

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้แนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เพื่อบรรยายประสบการณ์ความกลัวต่อการหกล้มของผู้สูงอายุที่เคยหกล้ม ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความ แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการทำวิจัย ซึ่งสรุปประเด็นเสนอตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการหกล้ม
 - 1.1 ความหมายของการหกล้ม
 - 1.2 กระบวนการสูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุ
 - 1.3 การประเมินผู้สูงอายุเกี่ยวกับการหกล้ม
 - 1.4 ผลกระทบของการหกล้มต่อผู้สูงอายุ
 - 1.5 บทบาทของพยาบาลในการป้องกันการหกล้มในชุมชน
 - 1.6 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน
2. แนวคิดเกี่ยวกับความกลัวการหกล้ม
 - 2.1 ความหมายของความกลัว
 - 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความกลัว
 - 2.3 กลไกการเกิดความกลัว
 - 2.4 ปฏิกริยาที่แสดงออกถึงความกลัว
 - 2.5 ความกลัวการหกล้ม
 - 2.6 อุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้ม
 - 2.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม
 - 2.8 ผลที่เกิดตามมาจากความกลัวการหกล้ม
3. บทบาทพยาบาลวิชาชีพต่อปัญหาความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ
4. แนวคิดการวิจัยเชิงคุณภาพและทฤษฎีเชิงปรากฏการณ์วิทยา
5. การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับการหกล้ม

1.1 ความหมายของการหกล้ม มีผู้ให้ความหมายของการหกล้มไว้อย่างมากมาย ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ดังนี้

การหกล้ม หมายถึงการสะดุดที่ไม่ได้คาดล่วงหน้าทำให้ตกสู่พื้น ซึ่งจะรวมทั้งการตกที่อาจทำให้ได้รับบาดเจ็บหรือไม่ก็ได้ (Lawrence & Maher, 1992)

การหกล้ม หมายถึง อุบัติเหตุที่ไม่สามารถควบคุมหรือจัดการได้ซึ่งทำให้ผู้ป่วยตก ร่วงลงสู่พื้น (Brady et al., 1993: 26-30 อ้างถึงในจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548)

การหกล้ม หมายถึงการที่เกิดการเปลี่ยนท่าโดยไม่ตั้งใจและเป็นผลให้ร่างกายทรุดหรือลงนอนกับพื้นหรือปะทะสิ่งของต่างๆ เช่น โต๊ะ และไม่นับรวมการหกล้มที่เกิดจากอุบัติเหตุร้ายแรง เช่น ถูกรถชน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544: 134)

การหกล้ม หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดคิดมาก่อน ไม่ได้ตั้งใจ เกิดขึ้นโดยบังเอิญ ทำให้ร่างกายเสียสมดุลและตกไปที่พื้นหรือในระดับที่ต่ำกว่า ซึ่งมีสาเหตุมาจากการสะดุด การลื่น การตกบันได ตกเก้าอี้หรือเตียง (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548)

การหกล้ม หมายถึง การสูญเสียการทรงตัวของร่างกายเกิดขึ้นทันทีทันใด โดยไม่ได้ตั้งใจ ทำให้ร่างกายตกลงสู่พื้นหรือปะทะกับสิ่งอื่น เช่น บันได เก้าอี้ (Koski, 1998 อ้างถึงใน Kumar et al., 2008)

สรุป การหกล้ม หมายถึง การสูญเสียการทรงตัวของร่างกาย หรือการเปลี่ยนท่าโดยไม่ตั้งใจ เป็นผลทำให้ร่างกายทรุดตัวลงนั่งหรือนอนกับพื้น หรือปะทะสิ่งของต่างๆ ทั้งจากอาการหน้ามืด เป็นลม ชาอ่อนแรง และจากการสะดุด เกยวติง ลื่นไถล เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ไม่สามารถควบคุมได้

1.2 กระบวนการสูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุ

กระบวนการสูงอายุเป็นกระบวนการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่างๆ ในร่างกายเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนเจริญเติบโตเป็นทารกและเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ในช่วงเวลานี้เซลล์จะเปลี่ยนแปลงในทางเสริมสร้างทำให้เกิดการเจริญเติบโต เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วจะมีการสลายของเซลล์มากกว่าการสร้างจึงพบว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระในทางที่เสื่อมถอยลง การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ บกพร่องและเกิดพยาธิสภาพในหลายระบบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย ดังนั้นการทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานของผู้สูงอายุ กระบวนการสูงอายุซึ่งจะรวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายภาพและสรีรวิทยา จะทำให้เกิดความเข้าใจแนวทางการดูแลผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น การหกล้มเกิดขึ้นโดยมีองค์ประกอบหลายอย่าง ซึ่งปัจจัยสาเหตุแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ปัจจัยภายในร่างกาย (Intrinsic factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือส่งเสริมให้เกิดการ

หกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

1.1 การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ได้แก่ ความบกพร่องในด้านต่างๆ ดังนี้

1.1.1 ความบกพร่องทางการมองเห็น จากการลดลงของเซลล์เรตินา เลนส์ตามีความหนาตัวขึ้น ความยืดหยุ่นน้อยลง ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับระยะสายตาของผู้สูงอายุ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; Lord, 2006; Abdelhafiz and Austin, 2003) ดังนี้

ก) การลดลงของความชัดเจนและการรับรู้ความตื้นลึก ทำให้ผู้สูงอายุอาจสะดุดหกล้มได้ง่าย

ข) การลดลงของลานสายตา ทำให้ผู้สูงอายุมองไม่เห็นหรือไม่ตระหนักถึงคนหรือวัตถุที่เคลื่อนเข้ามาใกล้

ค) รูม่านตาขนาดเล็กลงเนื่องจากความสูงอายุ โดยที่ม่านตาได้รับแสงจำนวนเท่าเดิมแต่มีการหดตัวน้อยลงทำให้ขนาดของม่านตาใหญ่ขึ้น ส่งผลให้จำนวนแสงที่เข้าสู่ดวงตาของผู้สูงอายุมีเพียงหนึ่งในสามของจำนวนแสงที่ได้รับ ทำให้สายตาของผู้สูงอายุจะไม่สามารถรับภาพได้ดีในที่ที่มีแสงสลัว เช่น บริเวณทางเดิน หน้าห้องน้ำ

ง) ความเสื่อมต่อการเห็นภาพสี เช่น เขียว-แดง / เข้ม-อ่อนของสี ทำให้เกิดปัญหาในการรับรู้ภาพของพื้น โดยเฉพาะพื้นทางเดินที่ตกแต่งลาย ปูพรมมีลวดลาย

1.1.2 ความบกพร่องของการทรงตัว พบว่าในวัยสูงอายุมีกลไกในการทำงานที่ควบคุมการทรงตัวของระบบอวัยวะต่างๆลดลง ทำให้สมดุลในการทรงตัวบกพร่องโดยเฉพาะผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาการทำงานของอวัยวะหูชั้นใน อาจมีการติดเชื้อหรือการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ส่งผลให้ระบบควบคุมการทรงตัวและการเคลื่อนไหวผิดปกติ ทำให้เกิดอาการบ้านหมุน (Vertigo) นำไปสู่การหกล้มได้ (Lord et al., 2001; Ebersole, Hess and Luggen, 2004)

1.1.3 ความบกพร่องของการเดิน พบว่าผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี จะมีมวลกล้ามเนื้อ ความแข็งแรง และความสามารถในการประสานงานของกล้ามเนื้อลดลงกว่าเมื่ออายุ 20-30 ปีถึงร้อยละ 20-40 โดยกล้ามเนื้อจะลีบเล็กลง ความตึงตัวและกำลังหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง เซลล์ของกล้ามเนื้อถูกแทนที่ด้วยเซลล์ไขมัน ทำให้กล้ามเนื้อหย่อนยาน อัตราการเสื่อมของกระดูกมากกว่าอัตราการสร้าง แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้กระดูกเปราะหักง่ายและติดขัด ความยาวของกระดูกสันหลังลดลง เพราะหมอนรองกระดูกบางลงทำให้หลังค่อม ทรงตัวไม่ดี การเคลื่อนไหวช้า กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่างๆ เสื่อมมากขึ้นตามอายุ ปริมาณน้ำในไขข้อลดลง ทำให้กระดูกสัมผัสกันมากขึ้นขณะที่มีการเคลื่อนไหว เกิดโรคข้อเสื่อม(สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ทำให้เกิดการจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อ และความเร็วในการตอบสนองของกล้ามเนื้อลดลง นอกจากนี้ยังพบว่า การเปลี่ยนแปลงของโครงร่างกล้ามเนื้อจะมีผลต่อท่าทางการเดิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถยกเท้าได้สูงเท่ากับที่เคยทำได้ และมีการเปลี่ยนแปลงในการ

เคลื่อนไหวของข้อสะโพกในการรับน้ำหนักของขาขณะเดิน อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดการสะดุดเมื่อเดินบนพื้นขรุขระ หรือพื้นต่างระดับได้ง่าย

1.2 การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากความเจ็บป่วย หรือพยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดความผิดปกติของระบบต่างๆ ส่งผลให้เกิดการหกล้มได้แก่

