตามิน และกากใยอาหารอย่างเพียงพอ ควรดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้วเพื่อให้ร่างกายสดชื่นป้องกันท้องผูก

1.2 การออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายที่เหมาะสม และ สม่ำเสมอ เพราะการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยส่งเสริมให้สุขภาพให้แข็งแรงลดการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้จึงมีผลทำให้หัวใจทำงานดีขึ้น ทำให้เลือดสูบฉีดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายมากขึ้น ภูมิคุ้มกันต้านทานโรคความจำดี ชะลอความแก่ให้ดูอ่อนกว่าวัย ช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้อ ข้อต่อต่างๆ แข็งแรง ทรงตัวได้ดีและมีความคล่องตัวมากขึ้น ช่วยควบคุมน้ำหนัก รักษาทรวดทรง ให้ดูดี ช่วยลดความเครียด ทำให้จิตใจแจ่มใส ช่วยให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ ทำให้ท้องไม่ผูก การออกกำลังกายที่เป็นประโยชน์มากในผู้สูงอายุ คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิคซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน 3-5 นาทีขึ้นไป เช่น การวิ่งเหยาะ ๆ การเดิน การขี่จักรยาน ว่ายน้ำ เป็นต้น ก่อนออกกำลังกายทุกครั้งจะต้องมีการอุ่นเครื่อง ประมาณ 5 นาที เพื่อให้ร่างกายเตรียมพร้อมที่จะออกกำลังกาย

ข้อควรระวังสำหรับผู้สูงอายุในการออกกำลังกายได้แก่

การมีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ควรปรึกษาแพทย์ ก่อนว่าสามารถออกกำลังกายได้หรือไม่ อย่างไรก็ตาม การออกกำลังกายไม่ควรหักโหมเกินไปหรือนานเกิน 40 นาทีต่อครั้ง เพราะอาจจะทำให้ร่างกายทรุดโทรมได้ การออกกำลังกายถ้าเกิดอาการผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ ตาพร่ามัวใจสั่น แน่นหน้าอก หรือเหนื่อยผิดปกติควรหยุดออกกำลังกายทันทีแล้วพักผ่อน ถ้าไม่ดีขึ้นควรรีบไปพบแพทย์ควรงดออกกำลังกายเมื่อมีอาการเป็นไข้ อ่อนเพลีย หรือ ไม่สบาย

1.3 อนามัย เป็นหลักการของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ได้แก่

การงดการบริโภคหรือเสพสารเสพติดต่าง ๆ เข้าสู่ร่างกาย เช่น สุรา หรือยาที่ไม่จำเป็น การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆของร่างกาย ที่อาจเป็นสาเหตุของการเกิดโรค การตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปีเพื่อตรวจหาอาการที่ผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ การตรวจรักษาความสะอาดของร่างกายเป็นประจำสม่ำเสมอ เช่น การอาบน้ำ การดูแลเล็บ ฟัน ปาก และฟัน เป็นต้น

2. การดูแลสิ่งแวดล้อม

การดูแลสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย เช่น การหกล้มภายในบ้านหรือที่พัก ควรจัดให้มีแสงสว่างเพียงพอ จัดวางสิ่งของให้เข้าที่เป็นระเบียบ เรียบร้อยไม่วางเกะกะขวางทางเดิน พื้นบ้านควรเป็นพื้นเรียบ ไม่ลื่นหรือถ้าปูพรม ควรแน่ใจว่าจะไม่ทำให้สะดุดหกล้มได้หากเป็นบ้านหลายชั้น บันไดควรมีราวสำหรับจับได้ง่าย เมื่อเสียการทรงตัวพื้นควรปูด้วยวัสดุที่ไม่ลื่นล้มได้ง่ายหรือมีแผ่นยางปูทับกันลื่นไว้สิ่งของหรือ เครื่องใช้ในบ้านควรเลือกให้เหมาะสมมีความแข็งแรงไม่ชำรุด เช่น เติ่งนอน โต๊ะ เก้าอี้ และเฟอร์นิเจอร์ต่าง ๆ เป็นต้น

3. การเปลี่ยนอิริยาบถ

การเปลี่ยนอิริยาบถจากการนั่งและการลุกจากเก้าอี้ การนั่ง การลุกจากพื้น การนอนพื้น การลุกนอนจากพื้น การนอนเตียง การลุกจากเตียง การยกของจากพื้น การวางของกับพื้น การขึ้นลงบันได การใช้ไม้เท้าช่วยเดิน การนั่งและการลุกจากเก้าอี้ได้ถูกวิธีจะช่วยป้องกันอันตรายจากการหกล้ม นอกจากนี้เก้าอี้ที่ถูกต้องลักษณะจะมีส่วนช่วยที่จะไม่ให้เกิดการหกล้มได้ ดังนั้นเก้าอี้ ควรมีพนักพิง

มีที่ปักแขนและความสูงพอเหมาะ โดยเท้าวางบนพื้นได้เต็มเท้า ก่อนนั่งเก้าอี้ ผู้สูงอายุควรได้มีการตรวจตราสังเกตก่อนที่จะนั่งเก้าอี้ว่ามีการชำรุดหรือไม่ โดยปฏิบัติดังต่อไปนี้

3.1 การนั่งและการลุกจากเก้าอี้ผู้สูงอายุควรปฏิบัติดังนี้

การนั่งเก้าอี้ ให้ย่อเข่าใช้มือสองข้างจับริมเก้าอี้หรือที่ปักแขน หย่อนก้นนั่งริมเก้าอี้แล้วเคลื่อนกันไปให้แผ่นหลังชิดพนักพิง สันหลังตรง วางแขนบนที่ปักหรืออยู่ท่าที่สบาย

การลุกจากเก้าอี้ ใช้มือทั้งสองข้างพยุงตัวแล้วเคลื่อนก้นมาที่ริมเก้าอี้ ยันตัวลุกขึ้นด้วยกำลังแขนและขา

3.2 การนั่งและการลุกจากพื้น ผู้สูงอายุควรปฏิบัติดังนี้

การนั่งพื้น ให้ย่อเข่าทั้งสองข้างหรือเข่าข้างที่ไม่ปวดลงไปก่อน ใช้มือทั้งสองข้างยันพื้นเพื่อพยุงตัวแล้วนั่งพับเพียบ

การลุกจากพื้น ใช้มือทั้งสองข้างพยุงตัวค่อยๆ ลุกขึ้นด้วยกำลังแขนขา

3.3 การนอนหรือลุกจากพื้นหรือเตียง ผู้สูงอายุควรปฏิบัติดังนี้

การนอนพื้น ให้ย่อเข่าลงกับพื้น ใช้มือสองข้างยันพื้น ลงนั่งที่นอน ใช้มือทั้งสองข้างพยุงตัวค่อยๆ ตะแคงตัวลงนอนพร้อมเหยียดขาออก

การลุกจากพื้น นอนในท่าตะแคง ใช้มือค่อยๆ พยุงตัวขึ้นพร้อมกับหุดขามืออยู่ในท่านั่งที่ถนัด ใช้มือพยุงตัวเลื่อนตัวมาริมที่นอน ใช้มือพยุงตัวลุกขึ้นด้วยกำลังขาทั้งสองข้าง

การนอนบนเตียง ให้ย่อตัวใช้มือจับที่นอน วางก้นนั่งริมที่นอน ห้อยเท้าลงข้างเตียง ใช้มือทั้งสองข้างพยุงตัวเลื่อนไปนั่งกลางที่นอน แล้วตะแคงตัวลงนอน ใช้มือค่อยๆ พยุงตัวพร้อมกับยกขาขึ้นในท่าตะแคงตัว แล้วจึงเปลี่ยนท่านอนในท่าที่สบาย

การลุกจากเตียงนอน ให้นอนในท่าตะแคง ใช้มือค่อย ๆ พยุงตัวขึ้น เลื่อนตัวมานั่งริมที่นอน ห้อยเท้าลงข้างเตียง ยันตัวลุกขึ้น โดยใช้กำลังแขนและขา

3.4 การยกของจากพื้นและการวางของบนพื้น ผู้สูงอายุควรปฏิบัติดังนี้

การยกของจากพื้นให้ยืนขาห่างกันเล็กน้อย ย่อเข่าสองข้างลงในลักษณะสันหลังตรง ยกของด้วยกำลังแขน แล้วลุกขึ้นโดยอาศัยกำลังขา แขน แขนบลำตัว

การวางของกับพื้น แขนที่ยกของแนบกับลำตัว ขาชิดห่างกันเล็กน้อย ย่อเข่าลงโดยที่หลังตรงวางของพื้น แล้วลุกขึ้นโดยอาศัยกำลังขา

3.5 การเดินขึ้นและลงบันได ผู้สูงอายุควรปฏิบัติดังนี้

การเดินขึ้นบันได ให้ยืนชิดราวบันไดข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้งสองจับราวบันได ก้าวเท้าข้างตรงข้าม กับราวบันไดที่จับขึ้นไปก่อนแล้วก้าวเท้าที่เหลือตามไปและใช้มือช่วยดึงลำตัวขึ้นบันได

การเดินลงบันได ให้ยืนชิดราวบันไดข้างใดข้างหนึ่ง ที่ถนัดหรือทั้งสองจับราวบันได แล้วก้าวเท้าข้างตรงข้ามกับราวบันไดที่จับขึ้นไปก่อน แล้วก้าวเท้าที่เหลือตามไปและใช้มือช่วยดึงลำตัวขึ้นบันได

3.6 การใช้ไม้เท้าช่วยเดิน ผู้สูงอายุควรปฏิบัติดังนี้

การเดิน ขณะเดินใช้สายตามองไปข้างหน้า ก้าวเท้าด้วยจังหวะสม่ำเสมอ การใช้ไม้เท้าช่วยเดินเพื่อช่วยรับน้ำหนัก โดยใช้มือข้างที่ถนัดหรือมือข้างที่เท้าอ่อนแรงจับไม้เท้า ปล่อยน้ำหนักตัวลงที่ไม้เท้า แล้วก้าวเท้าที่ตรงข้ามไม้เท้าไปพร้อมกับไม้เท้าไปก่อน โดยใช้ไม้เท้ารับน้ำหนักตัว แล้วจึงก้าวเท้าที่เหลือตามไปสลับกันไปเรื่อย ๆ

4. ข้อควรปฏิบัติอื่น ๆ

4.1 การมีคู่มือปฐมพยาบาล และชุดปฐมพยาบาลเบื้องต้นประจำบ้านไว้

4.2 การสวมใส่เสื้อผ้าที่พอเหมาะกับตัวไม่หลวม หรือรุ่มรัง เพราะอาจจะทำให้เกิดการสะดุดเกี่ยวหกล้มได้

4.3 การเลือกรองเท้าที่มีขนาดพอดีไม่คับหรือหลวมมากเกินไป ซึ่งอาจจะทำให้เกิดเสียการทรงตัวได้ พื้นรองเท้าควรเลือกชนิดที่เกาะพื้นได้ดี ไม่ทำให้ลื่นง่าย

4.4 การรับประทานยาที่มีผลต่อการทำงานของระบบต่างๆ เช่น ยาแก้ปวด ยากล่อมประสาท ยานอนหลับ ควรหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ทำให้เกิดการหกล้มได้ง่าย เช่น การขึ้นลงบันได การเดินข้ามถนนตามลำพัง เป็นต้น

4.5 การอยู่บ้านคนเดียวควรเดินสายกริ่งไว้ทุกห้องในบ้าน โดยเฉพาะห้องน้ำ การมีหมายเลขโทรศัพท์สำหรับเหตุฉุกเฉินไว้ให้ชัดเจน(สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548)

การดูแลสุขภาพอนามัยในด้านอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบ รวมถึงการปรับเปลี่ยนอิริยาบถเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมและช่วยป้องกันการหกล้มได้

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อที่จะทำความเข้าใจกับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเองของมนุษย์ในเรื่องของสุขภาพอนามัย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้จะคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล โดยที่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยการรักษา เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น บุคคลจะมีการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไปขึ้นกับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค วิธีการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรง ของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจ ค่านิยม และอื่น ๆ Hockblom Leevental และ Rosenstock เป็นบุคคลกลุ่มแรกที่ได้ทำการศึกษาและนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบายปัญหา

สาธารณสุข (Rosenstock *et al.*, 1974) ซึ่งแนวคิดในเรื่องแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีสถานะชีวิตของ Khak โดยนำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคล โดยเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม การที่บุคคลจะเข้าใกล้หรือปฏิบัติสิ่งที่ตนพึงพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีแก่ตนเองจะหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่ตนไม่ชอบหรือไม่พึงปรารถนาการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพใด ๆ นั้นจะต้องประกอบด้วยสิ่งต่อไปนี้

1. แรงจูงใจที่จะหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยหรือวิธีทำให้สบายใจขึ้น
2. ความต้องการมีสุขภาพดี
3. มีความเชื่อว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆจะป้องกันความเจ็บป่วยหรือรักษาโรคได้

ในระยะเริ่มแรก Rosenstock (1974) ได้สรุปถึงองค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพคือการรับรู้และความคาดหวังของบุคคลโดยกล่าวว่าคนที่บุคคลใดๆ มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเป็นโรคนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. โรคนั้นมีความรุนแรงต่อชีวิตพอสมควร
3. การปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะให้ผลดีในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อโรค หรือ ช่วยลดความรุนแรงของโรคต้องไม่มีอุปสรรคที่จะเข้ามามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด และความอาย เป็นต้น (Rosenstock, 1974)

Becker (1975) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคของบุคคล โดยเพิ่มปัจจัยอื่น ๆ อีกคือ แรงจูงใจ (Motivation) และ ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความถูกต้องในการวินิจฉัยโรคของแพทย์ ความรู้สึกรู้สีกของบุคคลต่อการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ การคาดคะเนถึงโอกาสเกิดโรคซ้ำ รายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความ เชื่อ

ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Seriousness or Severity) หมายถึง ความเชื่อของผู้ป่วยที่เป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิตมีความลำบากใช้เวลาในการรักษาเกิดโรคแทรกซ้อนหรือผลกระทบที่มีต่อบทบาททางสังคม ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคซ้ำแต่ไม่มีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยนั้นจะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือมีผลกระทบต่อฐานะบทบาททางสังคมของตนเองแล้วผู้ป่วยก็จะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่แต่ถ้าบุคคลมีความเชื่อ และความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของโรคอย่างมากก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อยทำให้ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้

3. การรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ (Perceived Benefits of Taking Action) หมายถึง เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะป่วยซ้ำและรับรู้ว่าเป็นโรคนั้นมีความรุนแรงมากพอที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือมีผลเสียโดยทางอ้อมแล้ว ก็จะแสวงหาวิธีการปฏิบัติรักษาให้หายจากโรคแต่ในการที่ผู้ป่วยจะยอมรับหรือปฏิบัติสิ่งใดนั้นจะต้องเป็นผลมาจากการมีความเชื่อว่าการปฏิบัติดังกล่าวเป็นการกระทำที่ดีก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่สุดที่จะทำให้หายจากโรคนั้น ๆ แต่ในกรณีที่การปฏิบัติดังกล่าวมีอุปสรรค เช่น ความไม่สะดวกความอาย ฯลฯ การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็จะขึ้นกับการเปรียบเทียบ ถึงข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้นๆ โดยจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ดีก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4. การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers to Taking Action) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ค่าใช้จ่าย หรือ ผลตรวจพิเศษบางอย่าง ทำให้เกิดความเจ็บปวดไม่สบายหรือปฏิบัติขัดกับอาชีพ หรือ การดำเนินชีวิตประจำวันเกิดความขัดแย้งหลีกเลี่ยงพฤติกรรมอนามัย บุคคลจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับ กับอุปสรรค ที่เกิดขึ้นก่อนตัดสินใจดังนั้นการรับรู้อุปสรรค จึงเป็นเรื่องสำคัญต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคและใช้ทำนายพฤติกรรมในการให้ความร่วมมือ

5. การรับรู้แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยที่มีสาเหตุมาจากการกระตุ้นจากสิ่งเร้าที่จะมีส่วนช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ สิ่งเร้าที่เป็นตัวกระตุ้นอาจเป็นสิ่งเร้าภายในตัวบุคคลเอง เช่น ความสนใจต่อสุขภาพทั่วไปหรือ สิ่งเร้าจาก

ภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น โดยทั่วไปการประเมินแรงจูงใจของผู้ป่วยสามารถวัดได้จากความตั้งใจของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านพฤติกรรมสังคม ฯลฯ จากการศึกษาวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลในการทำนายพฤติกรรมได้อย่างสม่ำเสมอได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ เช่น ความเป็นกันเองการยอมรับและเข้าใจในตัวผู้ป่วยถ้าความสัมพันธ์นั้นเป็นไปตามที่ผู้ป่วยคาดหวัง ก็ก่อให้เกิดความพอใจในบริการของเจ้าหน้าที่นำไปสู่การปฏิบัติ ที่ถูกต้องได้

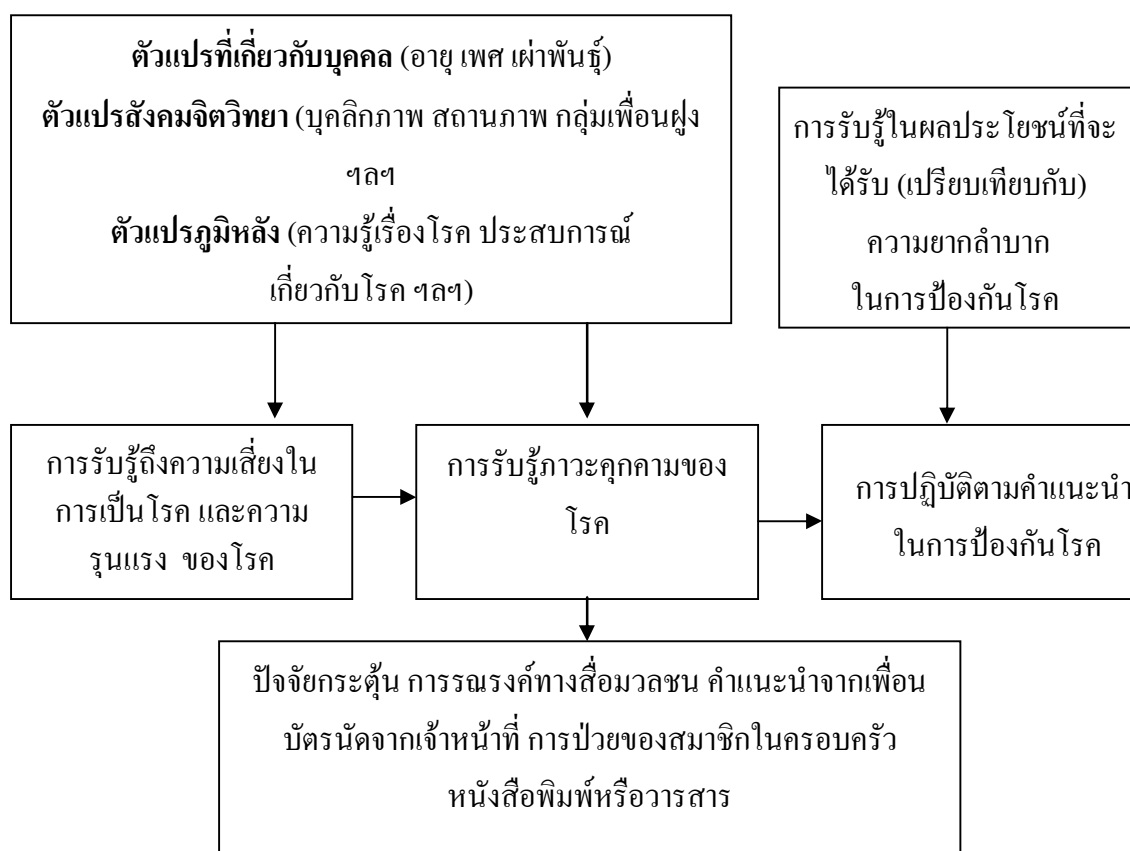
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนำมาใช้ทำนาย และอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ได้

3 รูปแบบ คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior)
2. พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior)
3. พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Sick Role Behavior)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (The Health Belief Model and Preventive Health Behavior)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้เป็นพื้นฐานในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ Kasl and Cobb ได้อธิบายถึงพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง พฤติกรรมใดๆ ที่บุคคลกระทำโดย มีความเชื่อว่าจะทำให้มีสุขภาพแข็งแรง เพื่อเป็นการป้องกันโรค หรือค้นหาโรค ซึ่งจะแตกต่างกับพฤติกรรมการเจ็บป่วยที่หมายถึงการกระทำใดๆ ของบุคคลที่รู้ว่าตนเองเจ็บป่วย เพื่อที่จะประเมินสุขภาพของตน ค้นหาวิธีการแก้ไขให้หายจากอาการเจ็บป่วยนั้น ส่วนพฤติกรรมของผู้ป่วยหมายถึง การกระทำของบุคคลที่จะทำให้หายจากการเจ็บป่วยโดยที่รู้ว่าตนเองป่วย ต่อมา Becker *et al.* (1977) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบาย และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยเพิ่มปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่า มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคจนเป็นที่รู้จักและยอมรับของบุคคลทั่วไป ดังแสดงในภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ” ใช้ทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค

ที่มา: Becker and Maiman (1974)

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้

ความหมายของความรู้

Bloom *et al.* (1971 อ้างใน สราวุธ, 2543) กล่าวว่า ความรู้เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการ ระลึกถึง สิ่งเฉพาะเรื่อง ระลึกถึงวิธีขบวนการต่างๆ หรือระลึกถึงแบบโครงสร้าง วัตถุประสงค์ในด้านความ รู้ นั้น เน้นในเรื่องขบวนการทางจิตวิทยาของความจำเป็น ขบวนการเชื่อมโยงเกี่ยวกับการจัดระเบียบใหม่

Dictionary of Education (1973) ได้ให้ความหมายว่า ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง (Fact) ความจริง (Truth) กฎเกณฑ์และข้อมูลต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับและรวบรวมสะสมไว้จากมวลประสบการณ์ ต่างๆ

The Lexicon Webster Dictionary Encyclopedia Edition (1977) ได้ให้ความหมายว่า ความรู้ หมายถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และโครงสร้างที่เกิดขึ้นจากการศึกษา หรือการค้นหา หรือเป็นความรู้ที่เกี่ยวกับสถานที่ สิ่งของ หรือบุคคล ซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์ หรือจากรายงาน การรับรู้ข้อเท็จจริงเหล่านี้ ต้องชัดเจนและต้องอาศัยเวลา

ธวัชชัย (2535) กล่าวว่า ความรู้ หมายถึง การเรียนรู้ที่เน้นถึงความจำและการระลึกได้ที่มีต่อความคิด วัตถุและปรากฏการณ์ต่างๆ เป็นความจำที่เริ่มจากสิ่งง่ายๆ ที่เป็นอิสระแก่กัน ไปจนถึงความจำในสิ่งที่ยุ่งยาก ซับซ้อน และมีความสัมพันธ์ต่อกัน

สรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง ความทรงจำของมวลประสบการณ์ต่างๆ ที่มนุษย์ได้รับจากการเรียนรู้ สังเกต ศึกษา ค้นหา เป็นต้น โดยผ่านระบบประสาทสัมผัสของร่างกายมนุษย์ แล้วเก็บรวบรวมสะสมไว้ที่สมองในรูปของ ข้อเท็จจริง (Fact) ความจริง (Truth) กฎเกณฑ์และข้อมูลต่างๆ

ประเภทของความรู้

Bloom *et al.* (1971 อ้างใน สราวุธ, 2543) ได้จำแนกความรู้ออกเป็น 3 ขั้นตอน โดยเรียงจากที่ซับซ้อนน้อยที่สุดไปหาที่ซับซ้อนมากที่สุด

1. ความรู้เฉพาะสิ่ง (Knowledge Specifics) คือ ระลึกสิ่งเฉพาะและชิ้นส่วนของสารที่อยู่โดดเดี่ยว การเน้นอยู่ที่สัญลักษณ์ที่มีความหมายเชิงรูปธรรมเรื่องนี้ จัดอยู่ในระดับต่ำสุดของความเป็นนามธรรม ซึ่งอาจได้รับการคิดว่าเป็นหน่วยของสิ่งที่ซับซ้อนและเป็นนามธรรมของความรู้ที่สร้างขึ้น ได้แก่

1.1 ความรู้เกี่ยวกับคำเฉพาะ (Knowledge of Terminology) เป็นความรู้ในเรื่องสัญลักษณ์จำเพาะบางอย่าง (ทั้งภาษาและไม่ใช้ภาษา) รวมทั้งความรู้ทางสัญลักษณ์ที่ยอมรับกันแล้วความรู้เกี่ยวกับสัญลักษณ์ประเภทต่างๆ ซึ่งอาจเคยใช้เพียงครั้งเดียว หรือความรู้ในเรื่องที่เหมาะสมกับการใช้ประโยชน์ของสัญลักษณ์นั้นๆ

1.2 ความรู้ในข้อเท็จจริง (Knowledge of Specific Facts) เป็นความรู้เรื่อง วันที่ เหตุการณ์ บุคคล สถานที่ ฯลฯ ซึ่งอาจรวมสาระที่ถูกต้องและเฉพาะเจาะจง เช่น วันที่แน่นอน หรือปรากฏการณ์

ที่มากหรือน้อยอย่างชัดเจนอาจรวมสาระเชิงปริมาณ เช่น ช่วงเวลาโดยประมาณ หรือลำดับความ
 มากน้อยโดยทั่วไปของปรากฏการณ์

2. ความรู้เรื่องวิถีและวิธีการจัดการกระทำกับสิ่งเฉพาะ (Knowledge of Way and Dealing with Specifics) คือ ความรู้ในเรื่องวิถีทางในการจัดระเบียบในการศึกษา ในการตัดสินใจ และในการ
 วิพากวิจารณ์ รวมทั้ง วิธีค้นคว้า ลำดับผลที่ได้ตามเวลาในปฏิทิน มาตรฐานของการตัดสินใจในแต่ละ
 สาขา รูปแบบของการจัดระเบียบตามสาขาที่กำหนดและการดำเนินการ ความรู้นี้จัดอยู่ในระดับกลาง
 ของความเป็นนามธรรมอยู่ระหว่างความรู้เฉพาะสิ่งกับความรู้ทั่วไป ไม่ต้องให้นักเรียนทำกิจกรรม
 ที่ต้องอาศัยเนื้อหา แต่ต้องการให้นักเรียนเกิดความสำนึกอย่างเจียบๆ ได้แก่

2.1 ความรู้แบบแผนนิยม (Knowledge of Cownter) เป็นความรู้ในเรื่องลักษณะของ
 วิถีทางในการจัดการกระทำ และการนำเสนอความคิดและปรากฏการณ์เพื่อการสื่อความหมายและ
 ความสอดคล้อง ผู้ทำงานในสาขาใช้ประโยชน์แบบฉบับการปฏิบัติมีรูปแบบที่เหมาะสมที่สุด

2.2 ความรู้เรื่องแนวโน้มและลำดับเหตุการณ์ (Knowledge of Trends and Sequence)
 เป็นความรู้เรื่อง กระบวนการ ทิศทาง และการเคลื่อนที่ของปรากฏการณ์ที่เกี่ยวกับเวลา

2.3 ความรู้เรื่องการจัดจำพวกและประเภท (Knowledge of Classification and Categories)
 เป็นความรู้เรื่องชั้นต่างๆ ชุดส่วนและการจัดเรียบเรียง ซึ่งถือว่าเป็นพื้นฐานของสาขาวิชาที่กำหนด
 จุดมุ่งหมายของการโต้แย้งหรือของปัญหาที่ให้มา

2.4 ความรู้เรื่องเกณฑ์ (Knowledge of Criteria) เป็นความรู้เรื่องเกณฑ์ตามข้อเท็จจริง
 หลักการ ความคิดเห็นและพฤติกรรมที่ได้รับการทดสอบหรือได้รับการตัดสินใจ

2.5 ความรู้เรื่องระเบียบวิธี (Knowledge of Methodology) เป็นความรู้เรื่องวิธีการ
 สอบสวน เทคนิค กระบวนการที่ใช้ในบางสาขาใช้สอบสวนปัญหาและปรากฏการณ์บางอย่าง การ
 เน้นความรู้ ของแต่ละบุคคลในเรื่องวิธีการมากกว่าความสามารถในการใช้วิธีการ

3. ความรู้เรื่องสากลและนามธรรมในสาขาต่างๆ (Knowledge of Universal and Abstraction in
 a Field) คือ ความรู้เรื่องแผนและรูปแบบที่สำคัญๆ ที่ปรากฏการณ์ความคิดได้จัดรวบรวมไว้ โครงสร้าง

ทฤษฎี และข้อสรุปจำนวนมากที่มีอิทธิพลต่อสาขาวิชา หรือซึ่งนำมาใช้ศึกษาปรากฏการณ์หรือแก้ปัญหาในระดับนี้จัดเป็นระดับที่สูงสุดของความเป็นนามธรรมมีความซับซ้อน ได้แก่

3.1 ความรู้เรื่องหลักเกณฑ์และข้อสรุปทั่วไป (Knowledge of Principle and Generalization) เป็นความรู้เรื่องนามธรรมบางอย่าง ซึ่งสรุปข้อสังเกตปรากฏการณ์ที่เป็นนามธรรมซึ่งมีคุณค่าในการอธิบาย ทำนาย หรือกำหนดการกระทำหรือทิศทางที่เหมาะสม และสอดคล้องที่สุดเท่าที่กระทำได้

3.2 ความรู้เรื่องทฤษฎีและโครงสร้าง (Knowledge of Theories and Structures) เป็นความรู้เรื่องตัวหลักการและข้อสรุปทั่วไปรวมทั้งความสัมพันธ์ของมันซึ่งแสดงให้เห็นภาพพจน์ของ เหตุการณ์ ปัญหา หรือสาขาที่ซับซ้อนได้อย่างชัดเจนครอบคลุมเป็นระบบซึ่งเป็นเรื่องที่เป็นนามธรรมมากที่สุดได้รับการนำมาใช้แสดงความสัมพันธ์ การจัดระเบียบของ สิ่งจำเพาะต่างๆ จำนวนมาก

ระดับความรู้

Bloom *et al.* (1971) ได้ทำการแบ่งระดับของความรู้ (เป็นพฤติกรรมกลุ่มพุทธิพิสัย) ออกเป็น 6 ระดับ โดยเรียงจากพฤติกรรมชั้นง่ายไปสู่ชั้นยาก ดังนี้

1. ความรู้ ความจำ (Knowledge) เป็นความสามารถทางสมองในอันที่จะทรงไว้หรือรักษาไว้ซึ่งเรื่องราวต่างๆ ที่บุคคลได้รับรู้เข้าใจในสมอง การวัดว่าบุคคลมีความสามารถในการจำเรื่องราวต่างๆ ได้มากน้อยเพียงไรนั้น ให้ดูตรงที่บุคคลนั้นสามารถเลือกได้ซึ่งสิ่งที่จะจำไว้ได้เพียงใด

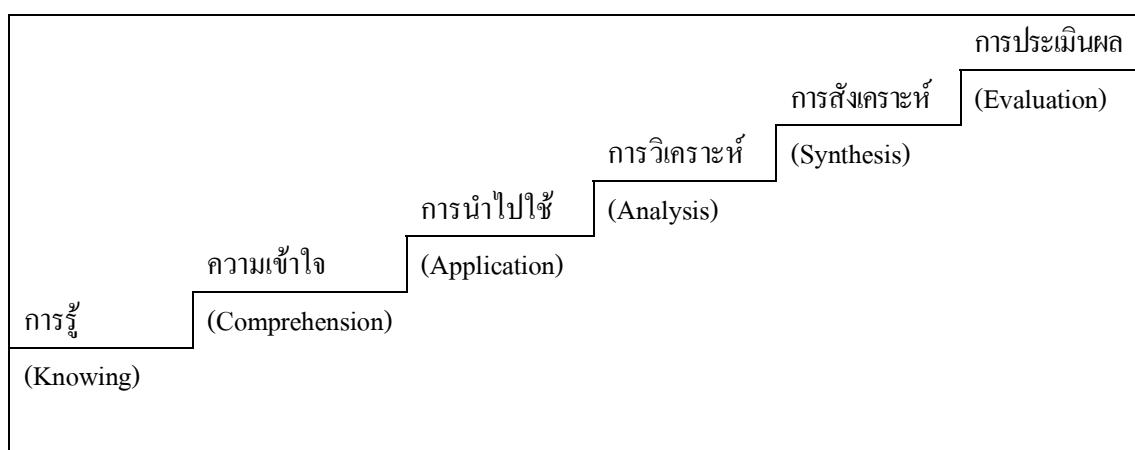
2. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นความสามารถในการสื่อความหมายทั้งให้ผู้อ่านรู้เจตนาของตนเอง และตนเองรู้ความหมายความปรารถนาของผู้อื่น

3. การนำไปใช้ (Application) เป็นความสามารถในการนำความรู้ ความจำและความเข้าใจไปใช้ในการแก้ปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นอย่างได้ผล ความสามารถในการนำไปใช้ ไม่ได้หมายความว่า การได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นเรื่องราวหรือเหตุการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้น แต่เป็นความสามารถในการนำสิ่งที่ได้จากการเรียนการสอนไปแก้ไขสถานการณ์ให้สำเร็จลุล่วงได้

4. การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นความสามารถในการพิจารณาเรื่องราวใดๆ ออกเป็นส่วนย่อยๆ

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการประกอบส่วนย่อยๆ ให้เข้ากันได้เป็นเรื่องราว เป็นความสามารถในการพิจารณาเรื่องราวในหลายๆ ลักษณะแล้วนำมาจัดระบบโครงสร้างเสียใหม่ ให้เกิดสิ่งใหม่ซึ่งมีประสิทธิภาพดีกว่าเดิม

6. การประเมินค่า (Evaluation) เป็นความสามารถในการตัดสิน ตีราคา โดยอาศัยหลักเกณฑ์ และมาตรฐานที่วางไว้



ภาพที่ 2 แสดงระดับของความรู้ 6 ระดับ โดยเรียงจากพฤติกรรมขั้นต้นไปสู่ขั้นสูงกว่า
ที่มา: Bloom *et al* (1971)

การวัดความรู้

Bloom *et al.* (1971) ได้แบ่งระดับความรู้ออกเป็น 6 ระดับ ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจการนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผลซึ่งในแต่ละระดับสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ความรู้ เป็นความสามารถทางสมองในอันที่จะทรงไว้หรือรักษาไว้ ซึ่งเรื่องราวต่างๆ ที่บุคคลได้รับรู้เข้าใจในสมอง การวัดว่าบุคคลใดมีความสามารถในการจำเรื่องราวต่างๆ ได้มากน้อยเพียงใดนั้น วัดได้จากความสามารถในการระลึกออกของบุคคลนั้น แบ่งเป็น

1.1 ความรู้ในเนื้อเรื่อง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับศัพท์ นิยาม ความรู้เกี่ยวกับกฎและความจริง

1.2 ความรู้ในวิธีดำเนินการ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับระเบียบแบบแผน ความรู้เกี่ยวกับ
แนวโน้มและลำดับ ความรู้เกี่ยวกับการจำแนกประเภท ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์ ความรู้เกี่ยวกับวิธีการ

1.3 ความรู้รวบยอดในเรื่อง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับหลักวิชาการการสรุปครอบคลุม
ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีและโครงสร้าง

2. ความเข้าใจ เป็นความสามารถในการจับใจความของท้องเรื่อง อันได้แก่ การแปลความ
การตีความและขยายความในเรื่องนั้น ผู้ที่มีความเข้าใจจะต้องรู้ความหมายรายละเอียดย่อยๆ ของ
เรื่องนั้น รู้ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ย่อยๆ เหล่านั้น สามารถอธิบายสิ่งนั้นด้วยภาษาตนเองได้
พฤติกรรมนี้จำแนกได้ 3 ข้อ ดังนี้

2.1 การแปลความ เป็นความสามารถในการบอกความหมายตามนัยของเรื่องราวหรือ
ปรากฏการณ์นั้น

2.2 การตีความ เป็นการถอดความหมายจากหลายๆ ความหมายตามนัยของเรื่องราว
ที่ปรากฏการณ์นั้นเป็นอย่างไร

2.3 การขยายความ เป็นการคาดคะเนหรือพยากรณ์ไปสู่กาลข้างหน้าหรือถอยหลัง
โดยอาศัยข้อเท็จจริงที่เป็นอยู่

3. การนำไปใช้ เป็นความสามารถในการนำความรู้ ทฤษฎี หลักการ ข้อเท็จจริง ฯลฯ
ไปแก้ปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้น ความสามารถในการนำไปใช้เป็นการแก้ปัญหาซึ่งเป็นเรื่องราวหรือ
เหตุการณ์ใหม่ๆ ที่เกิดขึ้น สามารถนำสิ่งที่เคยประสบการณ์ไปแก้ปัญหานั้นๆ ได้สำเร็จ

4. การวิเคราะห์ เป็นความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวใดๆ ออกเป็นส่วนย่อยๆ ว่าสิ่ง
เหล่านั้นประกอบกันอยู่เช่นไร แต่ละอันคืออะไร มีความเกี่ยวพันกันอย่างไร ความสำคัญมากน้อย
พฤติกรรมนี้จะจำแนกได้เป็น 3 ข้อ คือ

4.1 การวิเคราะห์ความสำคัญ เป็นความสามารถในการหาส่วนประกอบที่สำคัญของ
เรื่องราวหรือปรากฏการณ์ต่างๆ เรียกได้ว่าเป็นการแยกแยะหาหัวใจของเรื่อง

4.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เป็นความสามารถในการหาความสัมพันธ์ของส่วนต่างๆ