1.2.1 ระบบไหลเวียนโลหิตอาจเกิดจากความผิดปกติของหัวใจหรือหลอดเลือดเนื่องจากวัยสูงอายุกล้ามเนื้อหัวใจมี collagen มากขึ้น การยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ลิ้นหัวใจมีไขมันและแคลเซียมสะสมร่วมกับมีการเสื่อมของ collagen ลิ้นหัวใจจึงมีการเคลื่อนไหวและเปิด-ปิดน้อยลง มีการลดลงของระบบสื่อไฟฟ้าในหัวใจ หลอดเลือดแดงโคโรนารีแข็งตัวจากการมีแคลเซียมและไขมันมากขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจลดลง เพราะ S-A node ทำงานน้อยลง การไหลเวียนเลือดเข้าสู่ Ventricle ช้าลง ปริมาณเลือดเข้าสู่หัวใจขณะพักลดลง หลอดเลือดแข็งตัวเพิ่มขึ้นจากการมีไขมันและแคลเซียมมาเกาะ ทำให้เกิดภาวะเส้นเลือดแข็งตัว (arteriosclerosis) ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง เกิดความดันโลหิตต่ำ เกิดการขาดเลือดในสมอง เกิดการเป็นลม และเกิดการหกล้มตามมาได้ นอกจากนี้ปัญหาที่พบได้บ่อยคือภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า ทำให้เกิดอาการหน้ามืดและเวียนศีรษะอาจนำไปสู่การหกล้มได้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2542; Carey and Potter, 2001)

1.2.2 ระบบประสาทและสมองเกิดจากการรับรู้สึกของระบบประสาทและสมองผิดปกติอันเกิดจากสมองเสื่อม เนื้อสมองตาย โรคหลอดเลือดสมอง พาร์กินสัน ทำให้ระบบการควบคุมจากสมองส่วนกลางผิดปกติไป ไม่สามารถประสานการทำงาน ส่งผลต่อการทำงานที่ขาดการประสานกันของอวัยวะ ระบบการทรงตัวสูญเสียไปทำให้เกิดการหกล้มได้ (Lee et al., 2006; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) นอกจากนี้ความผิดปกติของสมดุลกรด-ด่าง สารเกลือแร่ในร่างกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย มีภาวะติดเชื้อมักมีสมดุลของกรด-ด่าง อิเล็กโทรไลต์ในร่างกายผิดปกติไป ส่งผลต่อการทำงานของสมองทำให้เกิดอาการซึมหรือสับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรง ส่งผลให้เกิดการหกล้มได้เช่นเดียวกัน (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548)

1.2.3 ระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง เกิดจากการเสื่อมสภาพ ความผิดปกติของโครงร่างและกล้ามเนื้อ ทำให้การทรงตัวไม่มั่นคง ซึ่งอาจได้แก่ ความไม่มั่นคงบริเวณข้อสะโพก ข้อเข่า หรือข้อเท้า อาจเกิดจากข้อเสื่อมหรือการอักเสบของข้อ ในผู้สูงอายุบางรายมีการอ่อนแรงหรือลีบตัวของกล้ามเนื้อ การอักเสบของกล้ามเนื้อ ความผิดปกติของเท้า ลักษณะเท้าที่ผิดปกติที่มีการหนาตัวของผิวหนังซึ่งนำไปสู่การหกล้มได้ (Campbell, Robertson and Gardner, 1995)

1.2.4 การให้ยาและการดื่มสุรา ผู้สูงอายุมักได้รับยาหลายชนิดในขณะเดียวกัน อาจทำให้เกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา เกิดพิษข้างเคียงของยา ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่ได้รับยามากกว่า 4 ชนิดทำให้อัตราเสี่ยงของการหกล้มเพิ่มขึ้น 8-10 เท่า

กลุ่มยาที่อาจทำให้ผู้สูงอายุหกล้ม ได้แก่ ยานอนหลับ ยาระงับประสาท ยาขยายหลอดเลือด ยาขับปัสสาวะ รวมทั้งยาในกลุ่มที่ใช้กับปัญหาทางจิตเวชด้วย (Blain et al., 2000; Kelly et al., 2003)