4.3 การวิเคราะห์หลักการ เป็นความสามารถในการหาหลักของความสัมพันธ์ของส่วนสำคัญในเรื่องราว หรือปรากฏการณ์นั้นๆ ว่าสัมพันธ์กันอยู่โดยอาศัยหลักการใด

5. การสังเคราะห์ เป็นความสามารถในการประกอบส่วนย่อยๆ ให้เข้ากันได้อย่างเป็นเรื่องราว โดยการจัดระบบโครงสร้างเสียใหม่ให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นพฤติกรรมนี้แยกได้เป็น 3 ข้อ คือ

5.1 การสังเคราะห์ข้อความ เป็นความสามารถในการเรียบเรียงถ้อยคำให้ผู้ฟัง เป็นเรื่องราวใดเรื่องราวหนึ่งได้อย่างเป็นเรื่องเป็นราว ซึ่งการผูกเรื่องราวนั้นต้องอาศัยข้อมูลหลายอย่างมาสนับสนุน ทั้งยังอาจยกตัวอย่างประกอบ ใส่ความคิดเห็นส่วนตัว ฯลฯ เพื่อช่วยให้ข้อความที่เขียนกระชับ ชัด ได้ความหมายตามต้องการ

5.2 การสังเคราะห์แผน เป็นความสามารถในการสร้างโครงการหรือแผนงานในด้านต่างๆ โดยนำข้อมูลเรื่องราว ฯลฯ ที่กำหนดให้มาหาวิธีว่าจะทำอย่างไรจึงจะทำให้เรื่องที่ต้องอาศัยข้อมูลเหล่านี้สามารถดำเนินการไปสู่เป้าหมายได้สำเร็จ

5.3 การสังเคราะห์ความสัมพันธ์ เป็นความสามารถในการจัดระบบของข้อเท็จจริง หรือส่วนประกอบเสียใหม่ ให้สำเร็จเป็นขั้นเป็นอันให้ได้ประโยชน์หรือประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าเดิม

6. การประเมินค่า เป็นความสามารถในการตัดสินใจ ตีราคา โดยอาศัยเกณฑ์ (Criteria) และมาตรฐาน (Standard) ที่วางไว้ พฤติกรรมประเมินค่าสามารถจำแนกได้เป็น 2 ข้อ คือ

6.1 ประเมินโดยอาศัยข้อเท็จจริงภายใน เป็นการวินิจฉัยตีราคา ตามลักษณะข้อเท็จจริงที่เป็นเนื้อหาของสิ่งนั้นๆ

6.2 ประเมินโดยอาศัยเกณฑ์ภายนอก เป็นการวินิจฉัยหรือตีราคา โดยการเปรียบเทียบกับเกณฑ์ภายนอก

การที่จะวัดความรู้ในแต่ละระดับนั้น จำเป็นที่จะต้องใช้เครื่องมือในการวัดที่แตกต่างกันเพื่อให้การวัดมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากที่สุด ดังนั้นเครื่องมือที่ใช้วัดความรู้จึงมีรูปแบบหลากหลาย แต่รูปแบบที่นิยมใช้กันมากที่สุด คือ การวัดความรู้โดยใช้แบบทดสอบ (Test) ซึ่งเป็นชุดข้อคำถาม (Items) ที่สร้างขึ้นเพื่อเร้าหรือชักนำให้กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ตอบ ตอบสนองออกมา อาจจะอยู่ในรูปการเขียนตอบ การพูด การปฏิบัติ ที่สามารถสังเกตและวัดให้เป็นปริมาณได้

จากแนวคิดดังกล่าว สามารถใช้ในการวัดระดับความรู้ในเรื่องต่างๆ ได้โดยเฉพาะการวัดความรู้เรื่องการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้ทราบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิงโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุริย์พร (2534) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชุมชนย่อยเขตเทศบาลเมืองนครปฐม โดยศึกษาในผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 260 คน ทำการสัมภาษณ์การเกิดอุบัติเหตุในบ้านพบว่า มีผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุในบ้านรายบุคคลเท่ากับร้อยละ 46.15 รายครั้งเท่ากับร้อยละ 55.77 ชนิดของอุบัติเหตุที่มีอุบัติการณ์สูงสุด และรองลงมาได้แก่ การพลัดตกหกล้ม มีบาดแผล ไฟไหม้ และน้ำร้อนลวก เท่ากับร้อยละ 42.70, 11.92 และ 1.15 ตามลำดับ อุบัติการณ์ของอุบัติเหตุที่บ้านที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่การเข้าห้องน้ำและห้องส้วม ร้อยละ 18.08 ผลของการเกิดอุบัติเหตุเป็นแผลฟกช้ำร้อยละ 32.31 ความรุนแรงของการบาดเจ็บระดับเล็กน้อย ร้อยละ 43.47 มักจะพบว่าเกิดอุบัติเหตุในเวลากลางวัน มากกว่ากลางคืน ในด้านของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต และ สัมพันธภาพในครอบครัว ส่วนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จะไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เกศินี (2537) ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุที่บ้านของผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร โดยศึกษาในผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 270 คน พบว่า เกิดอุบัติเหตุ 133 คน รวม 176 ครั้ง คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์รายคนร้อยละ 49.3 รายครั้งร้อยละ 65.2 ชนิดของอุบัติเหตุพบว่า การถูกของมีคม มีอัตราอุบัติการณ์สูงสุด 25.9 ครั้งต่อร้อยคน รองลงมาได้แก่การพลัดตกหกล้ม การชนกระแทก ไฟไหม้น้ำร้อนลวก และอื่นๆ ร้อยละ 17.0 , 16.7 , 2.6 และ 2.96 ครั้งต่อร้อยคนตามลำดับ กิจกรรมขณะเกิดอุบัติเหตุที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ การทำงานบ้าน (24.1 ครั้งต่อ

ร้อยละ 12.2) เกิดในเวลากลางวันมากที่สุด (25.9 ครั้งต่อร้อยละ) และเกิดบริเวณห้องครัวมากที่สุด (20.7 ครั้งต่อร้อยละ) ในด้านปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุที่บ้านของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ สุขภาพทางกาย ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน กล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคเบาหวาน การใช้ยานอนหลับ และสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดหรือไม่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ การมองเห็น รองลงมา ได้แก่ เพศ โรคเบาหวาน ส่วนสถานภาพสมรส โรคของกระดูกและข้อ ความพิการ อาการเวียนศีรษะ อาการชาตามปลายมือ ปลายเท้า อาการง่วงนอนในเวลากลางวัน การนอนไม่หลับในเวลากลางคืน โรคความดันโลหิตสูง อื่นๆ (หัวใจ หอบหืด และ เรื้อน) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การใช้เวลาวางนอนไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

รัชวัลย์ (2538) ศึกษาเปรียบเทียบบทบาทของครอบครัวในการป้องกันอุบัติเหตุ ภายในบ้านสำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการที่โรงพยาบาลรัฐบาล และเอกชน ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลปากเกร็ดและโรงพยาบาลปากเกร็ดเวชการ ศึกษาสมาชิกครอบครัวของผู้สูงอายุที่มารับบริการ โรงพยาบาลปากเกร็ดและโรงพยาบาลปากเกร็ดเวชการ แห่งละ 100 ราย พบว่าผู้สูงอายุได้รับอุบัติเหตุภายในบ้าน 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุทั้งหมด โดยพบเลื้อนหกล้มมากที่สุด รองลงมาพบของมีคมบาด ตกบันได ตกเตียงและเดินชนของ บทบาทของครอบครัวในการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งที่มารับบริการ โรงพยาบาลปากเกร็ดและโรงพยาบาลปากเกร็ดเวชการ โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง บทบาทของครอบครัวในการป้องกันอุบัติเหตุที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุในระดับดีมาก พบในเรื่องเกี่ยวกับแสงสว่างภายในบ้าน การจัดสภาพบ้านให้ปลอดภัยจากสัตว์มีพิษและการป้องกันอุบัติเหตุจากของมีคม ในระดับปานกลาง พบในเรื่องของการป้องกันการตกเตียง เดินชนของแข็ง การได้รับอันตรายจากแก๊สรั่ว การรับประทานยาผิด อันตรายจากไฟฟ้า การสะดุดล้มหกล้ม การป้องกัน น้ำร้อนลวกในระดับน้อย พบในเรื่องการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการหกล้มในห้องน้ำ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านสำหรับผู้สูงอายุของครอบครัว ได้แก่ รายได้ การศึกษา ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว กับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ลักษณะของครอบครัวผู้สูงอายุที่แตกต่างกันในเรื่อง เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุไม่มีผลต่อการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านสำหรับผู้สูงอายุลักษณะของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันในเรื่อง อายุ สถานภาพสมรส รายได้ของผู้สูงอายุ การช่วยเหลือตัวเอง โรคประจำตัว สถานภาพทางจิตใจ และการได้รับอุบัติเหตุในบ้าน ไม่มีผลต่อการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านสำหรับผู้สูงอายุ

สุปราณี (2540) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุใน จังหวัดราชบุรี โดยศึกษาในผู้สูงอายุตั้งแต่ อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 320 คน ศึกษาไปข้างหน้าเป็น เวลา 3 เดือน พบว่า เกิดอุบัติเหตุ 134 คน รวม 178 ครั้ง คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ร้อยละ 49.1 (รายคน) ร้อยละ 55.6 (รายครั้ง) การถูกของมีคมมีอัตราอุบัติการณ์มากที่สุดคือ 21.25 ครั้งต่อ ร้อยคน รองลงมาคือ การพลัดตกหกล้ม 18.21 ครั้งต่อร้อยละคน กิจกรรมขณะเกิดอุบัติเหตุพบมากที่สุดคือ การทำงานบ้าน รองลงมาคือการเดิน มีอัตราอุบัติการณ์ 12.19 และ 11.25 ครั้งต่อร้อยละคน ตามลำดับ เวลาที่เกิดอุบัติเหตุพบในกลางวันมากที่สุด และมักเกิดอุบัติเหตุบริเวณใต้ถุนบ้าน และบริเวณ รอบบ้าน ในด้านปัจจัยด้านบุคคลที่มีความสัมพันธ์ กับการเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ ภาวะสุขภาพกาย (ซึ่งประกอบด้วย โรคเบาหวาน ปัญหาเกี่ยวกับสายตา โรคต่อกระดูก โรคไตอหิว การใช้นานอน หลับ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไขมันในเลือดสูง โรคชามือ ชาเท้า การปฏิบัติกิจวัตร ประจำวัน และสุขภาพจิต พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุมากเป็นอันดับ 1 คือ ภาวะสุขภาพ กาย โดยเฉพาะการใช้นานอนหลับ รองลงมาได้แก่ กิจกรรมประจำวัน และสุขภาพจิต พบว่าปัจจัยที่มี ผลต่อการเกิดอุบัติเหตุมากเป็นอันดับ 1 คือ ภาวะสุขภาพกายโดยเฉพาะการใช้นานอนหลับ รองลงมา ได้แก่ กิจกรรมประจำวัน และสุขภาพจิต

นาริรัตน์ (2541) ศึกษาสภาพแวดล้อมในบ้านที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหกล้มในผู้สูงอายุ โดยศึกษาในผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 60 ปี ขึ้นไป ในชมรมผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร 9 แห่ง จำนวน 417 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวร้อยละ 84.2 โดยเป็นโรคข้อ และโรคกระดูกร้อยละ 37.6 รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.5 มีปัญหาจิตใจร้อยละ 46.5 มีปัญหาการทรงตัว 44.6 กลุ่มตัวอย่างเกิดอุบัติเหตุหกล้มร้อยละ 54.9 โดยพบว่าการหกล้มเกิดขึ้นขณะเดินในบ้าน ขณะเข้า ออกห้องน้ำ และตกบันได ร้อยละ 21.3 , 10.2 และ 7.4 ตามลำดับ ส่วนอาการที่เกิดขึ้นขณะที่หกล้ม ที่พบบ่อยคือ ขาอ่อนแรง สะดุด และมึนงง เวียนศีรษะร้อยละ 15.3 , 11.6 และ 8.3 ตามลำดับ สภาพแวดล้อมภายในบ้านที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหกล้ม พบว่า ลักษณะขั้นบันได และแสงสว่าง บริเวณบันได การจัดวางของเครื่องใช้ ลักษณะของพรม หรือผ้าเช็ดเท้าที่ขรุขระ และการจัดวาง ของเครื่องใช้ในห้องน้ำ มีความสัมพันธ์กับการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส การแต่งกาย และภาวะสุขภาพ คือการมีโรค ประจำตัว ปัญหาการทรงตัว และปัญหาจิตใจ มีความสัมพันธ์กับการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05

ศิริพร (2542) ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ในการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับมาก มีเจตคติต่อ การป้องกัน

การหกล้มไปในระดับดี และ มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับดีมาก ความรู้ในการป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับเจตคติต่อการป้องกันการหกล้มในระดับปานกลาง ความรู้ในการป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มในระดับต่ำมาก และ เจตคติต่อการป้องกันการหกล้มในระดับต่ำ เนื่องจากแจกแจงของข้อมูลความรู้ในการป้องกันการหกล้ม และ เจตคติต่อการป้องกันการหกล้มไม่เป็นโค้งปกติ ดังนั้น จึงไม่สามารถหาการทำนายพฤติกรรมในการป้องกันการหกล้มของความรู้และเจตคติได้

อรนัทร (2542) ศึกษาการทรงตัวและปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ แผนงานวิจัยเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุโดยศึกษาในผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม กลุ่มแรกมุ่ง เน้นหาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการทรงตัว และหามาตรการในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการหกล้ม โดยการมุ่งเน้น การฟื้นฟู โรคข้อเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า การสอนออกกำลังกาย และ การใช้ข้อเท้าที่ถูกต้องสามารถเพิ่มระยะทางการเดิน ภายใน 6 นาที เพิ่มขึ้นทีละ 2 เดือน และลดลงเล็กน้อย หลังจากนั้นที่ระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มที่สอง มุ่งเน้นหาปัจจัยเสี่ยงของการหกล้ม พบว่าปัจจัยเสี่ยงของอิสระที่มีผลต่อการหกล้ม ได้แก่ เพศหญิง ภาวะความดันโลหิตสูง หูตึง หลงลืมง่าย คุณภาพชีวิตความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การใช้เว่นสายตา ซิฟรขณะนั่งที่เร็วกว่า Serum Transferring ที่สูงกว่า Lean Body Mass ที่ต่ำกว่า และ Serum Albumin ที่ต่ำกว่ากลุ่มศีรษะและการไหลเวียนของโลหิตสู่สมองในผู้สูงอายุ 250 ราย ที่มีอาการเวียนศีรษะ จากนั้นสอนการบริหารศีรษะเพื่อช่วยการทรงตัว

เพ็ญศรี (2543) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลจากการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยศึกษาในผู้สูงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปที่มารับบริการตรวจรักษาด้วยปัญหาการหกล้มที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก แผนกฉุกเฉินและแผนกอร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลรามารับติระหว่างเดือนมกราคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2542 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 60-93 ปี อายุเฉลี่ย 73.6 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-74 ปี) ร้อยละ 59.2 เพศหญิง มากกว่า เพศชาย คิดเป็นสัดส่วน 4 : 1 ส่วนใหญ่ มีโรคประจำตัวก่อนหกล้ม 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 50.5 โรคที่เป็นมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ เบาหวานคิดเป็น ร้อยละ 41.7 และ 24.3 ยาที่รับประทานมากที่สุดคือยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.7 รองลงมาคือ ยาขับปัสสาวะ ร้อยละ 33.3 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่หกล้มในบ้าน และ บริเวณรอบบ้าน ห้องน้ำเป็นสถานที่หกล้มมากที่สุด 24.4 ส่วนใหญ่หกล้มในตอนกลางวัน ร้อยละ 36.9 สถานที่ที่หกล้มมีแสงสว่างเพียงพอ ร้อยละ 84.4 สาเหตุการหกล้มส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยภายนอก ร้อยละ 51.5 โดยเกิดจากพื้นลื่นมากที่สุด ร้อยละ 52.8 ปัจจัยภายในส่วนใหญ่เกิดจากสาเหตุ ขาอ่อนแรงเฉียบพลันโดยไม่ทราบสาเหตุ ร้อยละ 42.5 ขณะที่หกล้ม ส่วนใหญ่กำลังเดินร้อยละ 55.4 และไม่มีภาวะสับสน ร้อยละ 94.2 ผลจากการหกล้มส่วนใหญ่ ขาหัก ร้อยละ 74.8 ตำแหน่งที่

หักมากที่สุด คือ กระดูกสะโพกร้อยละ 44.2 บาดเจ็บเล็กน้อยร้อยละ 47.6 บาดเจ็บรุนแรง ร้อยละ 44.6 ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2-36 วัน เฉลี่ย 10.8 วันภายหลังหกล้มส่วนใหญ่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ทั้ง 6 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัวใส่เสื้อผ้า การเคลื่อนย้าย การควบคุมการขับถ่าย และการใช้ห้องสุขา โดยร้อยละ 60 ต้องการความช่วยเหลือด้านการอาบน้ำ การแต่งตัว ใส่เสื้อผ้า และการเคลื่อนย้าย นอกจากผลทางด้านร่างกาย แล้ว เกือบร้อยละ 75 มีผลกระทบทางด้านจิตใจ โดยมีความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 46.0 รองลงมาคือ รู้สึกเสียใจ ร้อยละ 29.7 ผู้สูงอายุ 6 ราย รู้สึกอยากตาย 2 ราย รู้สึกทุกข์ทรมาน

Mossey (1980 อ้างใน ธวัชชัย, 2538) ได้ทำการศึกษาวิจัยถึงปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุว่า ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา มีข้อมูลที่จะบอกได้ว่า มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุจริง แต่พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ เพศ โดยเฉพาะในเพศหญิง ที่มีความผิดปกติของร่างกายหรือ ได้รับยานอนหลับ หรือยาขับปัสสาวะอยู่ และยังพบว่า เป็นในคนหลงลืม หรือ มีภาวะซึมเศร้า ก็มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดอุบัติเหตุเช่นกัน

Craven and Bruno (1986 อ้างใน ธวัชชัย, 2538) ได้ศึกษาถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุที่มารับบริการที่หน่วยพยาบาลเคลื่อนที่อาศัยอยู่ในเมือง ซีแอตเติล เก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 1 ปี ในคนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป รวมทั้งสิ้น 99 คน เป็นหญิง 68 คน ชาย 31 คน ในกลุ่มนี้เคยมีประวัติการหกล้มมาแล้ว 60 คน จากการศึกษาพบว่า เพศ และมีอายุความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุ โดยจะพบมากในเพศหญิงอายุมากขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์รองลงมาคือการอาศัยอยู่ตามลำพัง และปัญหาสุขภาพ เช่น ปัญหาเกี่ยวกับสายตา การทรงตัว ความบกพร่องทางระบบประสาทหรือเคยได้รับอุบัติเหตุเกี่ยวกับเส้นเลือดในสมอง กิจกรรมการเกิดอุบัติเหตุมักพบขณะเดินร้อยละ 42 ทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ ร้อยละ 12 การขึ้นลงบันไดร้อยละ 10 การเปลี่ยนท่า และ การเข้าห้องน้ำร้อยละ 10 มักจะเกิดภายในตัวอาคารร้อยละ 52 เวลาที่เกิดมากที่สุดอยู่ระหว่าง 08.00-20.00 น.

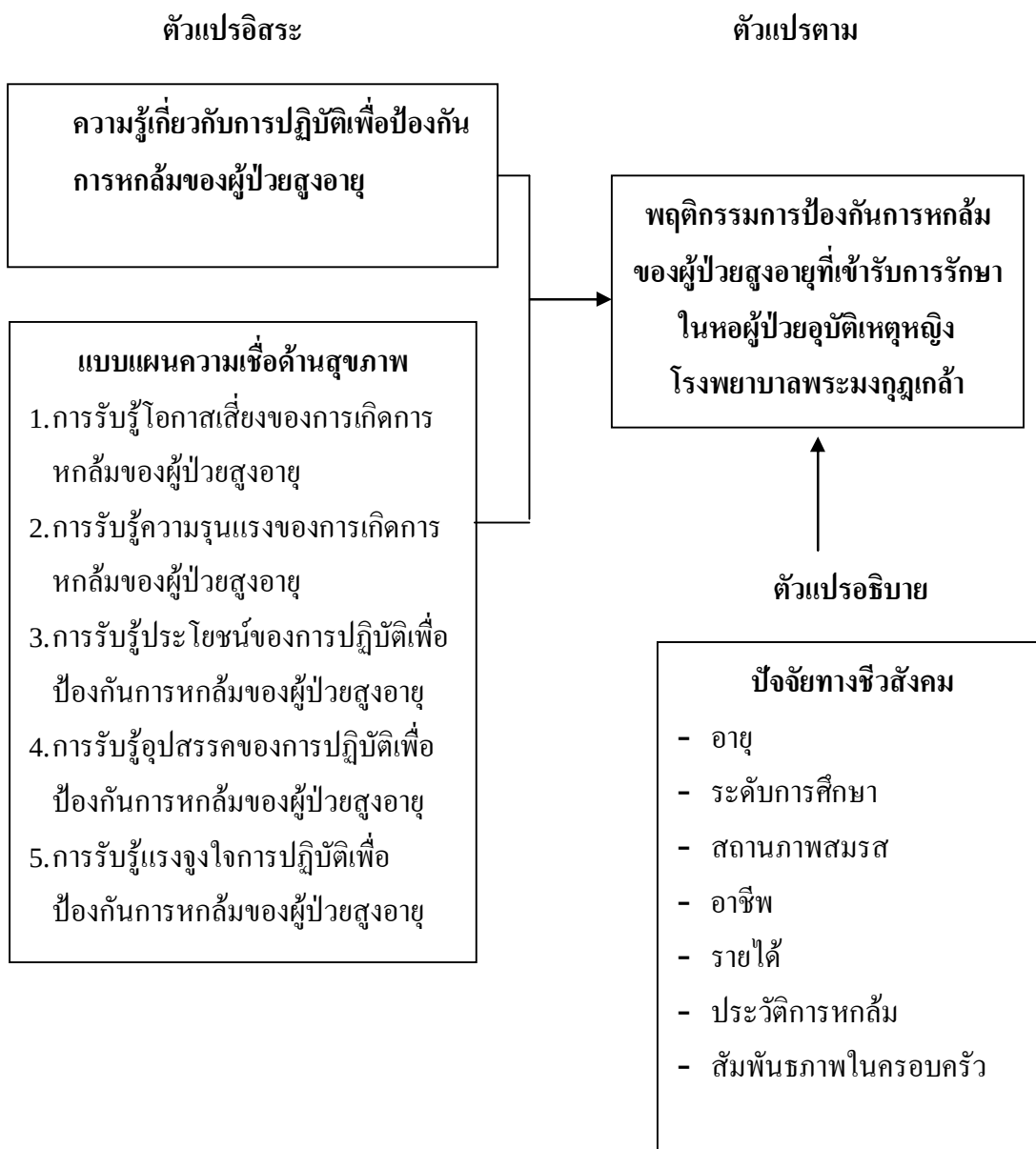
Timetti (1988) ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุที่รวมข้อมูลโดยหน่วยพยาบาลประจำบ้านเคลื่อนที่ พบว่า ประมาณร้อยละ 61 หกล้มในปีแรกของการศึกษา 48 คน และ 14 คนมีการบาดเจ็บสาหัส คนที่มีกำลังของแขนขาอ่อนแรงจะประสบอุบัติเหตุได้มากกว่าคนปกติ แต่พบว่าคนที่ไม่เกิดการหกล้มจะต้องการการดูแล และมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนที่เกิดการหกล้ม ผลของการหกล้มร้อยละ 30 มีการหักของกระดูกต้นขา จากการศึกษาครั้งนี้ไม่พบว่าการลุกจากเก้าอี้ และสิ่งแวดล้อมไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุ ที่จะสามารถอธิบายได้ชัดเจน

แต่พอที่จะทำให้เห็นแนวโน้มของการเกิดอุบัติเหตุที่พอจะไปทำนายในกลุ่มเสี่ยงได้ก็คือการที่มีความแข็งแรงของร่างกาย

Perry (1998 อ้างใน เกศินี, 2537) ได้สำรวจอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอพาร์ทเมนต์ สำหรับผู้สูงอายุจำนวน 65 ราย โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่าผู้สูงอายุมีอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้มร้อยละ 38 อัตราการพลัดตกหกล้มเท่ากับ 625 ต่อพันต่อปี ผู้สูงอายุ 2 ใน 3 หรือในอัตรา 220 ต่อ พันต่อปี ต้องได้รับการรักษาพยาบาลเกิดความพิการหรือความเจ็บป่วย และสภาวะสุขภาพไม่ดี เช่น ความบกพร่องทางสายตา การเดิน วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด มีความสัมพันธ์กับการเกิดการพลัดตกหกล้มโดยเฉพาะในกลุ่มอายุระหว่าง 70-74 ปี จะมีอัตราการพลัดตกหกล้มมากที่สุด

จากการตรวจสอบเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความมีเหตุผลของบุคคลในการเลือกตัดสินใจ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ แนวคิดทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและ แนวคิดทฤษฎี เกี่ยวกับความรู้ มาศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหัตถ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ และ การรับรู้แรงจูงใจการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุโดยมีกรอบแนวคิดในการ วิจัยดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

จากการศึกษาและการประมวลเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ ประวัติการหกล้ม และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สมมติฐานที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สมมติฐานที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้แรงจูงใจการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ประเภทการสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิง ที่หกล้มแล้วเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง กองอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในเดือน สิงหาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2550 ซึ่งมีจำนวน 70 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยสูงอายุเพศหญิง ที่หกล้มแล้วเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การคำนวณจากสูตรของ Taro Yamane (Yamane, 1973)

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

โดย n = ขนาดของตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างมากที่สุดที่ยอมรับได้
ในที่นี้กำหนด = .05

$$\text{แทนค่าในสูตร } n = \frac{80}{1 + 80(0.05)^2}$$

$$n = 66.66$$

$$n = 70$$

ดังนั้น จากการแทนค่าในสูตร ผู้ป่วยสูงอายุ เพศหญิงที่มาด้วยเรื่องหกล้มที่เข้ารับการรักษา ที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในเดือนมกราคม – มิถุนายน 2550 ย้อนหลัง 6 เดือน มีจำนวนทั้งหมด 80 คน จะได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 66.66 คน จึงได้ปรับเป็นจำนวนเต็มให้ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 70 คน

สุ่มเลือกแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) ซึ่งมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้สูงอายุ เพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาด้วยเรื่องหกล้ม
2. เป็นผู้สูงอายุ เพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อย่างน้อย 3 วัน
3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถติดต่อพูดคุย ด้วยภาษาไทยรู้เรื่อง และเข้าใจดี
4. สม่ครใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นครอบคลุมเนื้อหา ตามวัตถุประสงค์ การวิจัยครั้งนี้โดยแบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยทางชีวสังคมจำนวน 9 ข้อ มีลักษณะเป็นข้อคำถามทั้งเลือกตอบ (Checklist) และเติมข้อความ (Open - Ended) ของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติการหกล้ม สาเหตุการหกล้ม และสัมพันธภาพในครอบครัว

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ลักษณะแบบแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยประโยคบอกเล่าให้เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ จำนวน 10 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้

เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล

ตอบใช่	ให้	1	คะแนน
ตอบไม่ใช่	ให้	0	คะแนน
ตอบไม่ทราบ	ให้	0	คะแนน

การประเมินความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุโดยผู้วิจัยประยุกต์จากเกณฑ์และวิธีการวัดและประเมินผลของ Bloom *et al.* (1971) โดยมีหลักเกณฑ์ในการประเมินดังนี้

ระดับมาก	ร้อยละ 80 - 100	คิดเป็น 9 - 10	คะแนน
ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60 - 79	คิดเป็น 6 - 8	คะแนน
ระดับน้อย	ร้อยละ 0 - 59	คิดเป็น 0 - 5	คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ

ลักษณะของแบบสัมภาษณ์สร้างขึ้นตามแบบวัดเจตคติของลิเคิร์ต (Likert's Scale) มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยคำถามที่เป็นประโยคบอกเล่ามีจำนวน 4 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก แต่ละข้อมีลักษณะข้อความเชิงบวก (Positive Statement) และข้อความเชิงลบ (Negative Statement) จำนวน 14 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้

เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุโดยผู้วิจัยประยุกต์จากเกณฑ์ และวิธีการวัดและประเมินผลของ Bloom *et al.* (1971) โดยมีหลักเกณฑ์ในการประเมินดังนี้

ระดับดี ร้อยละ 80 - 100 คิดเป็น 45 - 56 คะแนน

ระดับพอใช้ ร้อยละ 60 - 79 คิดเป็น 34 - 44 คะแนน

ระดับไม่ดี ร้อยละ 0 - 59 คิดเป็น 0 - 33 คะแนน

2. ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ

ลักษณะของแบบสัมภาษณ์สร้างขึ้นตามแบบวัดเจตคติของลิเคิร์ต (Likert's Scale) มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยคำถามที่เป็นประโยคบอกเล่ามี 4 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก แต่ละข้อมีลักษณะข้อความเชิงบวก (Positive Statement) และข้อความเชิงลบ (Negative Statement) จำนวน 12 ข้อ กำหนดเกณฑ์ การให้คะแนนดังต่อไปนี้

เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุโดยผู้วิจัยประยุกต์จากเกณฑ์ และวิธีการวัดและประเมินผลของ Bloom *et al.* (1971) โดยมีหลักเกณฑ์ในการประเมินดังนี้

ระดับดี ร้อยละ 80 - 100 คิดเป็น 38 - 48 คะแนน

ระดับพอใช้ ร้อยละ 60 - 79 คิดเป็น 29 - 37 คะแนน

ระดับไม่ดี ร้อยละ 0 - 59 คิดเป็น 0 - 28 คะแนน

3. ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ

ลักษณะของแบบสัมภาษณ์สร้างขึ้นตามแบบวัดเจตคติของลิเคิร์ต (Likert's Scale) มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยคำถามที่เป็นประโยชน์บอกเล่ามี 4 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก แต่ละข้อมีลักษณะข้อความเชิงบวก (Positive Statement) และข้อความเชิงลบ (Negative Statement) จำนวน 13 ข้อกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้

เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุโดยผู้วิจัยประยุกต์จากเกณฑ์และวิธีการวัดและประเมินผลของ Bloom *et al.* (1971) โดยมีหลักเกณฑ์ในการประเมินดังนี้

ระดับดี	ร้อยละ 80 - 100	คิดเป็น 42 - 52	คะแนน
ระดับพอใช้	ร้อยละ 60 - 79	คิดเป็น 31 - 41	คะแนน
ระดับไม่ดี	ร้อยละ 0 - 59	คิดเป็น 0 - 30	คะแนน

4. ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ

ลักษณะของแบบสัมภาษณ์สร้างขึ้นตามแบบวัดเจตคติของลิเคิร์ต (Likert's Scale) มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยคำถามที่เป็นประโยชน์บอกเล่ามี 4 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก แต่ละข้อมีลักษณะข้อความเชิงบวก (Positive Statement) และข้อความเชิงลบ (Negative Statement) จำนวน 12 ข้อกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้

เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุโดยผู้วิจัย ประยุกต์จากเกณฑ์และวิธีการวัดและประเมินผลของ Bloom *et al.* (1971) โดยมีหลักเกณฑ์ในการประเมินดังนี้

ระดับดี	ร้อยละ 80 - 100	คิดเป็น 38 - 48	คะแนน
ระดับพอใช้	ร้อยละ 60 - 79	คิดเป็น 29 - 37	คะแนน
ระดับไม่ดี	ร้อยละ 0 - 59	คิดเป็น 0 - 28	คะแนน

5. ด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

ลักษณะของแบบสัมภาษณ์สร้างขึ้นตามแบบวัดเจตคติของลิเคิร์ต (Likert's Scale) มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยคำถามที่เป็นประโยคบอกเล่ามี 4 ตัวเลือก คือ มาก น้อย พอควร ไม่มี ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก แต่ละข้อมีลักษณะข้อความเชิงบวก (Positive Statement) และข้อความเชิงลบ (Negative Statement) จำนวน 13 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้

เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
มาก	4	ไม่มี	1
พอควร	3	น้อย	2
น้อย	2	พอควร	3
ไม่มี	1	มาก	4

ด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุโดยผู้วิจัยประยุกต์จากเกณฑ์และวิธีการวัดและประเมินผลของ Bloom *et al.* (1971) โดยมีหลักเกณฑ์ในการประเมินดังนี้

ระดับดี ร้อยละ 80 - 100 คิดเป็น 42 - 52 คะแนน

ระดับพอใช้ ร้อยละ 60 - 79 คิดเป็น 31 - 41 คะแนน

ระดับไม่ดี ร้อยละ 0 - 59 คิดเป็น 0 - 30 คะแนน

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงดังนี้

ด้านพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

ลักษณะของแบบสัมภาษณ์สร้างขึ้นตามแบบวัดเจตคติของลิเคิร์ต (Likert's Scale) มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วยคำถามที่เป็นประโยคบอกเล่าจำนวน 4 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก แต่ละข้อมีลักษณะข้อความเชิงบวก (Positive Statement) และข้อความเชิงลบ (Negative Statement) จำนวน 13 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังต่อไปนี้

เกณฑ์การให้คะแนนและประเมินผล

ข้อความเชิงบวก		ข้อความเชิงลบ	
ตัวเลือก	คะแนน	ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วย	2	ไม่เห็นด้วย	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4

ด้านพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุโดยผู้วิจัยประยุกต์จากเกณฑ์และวิธีการวัดและประเมินผลของ Bloom *et al.* (1971) โดยมีหลักเกณฑ์ในการประเมินดังนี้

ระดับดี	ร้อยละ 80 - 100	คิดเป็น	42 - 52 คะแนน
ระดับพอใช้	ร้อยละ 60 - 79	คิดเป็น	31 - 41 คะแนน
ระดับไม่ดี	ร้อยละ 0 - 59	คิดเป็น	0 - 30 คะแนน

สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment Correlation Coefficient ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์การตัดสินระดับของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ หลังจากที่ได้ทดสอบแล้วว่ามีความสำคัญทางสถิติ ดังนี้ ประคอง (2539 อ้างใน เพ็ญศิริ, 2548)

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เข้าใกล้ 1 (0.7 ขึ้นไป) ถือว่ามีความสัมพันธ์ระดับมาก

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เข้าใกล้ 0.5 (0.3 -0.7) ถือว่ามีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เข้าใกล้ 0 (ต่ำกว่า 0.3) ถือว่ามีความสัมพันธ์ระดับน้อย

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำราทางวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำมาสร้างแบบสอบถาม โดยให้มีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เสนอให้คณะกรรมการที่ปรึกษา เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง และนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไข
3. ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องตรงตามเนื้อหา (Content Validity) หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไข
4. นำแบบสัมภาษณ์ที่แก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ไปหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุที่หกล้มแล้วเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยมหาวิทยาลัยราชภัฏ 4 กองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น .913

5. นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาปรับปรุง แบบสัมภาษณ์ และเสนอประธานกรรมการที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบจนอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แล้วนำแบบสัมภาษณ์ไปเก็บรวบรวมข้อมูลจริงในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง กองอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 70 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจาก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เรื่องขออนุญาตเก็บข้อมูลการวิจัยถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ด้วยตัวเอง โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยสูงอายุ ที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 5 เดือน
4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการแนะนำตนเอง และนำแบบสัมภาษณ์ไปชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง และรวบรวมแบบสัมภาษณ์ทันที เพื่อป้องกันตัวแปรสอดแทรก จากความคิดเห็นของผู้อื่นในการตอบแบบสัมภาษณ์
5. เมื่อผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์เสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเก็บแบบสัมภาษณ์คืนทันทีมีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ ความถูกต้อง และครบถ้วนของคำตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ค่าสถิติที่นำมาวิเคราะห์ ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทางชีวสังคม ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุ การรับรู้ความรุนแรง

ของการเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุการหกล้มในผู้สูงอายุ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ แรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุนำมาแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติวิเคราะห์ (Analytical Statistics)

2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยทดสอบด้วยสถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่า Chi-square

2.2 วิเคราะห์ ความสัมพันธ์ ระหว่าง ความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยทดสอบด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่หกล้มแล้วเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 70 ราย

วิเคราะห์ข้อมูลการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และค่าสถิติวิเคราะห์เป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทางชีวสังคมกับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ใช้สถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยค่า Chi-square การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ และ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้ ความรุนแรงของการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ แรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ กับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

การเสนอผลการวิจัยนำเสนอในรูปแบบของการตารางประกอบคำอธิบายโดยแบ่งการเสนอเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมหรือลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ส่วนที่ 2 ลักษณะข้อมูลของตัวแปรที่ทำการศึกษาประกอบด้วย ความรู้ แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ความรู้ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของผู้ป่วยสูงอายุ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป

(n = 70)		
ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
อายุ		
60-69 ปี	26	37.2
70-79 ปี	18	25.7
80-89 ปี	18	25.7
90 ปีขึ้นไป	8	11.4
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	12	17.1
ประถมศึกษา	21	30.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	8.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5	7.1
ประกาศนียบัตร / อนุปริญญา	6	8.6
ปริญญาตรี	15	21.4
สูงกว่าปริญญาตรี	5	7.1
สถานภาพสมรส		
โสด	8	11.4
คู่	35	50.0
แยกกันอยู่ / หย่าร้าง / ม่าย	27	38.6

ตารางที่ 1 (ต่อ)