1.2.5 ปัจจัยทางด้านจิตใจ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ของร่างกายในทางที่เสื่อมลง เช่น ตามัว หูตึง การเคลื่อนไหวลำบาก เป็นต้น และการเปลี่ยนแปลงจากสังคมสิ่งแวดล้อม เช่น การที่ต้องออกจากงานทำให้สูญเสียตำแหน่งทางสังคม ทำให้รายได้น้อยลง การลดความสัมพันธ์กับเพื่อนฝูงและชุมชนลง การสูญเสียหรือพลัดพรากจากสิ่งที่ตนเองรักใคร่ และครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งผู้สูงอายุจะต้องปรับตัวให้เข้ากับสิ่งที่เปลี่ยนแปลงให้ได้ หากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะเกิดพฤติกรรมหรืออาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น วิตกกังวล หวาดระแวง กลัว อาการซึมเศร้า ส่งผลให้มีการตัดสินใจที่ไม่ดีเมื่ออยู่ตามลำพัง ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่ายขึ้น (Vellas et al., 1997)

กล่าวโดยสรุปได้ว่าจากกระบวนการสูงอายุทำให้การทำหน้าที่ต่างๆ ของอวัยวะในร่างกายของผู้สูงอายุเสื่อมลงทั้งทางด้านการทำงานที่และด้านจิตใจ อันเป็นสาเหตุชักนำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับการไหลเวียนโลหิต เกิดความดันโลหิตต่ำเฉียบพลันจากการเปลี่ยนท่าทำให้เกิดอาการหน้ามืด เป็นลมและหกล้มได้ ส่วนระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ มีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ส่งผลให้การทรงตัวไม่มั่นคง และลักษณะการเดินของผู้สูงอายุที่ผิดปกติ เช่น การเดินอย่างช้าๆ ก้าวสั้นๆ ยกเท้าต่ำ และเดินโยกตัวทำให้เกิดการสะดุดหกล้มได้ง่าย ร่วมกับความบกพร่องทางการมองเห็นของผู้สูงอายุ จากลานสายตาที่แคบลงทำให้การมองเห็นสิ่งกีดขวางทางเดินไม่ชัดเจน การหลบเลี่ยงสิ่งกีดขวางจึงทำได้ลำบากเนื่องจากรีเฟล็กซ์ต่างๆ ลดลง ในขณะเดียวกันการเสื่อมของอวัยวะหูชั้นในยังส่งผลต่อการทรงตัวที่ไม่ดี ทำให้เกิดอาการมึนงง เวียนศีรษะ เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย

2. ปัจจัยภายนอกร่างกาย (Extrinsic factors) หมายถึง สิ่งแวดล้อมรอบตัวของบุคคล ซึ่งอาจเป็นภายในหรือภายนอกบ้าน จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปปัจจัยภายนอกที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุเกิดหกล้มได้ดังนี้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544; Lord, Menz and Sherrington, 2006)

2.1 พื้นที่มีลักษณะไม่ปลอดภัย ได้แก่ พื้นที่มีผิวไม่เรียบ มีลวดลายหลอกตา มีสิ่งกีดขวางการเดิน สะดุด พื้นที่มีระดับต่างกัน ไม่สม่ำเสมอ ขรุขระ การมีกรวดทราย พื้นบ้านที่แตกเป็นร่อง มีเศษตะปู เศษไม้ วัสดุที่ก่อให้เกิดการสะดุดหรือลื่น เช่น พรมเช็ดเท้าที่ไม่ยึดเกาะพื้น สายไฟ ผ้าเช็ดพื้น พื้นผิวที่มีช่องหลวอก พื้นห้องน้ำที่เปียก พื้นที่มีการขูดถูลงน้ำมัน ล้วนเป็นสาเหตุให้เกิดการหกล้มได้ทั้งสิ้น



2.2 สิ่งก่อสร้างภายในบ้านที่ไม่เหมาะสมได้แก่ ห้องน้ำ บันได เช่น ชั้นบันไดที่มีความสูงไม่สม่ำเสมอ การไม่มีราวยึดเกาะเพื่อช่วยในการเคลื่อนไหว ที่นั่งขับถ่ายเป็นแบบนั่งยองซึ่งหากนั่งนานๆ อาจนำไปสู่อาการหน้ามืดขณะลุกขึ้นยืน

2.3 แสงสว่างที่ไม่เหมาะสมในที่พักอาศัย แสงสลัวทำให้กล้ามเนื้อดวงตาทำงานหนัก มีผลเสียต่อดวงตา ความชัดเจลดลงก่อให้เกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ จากการศึกษาพบว่าบริเวณที่มักเกิดอันตรายจากแสงสลัว คือ บริเวณบันได ทางเข้าบ้าน ทางเดินภายในและภายนอกบ้าน