(n = 70)		
ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
อาชีพ		
รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ	3	4.3
รับจ้าง	8	11.4
ว่างงาน	25	35.7
ข้าราชการบำนาญ	20	28.6
ธุรกิจส่วนตัว	14	20.0
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	3	4.3
5,000 – 9,999 บาท	8	11.4
10,000 – 19,999 บาท	8	11.4
20,000 – 30,000 บาท	14	20.0
ตั้งแต่ 30,000 บาทขึ้นไป	37	52.9
การเกิดการหลก้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา		
ไม่เคย	19	27.1
เคย	51	72.9
จำนวนครั้งของการหลก้ม		
1-5 ครั้ง	48	94.1
6-10 ครั้ง	3	5.9

ตารางที่ 1 (ต่อ)

(n = 70)		
ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
สาเหตุการหกล้มในครั้งนี		
หกล้มในห้องน้ำ	39	55.7
หกล้มตกบันได	6	8.6
หกล้มจากการถูกชน	4	5.7
หกล้มจากหน้ามีดเป็นลม	4	5.7
หกล้มจากการลื่นไถล	14	20.0
หกล้มจากการสะดุด	3	4.3
การมีวิธีการป้องกันการหกล้ม		
ไม่มี	47	67.1
มี	23	32.9
ผู้ดูแลเมื่อยามปกติและยามเจ็บป่วย		
บุตรหลาน	51	72.9
คู่สมรส	14	20.0
เด็กศูนย์พยาบาลพิเศษ	3	4.3
คนรับใช้	1	1.4
ญาติพี่น้อง	1	1.4

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.1 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 70-79 ปี และ 80-89 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.7 เท่ากัน มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 30.0 รองลงมามีระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 21.4 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมามีสถานภาพแยกกันอยู่ / หย่าร้าง / ม่าย คิดเป็นร้อยละ 11.4 มีอาชีพหลักว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 35.7 รองลงมามีอาชีพข้าราชการบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 28.6 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนตั้งแต่ 30,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 52.9 รองลงมามีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 20,000-30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 20.0 เคยเกิดการหกล้มในรอบ

1 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 72.9 และไม่เคยเกิดการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 27.1 จำนวนครั้งของการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาอยู่ในช่วงระหว่าง 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 94.1 รองลงมาอยู่ในช่วงระหว่าง 6-10 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 5.9 สาเหตุของการหกล้มในครั้งนี้เป็นการหกล้มในห้องน้ำ คิดเป็นร้อยละ 56.7 รองลงมาเป็นการหกล้มจากการเดินไถล คิดเป็นร้อยละ 20.0 ไม่มีวิธีการป้องกันการหกล้ม คิดเป็นร้อยละ 67.1 มีวิธีการป้องกันการหกล้ม คิดเป็นร้อยละ 32.9 ผู้ที่ดูแลเมื่อยามเจ็บป่วยเป็นบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 72.9 รองลงมา ผู้ที่ดูแลเมื่อยามเจ็บป่วยเป็นคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 20.0

ส่วนที่ 2 ลักษณะตัวแปรที่ทำการศึกษา

ตัวแปรที่ทำการศึกษาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ แรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ และพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยสูงอายุจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน การหกล้ม

(n = 70)		
ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก	58	82.9
ระดับปานกลาง	10	14.0
ระดับน้อย	2	2.9
$\bar{X} = 9.25$ S.D. = 1.13		

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ใน ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 82.9 และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 14.30

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยสูงอายุจำแนกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

(n = 70)		
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง		
ระดับดี	36	51.4
ระดับพอใช้	28	40.0
ระดับไม่ดี	6	8.6
$\bar{X} = 46.27$ S.D. = 9.81		
ระดับการรับรู้ความรุนแรง		
ระดับดี	34	48.6
ระดับพอใช้	30	42.9
ระดับไม่ดี	6	8.6
$\bar{X} = 39.47$ S.D. = 8.81		
ระดับการรับรู้ประโยชน์		
ระดับดี	45	64.3
ระดับพอใช้	21	30.0
ระดับไม่ดี	4	5.7
$\bar{X} = 44.35$ S.D. = 8.72		
ระดับการรับรู้อุปสรรค		
ระดับดี	33	47.2
ระดับพอใช้	29	41.4
ระดับไม่ดี	8	11.4
$\bar{X} = 37.44$ S.D. = 8.49		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

(n = 70)		
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการรับรู้แรงจูงใจ		
ระดับดี	41	58.6
ระดับพอใช้	25	35.7
ระดับไม่ดี	4	5.7
$\bar{X} = 42.68$ S.D. = 7.93		

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 51.4 และระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 40.0 การรับรู้ความรุนแรงของการ หกล้มอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 48.6 และระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 42.9 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 64.3 และ ระดับพอใช้ คิดเป็น ร้อยละ 30.0 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 47.1 และ ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 41.4 และการรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการ หกล้มอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 58.6 และ ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 35.7

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยสูงอายุจำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม

(n = 70)		
ระดับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับดี	41	58.6
ระดับพอใช้	23	32.9
ระดับไม่ดี	6	8.6
$\bar{X} = 42.04$ S.D. = 8.35		

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอยู่ใน ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 58.6 และ ระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 32.9

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ความรู้ แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้ม กับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Chi-square

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม กับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม จำแนกตามระดับพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุ

ปัจจัยทางชีวสังคม	พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ				C ²	p-value
	ดี	พอใช้	ไม่ดี	รวม		
	จำนวน (ร้อยละ/ n)	จำนวน (ร้อยละ/ n)	จำนวน (ร้อยละ/ n)	n = 70		
อายุ						
60-69 ปี	15(57.7)	7(26.9)	4(15.4)	26(100.0)	.498	.480
70-79 ปี	11(61.1)	5(27.8)	2(11.1)	18(100.0)		
80-89 ปี	11(61.1)	7(38.9)	0(.0)	18(100.0)		
90ปีขึ้นไป	4(50.5)	4(50.0)	0(.0)	8(100.0)		
รวม	41(58.6)	23(32.9)	6(8.6)	70(100)		
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	6(50.0)	1(8.3)	5(41.7)	12(100.0)	1.676	.195
ประถมศึกษา	13(61.9)	8(38.1)	0(.0)	21(100.0)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	4(66.7)	1(16.7)	1(16.7)	6(100.0)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3(60.0)	2(40.0)	0(.0)	5(100.0)		
ประกาศนียบัตร / อนุปริญญา	2(33.3)	4(66.7)	0(.0)	6(100.0)		
ปริญญาตรี	11(73.3)	4(26.7)	0(.0)	15(100.0)		

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ปัจจัยทางชีวสังคม	พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ				C ²	p-value
	ดี	พอใช้	ไม่ดี	รวม		
	จำนวน (ร้อยละ/ n)	จำนวน (ร้อยละ/ n)	จำนวน (ร้อยละ/ n)	n = 70		
ระดับการศึกษา(ต่อ)						
สูงกว่าปริญญาตรี	2(40.0)	3(60.0)	0(.0)	5(100.0)		
รวม	41(58.6)	23(32.9)	6(8.6)	70(100.0)		
สถานภาพสมรส						
โสด	5(62.5)	1(12.5)	2(25.0)	8(100.0)		
คู่	20(57.1)	13(37.1)	2(5.7)	35(100.0)	.176	.675
แยกกันอยู่/ หย่าร้าง / ม่าย	16(59.3)	9(33.3)	2(7.4)	27(100.0)		
รวม	41(58.6)	23(32.9)	6(8.6)	70(100.0)		
อาชีพ						
รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ	2(66.7)	1(33.3)	0(.0)	3(100.0)		
รับจ้าง	3(37.5)	4(50.0)	1(12.5)	8(100.0)		
ว่างงาน	17(68.0)	4(16.0)	4(16.0)	25(100.0)	.471	.493
ข้าราชการบำนาญ	9(45.0)	11(55.5)	0(.0)	20(100.0)		
ธุรกิจส่วนตัว	10(71.4)	3(21.4)	1(7.1)	14(100.0)		
รวม	41(58.6)	23(32.9)	6(8.6)	70(100.0)		

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ปัจจัยทางชีวสังคม	พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ				C ²	p-value
	ดี	พอใช้	ไม่ดี	รวม		
	จำนวน (ร้อยละ/ n)	จำนวน (ร้อยละ/ n)	จำนวน (ร้อยละ/ n)	n = 70		
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน						
ต่ำกว่า5,000 บาท	2(66.7)	0(0)	1(33.3)	3(100.0)		
5,000 – 9,999 บาท	3(37.5)	4(50.0)	1(12.5)	8(100.0)		
10,000 – 19,999 บาท	6(75.0)	2(25.0)	0(0)	8(100.0)		
20,000 – 30,000 บาท	8(57.1)	5(35.7)	1(7.1)	14(100.0)		
ตั้งแต่ 30,000 บาทขึ้นไป	22(59.5)	12(32.4)	3(8.1)	37(100.0)	.361	.548
รวม	41(58.6)	23(32.9)	6(8.6)	70(100.0)		
การเกิดการหกล้มในรอบ 1 ปี						
ไม่เคย	13(68.4)	6(31.6)	0(0)	19(100.0)		
เคย	28(54.9)	17(33.3)	6(11.8)	51(100.0)	2.070	.150
รวม	41(58.6)	23(32.9)	6(8.6)	70(100.0)		
ผู้ดูแลเมื่อยามปกติและเจ็บป่วย						
บุตรหลาน	28(54.9)	18(35.3)	5(9.8)	51(100.0)	2.435	.119
คู่สมรส	8(57.1)	5(35.7)	1(7.1)	14(100.0)		
เด็กศูนย์พยาบาลพิเศษ	3(100.0)	0(0)	0(0)	3(100.0)		
คนรับใช้	1(100.0)	0(0)	0(0)	1(100.0)		
ญาติพี่น้อง	1(100.0)	0(0)	0(0)	1(100.0)		
รวม	41(58.6)	23(32.9)	6(8.6)	70(100.0)		

p < .05

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 37.1 มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับดี ร้อยละ 57.7 ระดับพอใช้ ร้อยละ 26.9 ระดับไม่ดี ร้อยละ 15.4 เมื่อวิเคราะห์ในภาพรวม พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุในทุกกลุ่มอายุ มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับดี ร้อยละ 58.6 พอใช้ ร้อยละ 32.9 ระดับไม่ดี ร้อยละ การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 30.3 มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับดี ร้อยละ 61.9 ระดับพอใช้ ร้อยละ 38.1 ระดับไม่ดี ร้อยละ .0 เมื่อวิเคราะห์ในภาพรวม พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุในทุกระดับการศึกษา มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับดี ร้อยละ 58.6 ระดับพอใช้ ร้อยละ 32.9 ระดับไม่ดี ร้อยละ 8.6 สถานภาพสมรส ร้อยละ 50.0 มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับดี ร้อยละ 57.1 ระดับพอใช้ ร้อยละ 37.1 ระดับไม่ดี ร้อยละ 5.7 เมื่อวิเคราะห์ในภาพรวม พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุในทุกสถานภาพสมรส มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับดี ร้อยละ 58.6 ระดับพอใช้ ร้อยละ 32.9 ระดับไม่ดี ร้อยละ 8.6 ว่างาน ร้อยละ 35.7 มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับดี ร้อยละ 68.0 ระดับพอใช้ ร้อยละ 16.0 ระดับไม่ดี ร้อยละ 16.0 เมื่อวิเคราะห์ในภาพรวม พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุทุกอาชีพ มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับดี ร้อยละ 58.6 ระดับพอใช้ ร้อยละ 32.9 ระดับไม่ดี ร้อยละ 8.6 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนตั้งแต่ 30,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 52.9 มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับดี ร้อยละ 59.5 ระดับพอใช้ ร้อยละ 32.4 ระดับไม่ดี ร้อยละ 8.1 เมื่อวิเคราะห์ในภาพรวม พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุทุกกลุ่มรายได้ มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับดี ร้อยละ 58.6 ระดับพอใช้ ร้อยละ 32.9 ระดับไม่ดี ร้อยละ 8.6 เคยเกิดการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 72.9 มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับดี ร้อยละ 54.9 ระดับพอใช้ ร้อยละ 33.3 ระดับไม่ดี ร้อยละ 11.8 เมื่อวิเคราะห์ในภาพรวม พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เคยและไม่เคยเกิดการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับดี ร้อยละ 58.6 ระดับพอใช้ ร้อยละ 32.9 ระดับไม่ดี ร้อยละ 8.6 และผู้ดูแลเป็นบุตรหลาน ร้อยละ 72.9 มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับดี ร้อยละ 54.9 ระดับพอใช้ ร้อยละ 35.3 ระดับไม่ดี ร้อยละ 9.8 เมื่อวิเคราะห์ในภาพรวม พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุ ทุกกลุ่มที่มีผู้ดูแลยามปกติและยามเจ็บป่วย มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับดี ร้อยละ 58.6 ระดับพอใช้ ร้อยละ 32.9 ระดับไม่ดี ร้อยละ 9.8 เมื่อวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ไคสแควร์ ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม กับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในภาพรวมพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วย
สูงอายุ

(N = 70)

ปัจจัยทางชีวสังคม	C ²	p-value
อายุ	.498	.480
การศึกษาสูงสุด	1.676	.195
สถานภาพสมรส	.176	.675
อาชีพ	.471	.493
รายได้	.361	.548
ประวัติการหกล้ม	2.070	.150
สัมพันธภาพในครอบครัว	2.435	.119

p < .05

จากตารางที่ 6 พบว่าปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ประวัติการหกล้ม และสัมพันธภาพในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson (Pearson 's Product Moment Correlation Coefficients)

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ และแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

(N = 70)

ตัวแปร	r	p- value
ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุกับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ	.366*	.002
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มของผู้สูงอายุกับพฤติกรรม การป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ	.798*	.000
การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มของผู้สูงอายุกับพฤติกรรม การป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ	.818*	.000
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มกับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ	.831*	.000
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการหกล้ม กับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ	.708*	.000
การรับรู้แรงจูงใจเกี่ยวกับการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการหกล้มกับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ	.836*	.000

* p < .05

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ กับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ

เพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุมีความสัมพันธ์ กับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุกับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้แรงจูงใจเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุกับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อวิจารณ์

จากการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผู้ศึกษาพบว่า มีประเด็นที่จะนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาวิจารณ์ได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ ประวัติการหกล้ม และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จากผลการวิจัยพบว่า

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 37.1 มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับดี เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ กับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล (2541) ที่ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของบุคลากรหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาล ในสังกัดกรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า บุคลากรในหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีอายุต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติยา (2544) ที่ศึกษาเรื่อง การปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขของบุคลากรพยาบาล ในโรงพยาบาล

ชุมชนจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ ที่มีอายุต่างกัน มีการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และ สาธารณสุข ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศิริ (2548) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมป้องกันการป้องกันอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล พบว่า พยาบาลที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันอุบัติเหตุที่ไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วันทนีย์ (2539) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานครพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และ สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีระดับการศึกษาอยู่ในช่วง ประถมศึกษา ร้อยละ 30.3 มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มในระดับดี เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ ระหว่างระดับการศึกษา กับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์พร้อม (2540) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันและควบคุมเชื้อของเจ้าหน้าที่อนามัยในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันและควบคุมเชื้อของเจ้าหน้าที่อนามัย ในจังหวัดเชียงใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศิริ (2548) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมป้องกันการป้องกันอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล พบว่าพยาบาลที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันอุบัติเหตุที่ไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร (2534) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมเจ็บป่วยต่างกัน โดยผู้รับบริการที่มี การศึกษาสูงกว่า จะมีพฤติกรรมเจ็บป่วยดีกว่าผู้รับบริการที่มีการศึกษาระดับต่ำ

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 50.0 มีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันการหกล้มในระดับดี เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ ระหว่างสถานภาพสมรสกับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ผาณิต (2537) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ แสดงว่าพยาบาลที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันอุบัติเหตุที่ไม่แตกต่าง

กัน สอดคล้องกับการศึกษาของ โสภนา (2544) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากมลพิษทางอากาศและเสียงของตำรวจจราจรในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากมลพิษทางอากาศและเสียงของตำรวจจราจร สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศิริ (2548) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล พบว่า พยาบาลที่มีระดับการสถานภาพสมรส แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุที่ไม่แตกต่างกัน

ผู้ป่วยสูงอายุที่ว่างงาน ร้อยละ 35.7 มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับดี เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ ระหว่าง อาชีพ กับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันสอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ (2543) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการ โรคปอดอักเสบของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่า อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการ โรคปอดอักเสบของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณ (2544) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ ที่พบว่า อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภิรมย์ (2546) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลศรีธัญญา สอดคล้องกับการศึกษาของ นพวรรณ (2542) ได้ศึกษาปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร (2534) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้รับบริการที่มีอาชีพแตกต่างกันมีพฤติกรรมเจ็บป่วยแตกต่างกันด้วย

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนตั้งแต่ 30,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 52.9 มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับดี เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ ระหว่างรายได้ของครอบครัวต่อเดือนกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิศิริ (2535) ที่ศึกษา พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ ผาณิต (2537) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อ

คุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศิริ (2548) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ

ผู้ป่วยสูงอายุที่เคยเกิดการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 72.9 มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับดี เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ ระหว่าง ความสัมพันธ์ระหว่าง ประวัติการหกล้มกับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหัตถ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติยา (2544) ที่ศึกษาเรื่องการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่มีประวัติการได้รับอุบัติเหตุต่างกัมีการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศิริ (2548) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล พบว่าประวัติการเกิดอุบัติเหตุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ไม่สอดคล้องกับการ ศึกษาของ วันทนีย์ (2539) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในเขตกรุงเทพมหานครพบว่าประวัติ การได้รับอุบัติเหตุ มีความ สัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ดารารัตน์ (2544) ที่ศึกษาเรื่อง การติดเชื้อ วัณโรคในทางการพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่ พบว่า การมีประวัติการสัมผัสวัณโรค จากผู้ร่วมงาน การเคยทำหรือช่วยแพทย์ในการใส่ท่อหลอดลมคอในผู้ป่วยวัณโรค และการเคยมยาเสพติดให้กับผู้ป่วยวัณโรคมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อวัณโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีผู้ดูแลเป็นบุตรหลาน ร้อยละ 72.9 มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับดี เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ดูแลยามปกติและยามเจ็บป่วย กับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหัตถ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปรีดีหทัย (2534) ที่ศึกษาพบว่า บทบาท

ของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในภาวะวิกฤต พบว่า กลุ่มคู่สมรส และบุตร มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในภาวะวิกฤต ทั้งอาจเป็นเพราะว่า จากการศึกษา พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุคคลใกล้ชิด คือ ภรรยา และสามี ดังนั้นจึงเอาใจใส่ในการที่จะดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่ากลุ่มความสัมพันธ์อื่น ๆ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ (2545) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ญาติผู้ป่วย ส่วนใหญ่ร้อยละ 45.25 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะของภรรยา รองลงมาร้อยละ 28.00 เป็นสามี และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สมมติฐานที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการวิจัยพบว่า

ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้ที่แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มไม่แตกต่างกันสอดคล้องกับการศึกษาของจันทน์ (2540) ที่ศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของพยาบาลในโรงพยาบาลพัทลุง พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชยงค์ (2544) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแมคคอร์มิค พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลในระดับต่ำไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Roup (1995) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบครบวงจรของพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ความรู้หลักการป้องกันการติดเชื้อแบบครบวงจร ไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบครบวงจร ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวันทนีย์ (2539) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าการอบรมไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจันทน์พร้อม (2540) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการ

และควบคุมการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สถานอนามัย ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของเจ้าหน้าที่สถานอนามัยในจังหวัดเชียงใหม่ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริลักษณ์ (2541) ที่ศึกษาเรื่อง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของพยาบาลสำเร็จใหม่ ในโรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของพยาบาลสำเร็จใหม่ ในโรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สมมติฐานที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้แรงจูงใจการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหุญง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการวิจัยพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหุญง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มไม่แตกต่างกันได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหุญง โรงพยาบาลพระมงกุฎ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุมีความตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงของการหกล้ม ในระดับที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่แตกต่างกันสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา (2529) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการปฏิบัติตนของมารดาเมื่อบุตรป่วยเป็น โรคอุจจาระร่วงพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนของมารดาเมื่อบุตรป่วยเป็น โรคอุจจาระร่วง สอดคล้องกับการศึกษาของ ของ ถัดดาวณย์ (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพิรดา (2539) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันฝุ่นของตำรวจจราจรในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะสมรรถภาพปอดเสื่อม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันฝุ่นของตำรวจจราจรในเขตกรุงเทพมหานคร ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิตา (2543) ที่ศึกษาด้านความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี พบว่า คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน

กับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี ไม่มีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศิริ (2548) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในระดับที่ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ถัดดาวณิช (2545) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พิศดา (2539) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันฝุ่นของตำรวจจราจรในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะสมรรถภาพปอดเสื่อม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันฝุ่นของตำรวจจราจรในเขตกรุงเทพมหานคร ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิตา (2543) ที่ศึกษาด้านความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี พบว่า คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุนกับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี ไม่มีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศิริ (2548) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล พบว่าการรับรู้ความรุนแรงไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการหกล้ม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผู้ป่วยสูงอายุมีการตระหนักถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อของการหกล้ม ในระดับที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มที่แตกต่างกันสอดคล้องกับการศึกษาของวันทนีย์ (2539) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าความตระหนักถึงความจำเป็นในการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศิริ (2548) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจาก

การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้ม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้อุปสรรคเพื่อป้องกันการหกล้มในระดับที่ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา (2543) ที่ศึกษา เรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี พบว่า คะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน กับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรี มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศิริ (2548) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่าเมื่อพยาบาลมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานในระดับสูง จะมีพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานในระดับสูงเช่นกันการรับรู้แรงจูงใจเกี่ยวกับการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการหกล้ม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้แรงจูงใจเพื่อป้องกันการหกล้มในระดับที่ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ นุชยงค์ (2544) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแมคคอร์มิค พบว่า สิ่งสนับสนุนมีความสัมพันธ์กับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศิริ (2548) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาลพบว่า การรับรู้แรงจูงใจของการปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

จากการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการวิเคราะห์และข้อสรุปที่ได้จากการวิจัยมาใช้ในการวางแผน และกำหนดแนวทางในการดำเนินงานสุขศึกษาใน โรงพยาบาลรวมเพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังการหกล้มกับผู้สูงอายุและบุคคลทุกวัยให้นำข้อมูลในการดำเนินงานสนับสนุน และช่วยเหลือผู้ป่วยในการป้องกันการหกล้มให้เหมาะสม ถูกทิศทางอย่างต่อเนื่อง

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นเพศหญิงเข้ารับการรักษาด้วยเรื่องหกล้มในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อย่างน้อย 3 วัน โดยผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลย้อนหลัง 6 เดือน ตั้งแต่เดือน มกราคม- มิถุนายน 2550 มีจำนวนประชากรผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ามารักษาด้วยหกล้มทั้งหมด จำนวน 80 ราย โดย มาสุ่มเลือกแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) มากำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณของ Taro Yamane (Yamane, 1971) ได้กลุ่มตัวอย่าง 70 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิด โดยทำการค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ด้าน ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ หลักการเกี่ยวกับการหกล้มในผู้สูงอายุ สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ชนิด และข้อควรปฏิบัติ สำหรับผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้ม แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลทางชีวสังคม ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ตอนที่ 3 ข้อมูลแบบสัมภาษณ์ ความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้งหมด 5 ด้านดังนี้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ และการรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีเนื้อหา และโครงสร้างครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย และผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และได้ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์โดยนำไปทดลองใช้กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ หอผู้ป่วยมหาวชิราลงกรณ 4 กองออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจำนวน 30 ราย และได้นำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดย เท่ากับ .913 หลังจากนั้นทำการเก็บข้อมูลจริง ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลเป็นเวลา 5 เดือน ตั้งแต่เดือน สิงหาคม-ธันวาคม 2550 แล้วนำข้อมูลมาเก็บรวบรวมและตรวจสอบความสมบูรณ์ แล้วนำแบบสัมภาษณ์ ความรู้เกี่ยวกับการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุมาคำนวณหาระดับความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตร KR – 20 (Kuder - Richardson)แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพคำนวณหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรCronbach 's Alpha Coefficient วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยลักษณะทางชีวสังคมกับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ด้วยสถิติไคสแควร์ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่าง ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson 's Product Moment Correlation Coefficients สรุปผลการวิจัยได้ 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางชีวสังคมของผู้ป่วยสูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นเพศหญิงเข้ารับการรักษาด้วยเรื่องหกล้มในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าอย่างน้อย 3 วัน จำนวน 70 ราย ผลการศึกษาพบว่า ช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.1 รองลงมา อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.7 และ 80-89 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.7 มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 30.0 และปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 21.4 สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 50.0 รองลงมามี สถานภาพแยกกันอยู่ / หย่าร้าง / ม่าย คิดเป็นร้อยละ 11.4 มีอาชีพหลักว่างงาน คิดเป็นร้อยละ 35.7 รองลงมา มีอาชีพข้าราชการบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 28.6 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนตั้งแต่ 30,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 52.9 รองลงมามีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 20,000-29,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 20.0 เคยเกิดการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 72.9 และไม่เคยเกิดการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 27.1 จำนวนครั้งของการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาอยู่ในช่วงระหว่าง 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 94.1 รองลงมาอยู่ในช่วงระหว่าง 6-10 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 5.9 สาเหตุของการหกล้มในครั้งนี้เป็น การหกล้มในห้องน้ำ คิดเป็นร้อยละ 56.7 รองลงมาเป็นการหกล้มจากการเดินไถลคิดเป็นร้อยละ 20.0 ไม่มีวิธีการป้องกันการหกล้ม คิดเป็นร้อยละ 67.1 มีวิธีการป้องกันการหกล้ม คิดเป็นร้อยละ 32.9 ผู้ที่ดูแลเมื่อยามเจ็บป่วยเป็นบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 72.9 รองลงมา ผู้ที่ดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย เป็นคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 20.0

**ส่วนที่ 2 ลักษณะตัวแปรที่ทำการศึกษาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม
ของผู้ป่วยสูงอายุ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุและ พฤติกรรมการ
ป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ**

ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 82.9 และ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 14.30

ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มอยู่ในระดับระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 51.4 และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.0

ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 48.6 และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.9

ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 64.3 และ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.0

ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 47.1 และ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 41.4

ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 58.6 และ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.7

ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 58.6 และ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 32.9

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน การหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุและพฤติกรรมการป้องกัน การหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ ประวัติการหกล้ม และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน การหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ อาชีพ ประวัติการหกล้ม และสัมพันธภาพในครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สมมติฐานที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผลการวิเคราะห์พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ มีความสัมพันธ์ กับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผลการวิเคราะห์พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ และการรับรู้แรงจูงใจเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านนโยบาย

1. จากผลการวิจัย พบว่าความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม จึงควรมีการสนับสนุนในเรื่องต่าง ๆ เช่น วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ ในการให้การพยาบาล รวมถึงการจัดอบรมในเนื้อหาต่าง ๆ ในการป้องกันการหกล้ม เช่น อุปกรณ์ช่วยเดิน สื่อการเรียนการสอน เป็นต้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลนำไปใช้แนะนำให้กับผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องต่อไป

2. ควรมีการประสานงานกับหน่วยต่าง ๆ ด้านการแพทย์ทั้ง ภายในและภายนอกโรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า เพื่อถ่ายทอดความรู้ให้เจ้าหน้าที่เพื่อให้สามารถนำความรู้ที่ได้นั้น ไปให้คำแนะนำและส่งเสริม ให้กับ ประชาชน ในแต่ละภูมิภาคได้อย่างทั่วถึง เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลหลักในเครือข่าย ทพบก หากผู้บังคับบัญชาตอบสนองนโยบาย จะสามารถขยายผลต่อไปได้ง่าย เช่นการขยายเครือข่ายไปยังโรงพยาบาลค่ายในจังหวัดต่าง ๆ รวมถึงขยายผลไปยังทหารที่อยู่ในเขตพื้นที่ทุรกันดาร ชายแดนต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนได้รับความรู้ มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากสถิติ พบว่าในอนาคตประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นจึงควรมีการจัดโครงการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุแล้วมีการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว โดยให้ญาติเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพกับทางโรงพยาบาล ในการรักษาและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและป้องกันไม่ให้เกิดการหกล้มซ้ำเมื่อจำหน่ายกลับบ้านและมีการติดตามประเมินผลต่อเนื่องในระยะยาวต่อไป

2. ในเรื่องของหลักสูตรการเรียนเกี่ยวกับผู้สูงอายุในระดับการศึกษา และการปฏิบัติงานภาคสนามของทหารในพื้นที่ทุรกันดารต่าง ๆ ในทุกภูมิภาคของประเทศ และต่างประเทศ ควรสอดแทรกเนื้อหาทางวิชาการในการให้ความรู้ ในเรื่องของการหกล้มในด้าน ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และรักษา เพื่อจะได้เป็นแนวทางในการดูแลประชาชนต่อไป เช่น การจัดกิจกรรม หรือโครงการในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ในเรื่อง การรับประทานอาหาร การจัดสิ่งแวดล้อม การเคลื่อนไหว

ในแต่ละอิริยาบถ รวมถึงการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยในกลุ่มอายุต่าง ๆ เช่น วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ เพื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม เพื่อเป็นแนวทางในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อไป
2. นำผลการวิจัยไปสร้างโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ
3. ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาวิจัยให้มากขึ้นอาจมีการจัดโปรแกรมภายในโรงพยาบาล หรือแหล่งชุมชนผู้สูงอายุ แล้วมีการติดตามผลการดำเนินงานเพื่อดูความก้าวหน้าต่อไป
4. ควรมีการขยายการศึกษาในเรื่องการป้องกันการหกล้มให้แก่หน่วยส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ เช่น สถานีอนามัย โรงพยาบาลต่าง ๆ เพื่อเป็นประโยชน์กับประชาชนผู้สนใจต่อไป

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กรมแพทย์ทหารบก. 2548. รายงานสถิติโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พศ 2548. กรุงเทพฯ.

กิตติยา เฟื่องพล. 2544 . การปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์
และสาธารณสุขของบุคลากรพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

เกศินี หาญจางสิทธิ์. 2537. อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุที่บ้านของผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

จันทน์ สัจจุระ. 2540. ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและการติดเชื้อ
จากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของพยาบาลในโรงพยาบาลพัทลุง.
วารสารการศึกษาการพยาบาล. 8(2): 65-72.

จันทร์พร้อม อุตสาคร. 2540. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของ
เจ้าหน้าที่สถานอนามัยในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชนิดา สุรจิตต์. 2543. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาล
สตรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์. 2538. สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ. ศุภนิชการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

ดาร์รัตน์ ดำรงกุลชาติ. 2544. การติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล
หาดใหญ่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ธวัชชัย ชัยจิรฉายกุล. 2535. จุดมุ่งหมายสำหรับการเรียนการสอนและการพัฒนาหลักสูตร
แนวคิด และแนวปฏิบัติ. โอ.เอส.พรินติ้งเฮาส์, กรุงเทพฯ.

รัชวัลย์ บุญโถม. 2538. การศึกษาเปรียบเทียบบทบาทในการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านสำหรับผู้
สูงอายุที่มารับบริการโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาล
ปากเกร็ดและปากเกร็ดเวชการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

นฤมล โควินท์วิวัฒน์. 2541. พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทาง
การแพทย์และสาธารณสุขของบุคลากรหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลในสังกัด
กรมการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ.

นพวรรณ ภัทรวงศา. 2542. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการไม่ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของ
ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

นาริรัตน์ จิตรมนตรี. 2541. รายงานการวิจัยการศึกษาสภาพแวดล้อมในบ้านที่เสี่ยงต่อการเกิด
อุบัติเหตุหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์. 16(3): 34-43.

นิภา มนูญปิจุ. 2529. การวิจัยทางสุขศึกษา. โรงพิมพ์อักษรบัณฑิต, กรุงเทพฯ.

นุชขงค์ เขาวพานนท์. 2544. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการและควบคุมการติดเชื้อใน
โรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลแมคคอร์มิค. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บรรลุ ศิริพานิช. 2540. งานผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัย
สิ่งแวดล้อม 22 (120): 107.

_____. 2542. อุบัติเหตุในผู้สูงอายุ. วารสารเพื่อสุขภาพ 11(1):49-51.

_____. 2542. คู่มือผู้สูงอายุ ฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 12. พิมพ์ดี, กรุงเทพฯ .

_____. 2542. ผู้สูงอายุไทย. สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, กรุงเทพฯ .

บุญชม ศรีสะอาด. 2535. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์สุวิริยาสาน, กรุงเทพฯ.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2540. ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7.
โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, กรุงเทพฯ.

เบญจพร แก้วมีศรี. 2534. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่
แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์. 2534. การศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช:
ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์.

ผาณิต สกฤตพัฒนะ. 2537. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพใน
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พีรดา ไรจน์ชีวิน. 2539. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์การป้องกันฝุ่นของตำรวจ
จราจรในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล. 2543. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลจากการหกล้มในผู้สูงอายุโดยศึกษา
ประชากรที่สูงอายุที่ได้รับการตรวจรักษาด้วยปัญหาหกล้มที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก
แผนกฉุกเฉิน และแผนกอร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลรามธิบดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท,
มหาวิทยาลัยมหิดล.

เพ็ญศิริ แก้วกสิกิจ. 2548. พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของพยาบาลวิชาชีพในวิทยาลัย
แพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัย
เกษตรศาสตร์.

ภิรมย์ ทับทิมเทศ. 2546. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในชมรม
ผู้สูงอายุโรงพยาบาลศรีธัญญา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ราชบัณฑิตยสถาน. 2525. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. สำนักพิมพ์อักษรเจริญทัศน์, กรุงเทพฯ.

ลัดดาวัลย์ อันเมฆ. 2545. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

วิรุฬ เหล่าภัทรเกษม. 2548. บรรณาธิการ. ตำราออร์โธปิดิกส์. ศิริภักต์ออฟเซต, ขอนแก่น.

วันทนี ทิพย์ถาวรณกุล. 2539. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามหลักการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ของพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศศิธร สิริทิสระเดช. 2548. รายงานสถิติโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. เอส อาร์ พรินติ้งแมสโปรดักส์จำกัด, กรุงเทพฯ.

ศิริพร ลิ้มพัฒนานนท์. 2542. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันตกของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมถวิล เมืองพระ. 2538. การศึกษาเรื่องพฤติกรรมอนามัยของคณงานระดับปฏิบัติการเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน: ศึกษาการเฉพาะกรณีอุตสาหกรรมการผลิตผลิตภัณฑ์จากโลหะเครื่องจักรและอุปกรณ์ เขตอำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สราวุธ วลัยขพุกย์. 2543. ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ในการวางแผน พัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับชุมชน จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สร้อยตระกูล อรรถมานะ. 2542. พฤติกรรมองค์การ :ทฤษฎีและการประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, กรุงเทพฯ.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. 2548. **คู่มือการอบรมการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ**. โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, กรุงเทพฯ.

_____. 2548. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2548**. โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, กรุงเทพฯ.

_____. 2549. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2549**. โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, กรุงเทพฯ.

สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ. 2548. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย**. โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, กรุงเทพฯ.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2542. **แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขภาพศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**. พิมพ์ที่กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2549ก **รายการสำรวจเกี่ยวกับอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549**. อักษรไทย, กรุงเทพฯ.

_____. 2549ข **สถิติรายปีประเทศไทย พ.ศ. 2549**. อรุณการพิมพ์, กรุงเทพฯ.

สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. 2541. **ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของพยาบาลสำเร็จใหม่ในโรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุปราณี ชมมุก. 2540. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในจังหวัดราชบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. 2535. แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่ออำนาจภายใน- ภายนอกตน ด้านสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุพัตรา สุภาพ. 2531. สังคมและวัฒนธรรมไทย: ค่านิยม ครอบครัว ศาสนา ประเพณี. พิมพ์ครั้งที่ 6. โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, กรุงเทพฯ.

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. 2544. ตำราตรวจวินิจฉัยโรคทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 3. สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, กรุงเทพฯ.

สุวรรณ ชีรชนากร. 2544. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดมดลูกและรังไข่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

สุรีย์พร ศรียาววุฒิวิทย์. 2534. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชุมชนย่อยเขตเทศบาลเมืองนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

โสภณา เพ็งอุบล. 2544. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากมลพิษทางอากาศและเสียงของตำรวจจราจรในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรอนงค์ สุพรรณจนากพ. 2543. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการโรคปอดอักเสบของผู้ปกครองที่พาเด็กมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

อรนัฏร โตษยานนท์. 2542. การทรงตัวและปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุแผนงานวิจัยเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ วันที่ 22- 24 พฤศจิกายน 2542. เล่ม 1.

อัจรา ชีรชัย. 2529. พฤติกรรมการปฏิบัติตนของมารดาเมื่อบุตรป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- Becker, H.M. 1975. **The Health Belief Model and Sick Role Behavior: In The Health Belief Model and Personal Health Behavior.** Charles B. Slack, Inc ., New Jersey.
- _____ and L.M. Maiman. 1974. The Health Belief Model and Sick Role Behavior. **Health Education Monograph** 2: 404-409.
- _____, 1977. The Health Belief Model in Selected Psychosocial Model and Correlates of Individual Health- Related Behaviors. **Medical Care** 15 : 27.
- Bloom, B.S., J.T. Hastings and F.G. Madaus. 1971. **Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning.** Mc Graw-Hill Book Company, New York.
- James ,E.B. and U.J Renner. 1977. **Hand book of The Psychological of Aging.** Van no Strand, New York.
- Roup, B. J. 1995. Factors Associated with Universal Precaution Compliance by Critical Care Nurse. **Dissertation Abstracts International** 56(4);42-55.
- Sorock ,G.S. and D.M. Labiner. 1992. Peripheral Neuromuscular Dysfunction and Falls in an Elderly Cohort. **American Journal of Epidemiology.** 136: 584-591.
- Stone, J.T. 1991. The Problem of Fall.**Clinical gerontological Nursing: A Guide to Advanced Practice.** Saunders, Philadelphia.
- Tinetti, M.E. 1994. A Multifactorial Intervention to Reduce The Risk of Falling Among Elderly People Living in the Community. **New England Journal of Medicine.**99 (4): 821-827.
- _____, 1989. Prevention of Fall Among the Elderly. **New England Journal of Medicine** 32(87): 1055-1059.

Tinetti, M.E. 1988. Risk Factor for Falls Among Elderly Persons Living in the Community.
New England Journal of Medicine 319(166): 1701-1707.

Rosenstock, N.k. and M.H. Becker. 1974. **The Health Belief Model: A Decade Later.**
Health Education Quarterly. 11(4): 147-152.

Tideisaar, R. 1987. Fall Prevention in Home. **Topic in Geriatric Rehabilitation**, 3(1): 57-64.

_____. 1996. Preventing Falls: How to Identify Risk Factor Reduce Complication.
Geriatric, 51(2): 43-53.

Tinetti, M.E. 1988. Risk Factor for Falls Among Elderly Persons Living in the Community.
New England Journal of Medicine, 26(88): 1701-1707.

Yamane, T. 1973. **Statistic: Introductory Analysis.** Hyper International Edition, Tokyo.

Yasumura, S. 1994. Rick factors for falls among the elderly living in a japan rural
 community. **Nippon-koshu-Eisei-Zasshi.** 41(58): 528-537.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสัมภาษณ์

1. พันเอก(พิเศษ)นายแพทย์ ศรีณย์ จิระพันธุ์
 ศัลยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน
 กรมแพทย์ทหารบก
2. พันตรีนายแพทย์อารัญ สวัสดิ์พงษ์
 ศัลยแพทย์โรคกระดูก
 กองอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
3. นายแพทย์สาริต ปฏิภาณจำรัส
 ศัลยแพทย์โรคกระดูก โรงพยาบาลมหาชัย 1
4. พันโทหญิงจรรุวรรณ ปี่ทอง
 หัวหน้าหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง
 กองอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัตนา มาศเกษม
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ระดับ 8
 กลุ่มงาน อายุรศาสตร์ ภาควิชา การพยาบาลอายุรศาสตร์
 คณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี

ภาคผนวก ข
แบบสัมภาษณ์การวิจัย

แบบสัมภาษณ์เพื่อการวิจัย

เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหัตถ์ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทางชีวสังคม

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

ตอนที่ 3 ข้อมูลแบบสัมภาษณ์ ความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้งหมด 5 ด้านดังนี้

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

3.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

3.5 การรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทางชีวสังคม

1. อายุ

60-69 ปี

70-79 ปี

80-89 ปี

90 ปีขึ้นไป

2. การศึกษาสูงสุด

ไม่ได้เรียน

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย

ประกาศนียบัตร / อนุปริญญา

ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

3. สถานภาพสมรส

โสด

คู่

แยกกันอยู่ / หย่าร้าง / ม่าย

4. อาชีพหลัก

รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ

รับจ้าง

ว่างงาน

ข้าราชการบำนาญ

ธุรกิจส่วนตัว

อื่น ๆ ระบุ.....

5. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

ต่ำกว่า 5,000 บาท

5,000 – 9,999 บาท

10,000 – 19,999 บาท

20,000 – 30,000 บาท

ตั้งแต่ 30,000 บาทขึ้นไป

6. การเกิดการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา

ไม่เคย

เคย

6.1 จำนวนครั้งของการหกล้ม ครั้ง

7. สาเหตุของการหกล้มในครั้งนี้

หกล้มในห้องน้ำ

หกล้มตกบันได

หกล้มจากการถูกรถชน

หกล้มจากหน้ามีด เป็นลม

หกล้มจากการลื่นไถล

อื่น ๆ ระบุ.....

.....

8. การมีวิธีการป้องกันการหกล้ม

ไม่มี

มี ระบุ.....

.....

9. ผู้ที่ดูแลเมื่อขามปกติและขามเจ็บป่วย

บุตรหลาน

คู่สมรส

อื่น ๆ ระบุ.....

.....

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

ลำดับ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1	เครื่องแต่งกายรวมถึงเสื้อผ้าที่มีขนาดใหญ่ หรือยาวรุ่มร่าม จะทำให้เกิดการสะดุด			
2	รองเท้าที่อ่อนตัวจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มได้มาก			
3	การใช้ไม้เท้าช่วยเดินต้องแน่ใจว่าไม้เท้ามีความพอดี มียางกันลื่นที่ปลายไม้เท้า			
4	เครื่องช่วยในการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการหกล้ม			
5	กรณีฝนตกถนนลื่นผู้สูงอายุต้องเดินด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ			
6	ผู้สูงอายุที่ใส่ถุงเท้าเดินบนพื้นบ้านที่เป็นพื้นขัดมัน พื้นกระเบื้อง หรือหินแกรนิตเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้หกล้มได้			
7	แสงสลัวบริเวณบันไดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ หกล้มได้			
8	สีของพรมปูพื้นที่เป็นลวดลายทำให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวผิดพลาดนำไปสู่การเสียสมดุลหกล้มได้			
9	ควรติดตั้งราวจับไว้ข้างผนังห้องน้ำ หรือข้างอ่างน้ำ สำหรับยึดเกาะได้ง่ายเมื่อเสียการทรงตัว			
10	ขณะขึ้นลงบันไดควรเกาะราวบันได เพราะจะทำให้ ไม่เสียการทรงตัว			

ตอนที่ 3 ข้อมูลแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้ปวยสูงอายุ

ลำดับ	การรับรู้โอกาสเสี่ยง	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1	การแยกห้องน้ำ และห้องส้วม ไว้คนละห้อง ทำให้เกิดการหกล้มได้น้อยกว่าอยู่รวมกัน				
2	ผู้สูงอายุมีโอกาสหกล้มจากการเดินข้ามถนน ในเวลากลางคืนได้				
3	ขณะเดินข้ามถนนควรใช้ร่มที่สามารถมองเห็น ปีกร่มได้จะปลอดภัยกว่า				
4	ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำ เป็นปัจจัย ที่ทำให้มีโอกาสหกล้มได้ง่าย				
5	ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ควรปรึกษาแพทย์ก่อน ว่าสามารถออกกำลังกายได้หรือไม่ เพื่อป้องกัน การหกล้ม				
6	การเป็นหูดหรือ ตาปลา ทำให้เกิดความเจ็บปวด ขณะเคลื่อนไหว ทำให้เสียการทรงตัวได้				
7	แสงสะท้อนตามขั้นบันไดจะทำให้มีการหกล้ม ได้ง่าย				
8	แสงสลัว ตามบริเวณมุมบ้าน และบันไดทำให้ ผู้สูงอายุมองเห็นไม่ชัดเจนทำให้หกล้มได้				
9	ผู้สูงอายุมักจะมีการเสื่อมของสายตาโดยมีการ ลดลงของความชัดเจนและ การรับรู้ความตื้นลึก ของพื้นทางเดินอาจทำให้ผู้สูงอายุสะดุดหกล้ม				
10	พื้นบ้านที่เป็นหินอ่อน หรือหินแกรนิตอาจทำให้ ลื่นหกล้มได้ง่าย				

ลำดับ	การรับรู้โอกาสเสี่ยง	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
11	ผู้สูงอายุที่ไต่สูงเท้าเดินบนพื้นบ้าน มีโอกาสลื่น หกล้มได้				
12	การใช้เครื่องช่วยในการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า เครื่องพยุงเดิน ที่มีขนาดไม่เหมาะสม และใช้ ไม่ถูกต้อง จะทำให้การเคลื่อนไหวติดขัด และ เสี่ยงการทรงตัว				
13	บันไดที่ไม่มีราวยึดเกาะหรือมีราวยึดเกาะ ไม่ มั่นคงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการหกล้ม				
14	สัตว์เลี้ยงที่นอนอยู่ตามทางเดิน หรือขึ้นบันได เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้หกล้ม				

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในผู้ปวยสูงอายุ

ลำดับ	การรับรู้ความรุนแรง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1	การหกล้มในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุการบาดเจ็บ ในผู้สูงอายุเป็นอันดับที่ 1				
2	ผู้สูงอายุในเพศหญิงมีสัดส่วนจำนวนที่หกล้มสูง กว่าในเพศชาย				
3	ผู้สูงอายุเมื่อเกิดการหกล้ม ถ้าไม่ได้รับการดูแล รักษาที่ถูกต้องมักเกิดอันตรายได้มาก				
4	ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เมื่อหกล้มมักจะเกิดกระดูกหัก ได้น้อยกว่าวัยอื่น ๆ				
5	ผู้สูงอายุเมื่อเกิดการหกล้มแล้วรีบมารับการ รักษาจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้น้อย				

ลำดับ	การรับรู้ความรุนแรง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
6	ผู้สูงอายุที่มีประวัติการหมดประจำเดือน (ก่อนอายุ 45 ปี) เมื่อหกล้มมีโอกาสกระดูกหัก ได้มาก				
7	ขณะที่ออกกำลังกายถ้าเกิดการผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ ตาพร่ามัว ใจสั่น แน่นหน้าอก หรือ เหนื่อยผิดปกติ ควรหยุดออกกำลังกายทันที				
8	การรับประทานยาที่มีผลต่อการทำงานของ ระบบต่าง ๆ เช่น ยาแก้ปวด ยานอนหลับควร หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการหกล้ม				
9	โถส้วมที่มีที่จับถ่ายแบบนั่งยอง ๆ การนั่งนาน ๆ อาจนำไปสู่อาการหน้ามืด ความดันโลหิตต่ำ นำไปสู่การหกล้มได้				
10	การถือของพะรุงพะรังโดยใช้มือสองข้างถือของ เวลาเดินขึ้นลงบันไดมีโอกาสหกล้มได้ง่าย				
11	ทางเดินที่มีระดับแตกต่างไม่สม่ำเสมอจะทำให้ ผู้สูงอายุหกล้มได้ง่าย				
12	การจัดทำราวจับผนังในบ้านให้กับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเวลาลุกขึ้นหลังตื่นนอนช่วยป้องกัน การหกล้ม				

3.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ

ลำดับ	การรับรู้ประโยชน์	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1	ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่นใน นม ฝักบางชนิด เป็นต้น เพราะจะช่วย เสริมสร้างให้กระดูกแข็งแรง และช่วยป้องกัน ปัญหาโรคกระดูกพรุน				
2	ผู้สูงอายุควรหมั่นออกกำลังกายเป็นประจำ อย่าง น้อย สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที เพราะ จะช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อและกระดูกให้ แข็งแรง				
3	ผู้สูงอายุควรมีหมายเลขโทรศัพท์สำหรับติดต่อ ลูกเงิน ไว้ให้ชัดเจน เพราะเมื่อผู้สูงอายุหกล้ม จะได้มีคนมาช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที				
4	ผู้สูงอายุควรสวมใส่เสื้อผ้าที่พอสวยกับตัว ไม่หลวมหรือรุงรังเกินไป เพราะจะทำให้เกิด การสะดุด เกี่ยวหกล้มได้				
5	ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงการใช้แว่นตาที่มีการ แก้วใส 2-3 ชนิดในแว่นตาอันเดียวกัน เพราะจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการรับรู้ขนาด และการคำนวณก้าวระยะผิดพลาดซึ่งจะทำให้เกิด การหกล้มได้				
6	ผู้สูงอายุควรใช้พรมเช็ดเท้าที่ยึดเกาะพื้น เพราะ จะช่วยให้อยืนขึ้นได้มั่นคง และป้องกันการลื่นล้ม				
7	ผู้สูงอายุควรเลือกรองเท้าที่มีขนาดพอดีไม่คับ หรือหลวมเกินไป เพราะจะทำให้เสียการทรงตัว				
8	ผู้สูงอายุควรเลือกรองเท้าชนิดที่พื้นเกาะได้ดี เพราะจะได้ไม่ทำให้อันตราย				

ลำดับ	การรับรู้ประโยชน์	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
9	ขณะเดินขึ้นลงบันไดผู้สูงอายุควรเกาะราวให้มั่นคงอย่างน้อยหนึ่งข้าง เพราะช่วยป้องกันการหกล้มได้				
10	ขอบบันไดแต่ละขั้นควรใช้สีติดกันเพราะจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจน				
11	ผู้สูงอายุควรจัดวางของใช้ในบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อยเพราะจะทำให้เดินไปมาได้สะดวกและช่วยป้องกันการหกล้มได้				
12	ผู้สูงอายุไม่ควรใช้เครื่องเรือนที่มีล้อ เพราะจะช่วยป้องกันเมื่อเกิดการหกล้ม หรือลื่นไถลจะสามารถยึดเกาะ หรือ พยุงน้ำหนักได้				
13	ควรดูแลเช็ดห้องอาบน้ำ และ ห้องส้วมให้แห้งอยู่เสมอ โดยเฉพาะ หลังอาบน้ำ เพราะจะช่วยป้องกันการหกล้มจากการลื่นไถลในผู้สูงอายุได้				

3.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ

ลำดับ	การรับรู้อุปสรรค	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1	การจัดบ้านให้มีแสงสว่างเพียงพอจำเป็นต้องซื้ออุปกรณ์ไฟฟ้าหลายอย่างทำให้สิ้นเปลืองค่าไฟฟ้า				
2	การทำราวจับในห้องน้ำ ห้องนอน และบันไดทำให้ยุ่งยาก และเสียเวลาในการทำงาน				
3	การจัดของใช้ต่าง ๆ ภายในบ้านให้เป็นระเบียบต้องใช้เวลาานาน ทำให้เสียเวลาในการทำงาน				

ลำดับ	การรับรู้อุปสรรค	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
4	การเปลี่ยนของใช้ในบ้านที่ชำรุด เช่น โต๊ะ เก้าอี้ เฟอร์นิเจอร์ต่าง ๆ จะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการ ซ่อมบำรุง และทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย				
5	การใช้อุปกรณ์ช่วยพยุง ในการเดินเป็นเรื่องที่ แปลกจากคนอื่น				
6	การจัดวางพรมกันลื่น ไว้หน้าห้องน้ำจะเป็น อุปสรรคขัดขวาง เวลาทำความสะอาดจะทำให้ เกะกะ				
7	การทาสีขอบบันได แต่ละชั้นให้มีสีติดกันทำให้ แปลกจากคนอื่น				
8	การติดตั้งอุปกรณ์ราวจับ และอุปกรณ์ช่วยพยุง จะถูกมองว่าเป็นคนพิการ				
9	การสวมใส่รองเท้าที่มีพื้นยางกันลื่น มองเห็นได้ ชัดเจนจะถูกคนรอบข้างมองว่าโบราณ ล้าสมัย				
10	การติดตั้งกริ่งไว้ในห้องต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการออกแบบติดตั้ง				
11	อาหารเสริมที่มีแคลเซียมสูงสำหรับผู้สูงอายุ มีราคาแพงและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย				
12	การตรวจมวลกระดูกในผู้สูงอายุใช้เวลา ในการตรวจ นานทำให้เสียเวลา				

3.5 การรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ

ลำดับ	แรงจูงใจ	มาก	พอควร	น้อย	ไม่มี
1	การสนับสนุนของครอบครัวให้มีการป้องกันการหกล้มโดยการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เป็นระเบียบ				
2	การได้รับข้อมูลข่าวสารในการป้องกันการหกล้มจากในสื่อสิ่งพิมพ์ โทรทัศน์ และบุคคลรอบข้างแนะนำ				
3	การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวให้มีการสวมใส่เสื้อผ้าที่กระชับ ไม่ยาวรุ่มร่าม เพื่อป้องกันการหกล้ม				
4	การสนับสนุนของครอบครัวให้มีการมีการดูแลตนเองโดยการสวมใส่รองเท้าที่มีพื้นยางกันลื่น สวมใส่กระชับ หรือรองเท้าหุ้มส้น				
5	การสนับสนุนของครอบครัวให้ออกกำลังกาย เพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุน				
6	การสนับสนุนของครอบครัวให้มีการติดตั้งไฟอยู่ใกล้ ๆ มือในส่วนบนสุดและส่วนล่างสุดของบ้าน				
7	การสนับสนุนของครอบครัวให้มีการจัดบ้าน และบริเวณบ้านให้มีแสงสว่างเพียงพอเพื่อป้องกันการหกล้ม				
8	การสนับสนุนของครอบครัวให้มีการจัดเตรียมคู่มือปฐมพยาบาล และชุดปฐมพยาบาลเบื้องต้นประจำบ้านเอาไว้				
9	การสนับสนุนของครอบครัวและทางโรงพยาบาล ให้ดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง และมีการตรวจสุขภาพ ประจำปี				

ลำดับ	แรงจูงใจ	มาก	พอควร	น้อย	ไม่มี
10	การสนับสนุนของครอบครัวในเวลาเดินขึ้นลงบันได ให้เกาะราวบันไดทุกครั้ง และไม่ถือของจนไม่สามารถเกาะราวบันไดได้				
11	การสนับสนุนของครอบครัวให้ดูแลจัดเครื่องเรือนในบ้านไม่ให้อยู่ในระดับที่สูง หรือต่ำเกินไป เช่น ตู้ เก้าอี้ เพราะจะทำให้มีความยากลำบากในการยกน้ำหนักตัว หรือการเอื้อมมือหยิบจับสิ่งของ				
12	การสนับสนุนของครอบครัวให้ดูแล และใช้เครื่องพยุงเดินที่มีขนาดเหมาะสม และศึกษาการใช้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการเสียการทรงตัว หกล้ม ได้				
13	ครอบครัว และบุคคลรอบข้างมีส่วนสนับสนุน และเป็นแรงจูงใจให้ท่านดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการหกล้ม				

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

ลำดับ	พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติ น้อยมาก	ไม่ได้ปฏิบัติ
1	การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง นาน 30 นาที เพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุนหรือโลหิตจาง				
2	การรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูงเพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุนหรือกระดูกบาง				
3	การสวมใส่รองเท้าที่พอดีไม่อ่อนนุ่มจนเกินไป				
4	การเดิน หรือ ข้ามถนน โดยเฉพาะฤดูฝนด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ				

ลำดับ	พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ปฏิบัติ น้อย มาก	ไม่ได้ ปฏิบัติ
5	การสวมใส่เสื้อสีขาวในเวลากลางวันเมื่อออกไป นอกบ้าน				
6	การเดินข้ามถนนบนทางม้าลาย สะพานข้ามถนน หรือบริเวณสี่แยกไฟแดง				
7	การดูแลเช็ดทำความสะอาดทันทีเมื่อมีเศษอาหาร หรือของเหลวหกบนพื้น				
8	การไม่ลืมหูละเลาะเวลาเข้าห้องน้ำเพื่อจะได้มีคนเข้า มาช่วยเหลือได้ทันเวลาเมื่อหกล้ม				
9	การดูแลเช็ดห้องน้ำห้องส้วมให้แห้งอยู่เสมอ				
10	การมีวัสดุหรือ อุปกรณ์กันลื่นในอ่างน้ำ หรือ บน พื้นที่อาบน้ำ				
11	การจัดวางสิ่งของตามพื้นให้เป็นระเบียบและ ระมัดระวังดูแลสัตว์เลี้ยงที่จะมากล่อเกี้ยว				
12	การมีการติดตั้งราวจับผนังห้องน้ำ หรือข้างอ่างน้ำ สำหรับยึดเกาะได้ง่าย เมื่อเสียการทรงตัว				
13	การจับราวให้มั่นคงทั้ง 2 ด้านเวลาเข้าห้องน้ำ หลีกเลี่ยงการใช้บันไดที่ชัน เพื่อป้องกันการหกล้ม				

ภาคผนวก ค

ค่าทางสถิติจำแนกเป็นรายชื่อของแบบสัมภาษณ์

ค่าทางสถิติจำแนกเป็นรายชื่อของแบบสัมภาษณ์
เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษา
ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิงโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ตารางผนวกที่ ค1 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ

ข้อที่	ข้อความถาม	$\bar{X}$	S.D.
1	เครื่องแต่งกายรวมถึงเสื้อผ้าที่มีขนาดใหญ่ หรือยาวรุ่มร่าม จะทำให้เกิดการสะดุด	.90	.30
2	รองเท้าที่อ่อนตัวจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มได้มาก	.91	.28
3	การใช้ไม้เท้าช่วยเดินต้องแน่ใจว่าไม้เท้ามีความพอดีมีขานกันลื่น ที่ปลายไม้เท้า	.87	.33
4	เครื่องช่วยในการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการหกล้ม	.84	.36
5	กรณีฝนตกถนนลื่นผู้สูงอายุต้องเดินด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ	.94	.20
6	ผู้สูงอายุที่ไต่สูงทำเดินบนพื้นบ้านที่เป็นพื้นขัดมัน พื้นกระเบื้อง หรือหินแกรนิตเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้หกล้มได้	.94	.23
7	แสงสว่างบริเวณบันไดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุหกล้มได้	.97	.16
8	สีของพรมปูพื้นที่เป็นลวดลายทำให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวผิดพลาดนำไปสู่การเสียสมดุลหกล้มได้	.97	.16
9	ควรติดตั้งราวจับไว้ข้างผนังห้องน้ำ หรือข้างอ่างน้ำ สำหรับยึดเกาะได้ง่ายเมื่อเสียการทรงตัว	.94	.23
10	ขณะขึ้นลงบันไดควรเกาะราวบันได เพราะจะทำให้ไม่เสียการทรงตัว	.94	.23

ตารางผนวกที่ ค2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ

ข้อที่	ข้อความคำถาม	$\bar{X}$	S.D.
1	การแยกห้องน้ำ และห้องส้วม ไว้คนละห้องทำให้เกิดการหกล้มได้น้อยกว่าอยู่รวมกัน	3.20	.82
2	ผู้สูงอายุมีโอกาสหกล้มจากการเดินข้ามถนนในเวลากลางคืนได้	3.40	.74
3	ขณะเดินข้ามถนนควรใช้ร่มที่สามารถมองเห็นได้ จะปลอดภัยกว่า	3.24	.80
4	ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำ เป็นปัจจัยที่ทำให้มีโอกาสหกล้มได้ง่าย	3.28	.76
5	ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ควรปรึกษาแพทย์ก่อนว่าสามารถออกกำลังกายได้หรือไม่ เพื่อป้องกันการหกล้ม	3.38	.76
6	การเป็นหูดหรือ ตาปลา ทำให้เกิดความเจ็บปวดขณะเคลื่อนไหว ทำให้เสียการทรงตัวได้	3.31	.82
7	แสงสะท้อนตามขั้นบันไดจะทำให้มีการหกล้มได้ง่าย	3.32	.77
8	แสงสลัว ตามบริเวณมุมบ้าน และบันไดทำให้ ผู้สูงอายุมองเห็นไม่ชัดเจนทำให้หกล้มได้	3.31	.84
9	ผู้สูงอายุมักจะมีการเสื่อมของสายตาโดยมีการลดลงของความชัดเจนและ การรับรู้ความตื้นลึกของพื้นทางเดินอาจทำให้ผู้สูงอายุสะดุดหกล้ม	3.28	.81
10	พื้นบ้านที่เป็นหินอ่อน หรือหินแกรนิตอาจทำให้ลื่นหกล้มได้ง่าย	3.27	.84
11	ผู้สูงอายุที่ใส่ถุงเท้าเดินบนพื้นบ้าน มีโอกาสลื่นหกล้มได้	3.34	.79
12	การใช้เครื่องช่วยในการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า เครื่องพยุงเดิน ที่มีขนาดไม่เหมาะสม และใช้ไม่ถูกต้อง จะทำให้การเคลื่อนไหวติดขัดและเสียการทรงตัว	3.15	.94
13	บันไดที่ไม่มีราวยึดเกาะหรือมีราวยึดเกาะไม่มั่นคงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการหกล้ม	3.38	.72
14	สัตว์เลี้ยงที่นอนอยู่ตามทางเดิน หรือขั้นบันได เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้หกล้ม	3.35	.79

ตารางผนวกที่ ก3 การรับรู้ความรุนแรงของการหกล้มในผู้สูงอายุ

ข้อที่	ข้อความถาม	$\bar{X}$	S.D.
1	การหกล้มในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุการบาดเจ็บในผู้สูงอายุเป็นอันดับที่ 1	3.15	.97
2	ผู้สูงอายุในเพศหญิงมีสัดส่วนจำนวนที่หกล้มสูงกว่าในเพศชาย	3.07	.99
3	ผู้สูงอายุเมื่อเกิดการหกล้ม ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง มักเกิดอันตรายได้มาก	3.25	.91
4	ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เมื่อหกล้มมักจะเกิดกระดูกหักได้น้อยกว่าวัยอื่นๆ	3.31	.82
5	ผู้สูงอายุเมื่อเกิดการหกล้มแล้วรีบมาได้รับการรักษาจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้น้อย	3.32	.82
6	ผู้สูงอายุที่มีประวัติการหมดประจำเดือน(ก่อนอายุ 45 ปี) เมื่อหกล้มมีโอกาสกระดูกหักได้มาก	3.02	3.34
7	ขณะที่ออกกำลังกายถ้าเกิดอาการผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ ตาพร่ามัว ใจเต้น แน่นหน้าอก หรือเหนื่อยผิดปกติ ควรหยุดออกกำลังกายทันที	3.34	.79
8	การรับประทานยาที่มีผลต่อการทำงานของระบบต่าง ๆ เช่น ยาแก้ปวด ยานอนหลับควรหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิด การหกล้ม	3.42	.71
9	โถส้วมที่มีที่จับถ่ายแบบนั่งของ ๆ การนั่งนาน ๆ อาจนำไปสู่อาการหน้ามืด ความดันโลหิตต่ำ นำไปสู่การหกล้มได้	3.35	.78
10	การถือของพะรุงพะรังโดยใช้มือสองข้างถือของเวลาเดินขึ้นลงบันไดมีโอกาสหกล้มได้ง่าย	3.38	.76
11	ทางเดินที่มีระดับแตกต่างไม่สม่ำเสมอจะทำให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ง่าย	3.38	.66
12	การจัดทำราวจับผนังในบ้านให้กับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเวลาลุกขึ้นหลังตื่นนอนช่วยป้องกันการหกล้ม	3.41	.67

ตารางผนวกที่ ค 4 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ

ข้อที่	ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.
1	ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่นในนํ้านม ผักบางชนิด เป็นต้น เพราะจะช่วยเสริมสร้างให้กระดูกแข็งแรง และช่วยป้องกันปัญหาโรคกระดูกพรุน	3.40	.71
2	ผู้สูงอายุควรหมั่นออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที เพราะจะช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อและกระดูกให้แข็งแรง	3.44	.75
3	ผู้สูงอายุควรมีหมายเลขโทรศัพท์สำหรับติดต่อฉุกเฉินไว้ให้ชัดเจน เพราะเมื่อผู้สูงอายุหกล้มจะได้มีคนมาช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที	3.51	.73
4	ผู้สูงอายุควรสวมใส่เสื้อผ้าที่พอสวยกับตัว ไม่หลวมหรือรัดเกินไป เพราะจะทำให้เกิดการสะดุด เกี่ยวหกล้มได้	3.48	.75
5	ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงการใช้แว่นตาที่มีการแก้ไขสายตา 2-3 ชนิดในแว่นตาอันเดียวกัน เพราะจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการรับรู้ขนาดและการคำนวณก้าวระยะผิดพลาดซึ่งจะทำให้เกิดการหกล้มได้	3.34	.84
6	ผู้สูงอายุควรใช้พรมเช็ดเท้าที่ยึดเกาะพื้น เพราะจะช่วยให้อยืนขึ้นได้อย่างมั่นคง และป้องกันการลื่นล้ม	3.51	.77
7	ผู้สูงอายุควรเลือกรองเท้าที่มีขนาดพอดีไม่คับหรือหลวมเกินไป เพราะจะทำให้เสียการทรงตัว	3.51	.77
8	ผู้สูงอายุควรเลือกรองเท้าชนิดที่พื้นเกาะได้ดี เพราะจะได้ไม่ทำให้ลื่นง่าย	3.52	.71
9	ขณะเดินขึ้นลงบันไดผู้สูงอายุควรเกาะราวให้มั่นคงอย่างน้อย หนึ่งข้าง เพราะช่วยป้องกันการหกล้มได้	3.42	.75
10	ขอบบันไดแต่ละขั้นควรใช้สีตัดกันเพราะจะช่วยทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจน	2.90	1.11
11	ผู้สูงอายุควรจัดวางของใช้ในบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อยเพราะจะทำให้เดินไปมาได้สะดวกและช่วยป้องกันการหกล้มได้	3.40	.74
12	ผู้สูงอายุไม่ควรใช้เครื่องเรือนที่มีล้อ เพราะจะช่วยป้องกันเมื่อเกิดการหกล้ม หรือลื่นไถลจะสามารถยึดเกาะ หรือ พยุงน้ำหนักได้	3.42	.77
13	ควรดูแลเช็ดห้องอาบน้ำ และ ห้องส้วมให้แห้ง อยู่เสมอ โดยเฉพาะหลังอาบน้ำ เพราะจะช่วยป้องกันการหกล้มจากการลื่นไถลในผู้สูงอายุได้	3.45	.71

ตารางผนวกที่ ก5 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ

ข้อที่	ข้อความถาม	$\bar{X}$	S.D.
1	การจัดบ้านให้มีแสงสว่างเพียงพอจำเป็นต้องซื้ออุปกรณ์ไฟฟ้า หลายอย่างทำให้สิ้นเปลืองค่าไฟฟ้า	3.14	1.02
2	การทำราวจับในห้องน้ำ ห้องนอน และบันได ทำให้ยุ่งยาก และ เสียเวลาในการทำงาน	3.24	.93
3	การจัดของใช้ต่าง ๆ ภายในบ้านให้เป็นระเบียบต้องใช้เวลาานาน ทำ ให้เสียเวลาในการทำงาน	3.28	.76
4	การเปลี่ยนของใช้ในบ้านที่ชำรุด เช่น โต๊ะ เก้าอี้ เฟอร์นิเจอร์ต่าง ๆ จะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซ่อมบำรุง และทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	3.15	.82
5	การใช้อุปกรณ์ช่วยพยุง ในการเดินเป็นเรื่องที่แปลกจากคนอื่น	3.04	.85
6	การจัดวางพรมกันลื่น ไว้หน้าห้องน้ำจะเป็นอุปสรรคขัดขวาง เวลาถู ทำความสะอาดจะทำให้เกะกะ	3.11	.89
7	การทาสีขอบบันได แต่ละชั้นให้มีสีตัดกันทำให้แปลกจากคนอื่น	2.68	1.04
8	การติดตั้งอุปกรณ์ราวจับ และอุปกรณ์ช่วยพยุงจะถูกมองว่า เป็นคน พิการ	2.97	.94
9	การสวมใส่รองเท้าที่มีพื้นยางกันลื่น มองเห็นได้ชัดเจนจะถูก คน รอบข้างมองว่าโบราณ ล้าสมัย	3.05	.91
10	การติดตั้งกริ่งไว้ในห้องต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง ใน การออกแบบติดตั้ง	3.24	.73
11	อาหารเสริมที่มีแคลเซียมสูงสำหรับผู้สูงอายุมีราคาแพงและ สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย	3.25	.81
12	การตรวจมวลกระดูกในผู้สูงอายุใช้เวลาในการตรวจ นานทำให้ เสียเวลา	3.24	.82

ตารางผนวกที่ 6 การรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ

ข้อที่	ข้อคำถาม	$\bar{X}$	S.D.
1	การสนับสนุนของครอบครัวให้มีการป้องกันการหกล้มโดยการ จัด สิ่งแวดล้อมในบ้านให้เป็นระเบียบ	3.24	.75
2	การได้รับข้อมูลข่าวสารในการป้องกันการหกล้มจากในสื่อสิ่งพิมพ์ โทรทัศน์ และบุคคลรอบข้างแนะนำ	2.97	.76
3	การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวให้มีการสวมใส่เสื้อผ้า ที่ กระชับ ไม่ยาวรุ่มร่าม เพื่อป้องกันการหกล้ม	3.31	.77
4	การสนับสนุนของครอบครัวให้มีการมีการดูแลตนเองโดยการ สวม ใส่รองเท้าที่มีพื้นยางกันลื่น สวมใส่กระชับ หรือรองเท้าหุ้มส้น	3.45	.75
5	การสนับสนุนของครอบครัวให้ออกกำลังกายเพื่อป้องกันภาวะ กระดูกพรุน	3.08	.71
6	การสนับสนุนของครอบครัวให้มีการติดสวิตช์ไฟอยู่ใกล้ ๆ มือ ใน ส่วนบนสุดและส่วนล่างสุดของบ้าน	3.22	.78
7	การสนับสนุนของครอบครัวให้มีการจัดบ้าน และบริเวณบ้าน ให้มี แสงสว่างเพียงพอเพื่อป้องกันการหกล้ม	3.34	.84
8	การสนับสนุนของครอบครัวให้มีการจัดเตรียมคู่มือปฐมพยาบาล และชุดปฐมพยาบาลเบื้องต้นประจำบ้านเอาไว้	3.14	.88
9	การสนับสนุนของครอบครัวและทางโรงพยาบาลให้ดูแลสุขภาพ อนามัยของตนเอง และมีการตรวจสุขภาพ ประจำปี	3.45	2.51
10	การสนับสนุนของครอบครัวในเวลาเดินขึ้นลงบันได ให้เกาะราว บันไดทุกครั้ง และไม่ถือของจนไม่สามารถเกาะราวบันไดได้	3.35	.81
11	การสนับสนุนของครอบครัวให้ดูแลจัดเครื่องเรือนในบ้านไม่ให้อยู่ ในระดับที่สูง หรือต่ำเกินไป เช่น ตู้ เก้าอี้ เพราะจะทำให้มีความ ยากลำบากในการยกน้ำหนักตัว หรือการเอื้อมมือหยิบจับสิ่งของ	3.21	.77
12	การสนับสนุนของครอบครัวให้ดูแล และใช้เครื่องพยุงเดินที่มีขนาด เหมาะสม และศึกษาการใช้อย่างถูกต้อง เพื่อป้องกัน การเสียการทรงตัว หกล้มได้	3.41	.67
13	ครอบครัว และบุคคลรอบข้างมีส่วนสนับสนุน และเป็นแรงจูงใจให้ ท่านดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการหกล้ม	3.45	.71

ตารางผนวกที่ ก7 พฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุ

ข้อที่	ข้อความถาม	$\bar{X}$	S.D.
1	การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง นาน 30 นาที เพื่อป้องกันภาวะกระดูกพรุนหรือโลหิตจาง	2.94	.65
2	การรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูงเพื่อป้องกันภาวะ กระดูกพรุนหรือกระดูกบาง	3.21	.65
3	การสวมใส่รองเท้าที่พอดีไม่อ่อนนุ่มจนเกินไป	3.51	.79
4	การเดิน หรือ ข้ามถนน โดยเฉพาะฤดูฝนด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ	3.54	.79
5	การสวมใส่เสื้อสีขาวในเวลากลางคืนเมื่อออกไปนอกบ้าน	3.40	.85
6	การเดินข้ามถนนบนทางม้าลาย สะพานข้ามถนน หรือบริเวณ สีแยกไฟแดง	3.15	.77
7	การดูแลเช็ดทำความสะอาดทันทีเมื่อมีเศษอาหารหรือของเหลวหกบนพื้น	3.37	.72
8	การไม่ลืมหันหลังเวลาเข้าห้องน้ำเพื่อจะได้มีคนเข้ามาช่วยเหลือได้ทันเวลาเมื่อหกล้ม	3.00	1.27
9	การดูแลเช็ดห้องน้ำห้องส้วมให้แห้งอยู่เสมอ	2.75	1.25
10	การมีวัสดุหรือ อุปกรณ์กันลื่นในอ่างน้ำ หรือบนพื้นที่อาบน้ำ	3.14	1.03
11	การจัดวางสิ่งของตามพื้นให้เป็นระเบียบและระมัดระวังดูแล สัตว์เลี้ยงที่จะมาคลอเคลีย	3.21	.96
12	การมีการติดตั้งราวจับผนังห้องน้ำ หรือข้างอ่างน้ำสำหรับยึดเกาะได้ง่าย เมื่อเสียการทรงตัว	3.28	.93
13	การจับราวให้มั่นคงทั้ง 2 ด้านเวลาเข้าห้องน้ำหลีกเลี่ยงการใช้บันไดที่ชัน เพื่อป้องกันการหกล้ม	3.50	.69

ประวัติการศึกษา และการทำงาน

ชื่อ –นามสกุล	นางสาวณัฐกานต์ ชียะ
วัน เดือน ปี ที่เกิด	09 พฤศจิกายน 2522
สถานที่เกิด	จังหวัดน่าน
ประวัติการศึกษา	พ.ศ 2546 พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตรแมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ พ.ศ.2550 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	หอผู้ป่วยอุบัติเหตุหญิง 5 กองอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า