2.4 เครื่องเรือนที่ไม่เหมาะสม อันตรายเกิดจากการจัดวางเครื่องเรือน ของใช้ไม่เป็นระเบียบ กีดขวางทางเดิน รูปแบบของเครื่องเรือนที่ไม่เป็นผลดีกับสรีระที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ เช่น ระดับความสูงของโต๊ะ เก้าอี้ เตียงนอน ตู้ ชั้นวางของ ควรพิจารณาให้มีความสูงที่พอมะกับการใช้งานของผู้สูงอายุ เครื่องเรือนที่มีรูปแบบไม่เหมาะสมคือ ลักษณะไม่มั่นคงขณะใช้งาน เช่น อุปรกรณ์ที่มีน้ำหนักมาก มีล้อเลื่อน อาจทำให้เกิดการลื่นไถลนำไปสู่การหกล้มได้

2.5 เครื่องแต่งกายและอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหวที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ เสื้อผ้าที่มีขนาดใหญ่ หลวม หรือยาวเกินไปอาจทำให้เกิดการสะดุด เกี่ยวรั้ง รองเท้าที่มีรูปทรงไม่พอดีกับเท้า พื้นรองเท้าลื่น ไม่มีพื้นยึดเกาะที่ดี ส้นรองเท้าที่สูงมาก ทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยและเสียสมดุลได้ง่าย อุปกรณ์ที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ แวนตาที่ไม่พอมะกับสายตา นอกจากนี้อุปกรณ์ที่ช่วยในการเคลื่อนไหว เช่น ไม้เท้า เครื่องพยุงเดินแบบมีราวจับ (Walker) ล้อเข็น หากมีขนาดไม่เหมาะสมหรือผู้สูงอายุไม่คุ้นเคยกับการใช้งานก็อาจก่อให้เกิดการหกล้มได้เช่นกัน

ดังนั้นการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุจึงต้องคำนึงถึงความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ การอำนวยความสะดวกในการประกอบกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูความสามารถในการดูแลตนเอง(สุภาวดี พุฒิน้อย และคณะ, 2548) นอกจากนี้เป้าหมายที่สำคัญในการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ คือเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้สูงอายุอีกด้วย(ไตรรัตน์ จารุทัศน์, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, ศรีนยา หล่อมนิพนธ์รัตน์, กิตติอร ชาลปติ, 2548)

1.3 การประเมินผู้สูงอายุเกี่ยวกับการหกล้มการประเมินผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการควรได้รับการตรวจประเมินอย่างครอบคลุม (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548) ซึ่งทำได้ดังนี้

1) การซักประวัติ ได้แก่ ประวัติการหกล้มที่ผ่านมา เหตุการณ์ขณะที่เกิดการหกล้ม สาเหตุ จำนวนครั้งของการหกล้ม ผลที่ตามมาจากการหกล้ม ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น ประวัติการได้รับยา ภาวะการเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงของระบบขับถ่าย สายตา สภาพอารมณ์และจิตใจ ประสาทสัมผัส การรับรู้ โดยการซักประวัติอย่างละเอียด ครบถ้วน โดยข้อมูลนั้นอาจได้จากผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัว หรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ

2) การตรวจร่างกาย ได้แก่ การตรวจทางระบบประสาท การทำงานของกล้ามเนื้อ

เนื้อ เช่น การตรวจกำลังกล้ามเนื้อ การตรวจความตึงของกล้ามเนื้อ การตรวจรีเฟล็กซ์ การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ เช่น มือสั่น การเปลี่ยนแปลงของกระดูก ข้อต่อ น้ำหนักตัว ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับท่าทางการเดิน การทรงตัว ความมั่นคง และความสมดุลของการเคลื่อนไหว

2.1) การประเมินเกี่ยวกับการทรงตัวของผู้สูงอายุ สามารถสรุปขั้นตอนการประเมินได้ดังนี้ (Ebersole, Hess and Luggen, 2004)

ก) ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่พยักแขน เดินไปเป็นระยะทาง 10 ฟุต หมุนตัว เดินกลับมาที่เก้าอี้และนั่งลง (get-up and go test) หากผู้สูงอายุทำได้ภายในเวลาไม่เกิน 20 วินาที โดยไม่มีอาการเซขณะหมุนตัว และไม่ต้องจับยึดวัตถุหรือบุคคลใด ถือว่ามีการทรงตัวที่ดีมาก

ข) ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้โดยไม่ใช้มือช่วย เดินไปเป็นระยะทาง 10 ฟุต หมุนตัว เดินกลับมาที่เก้าอี้และนั่งลง (ไม่มีการจับเวลา) สังเกตความนุ่มนวลในการเคลื่อนไหว การหมุนตัว และดูว่ามีการเดินออกนอกเส้นทางหรือไม่

ค) วางเท้าข้างหนึ่งให้อยู่ด้านหน้าของเท้าอีกข้างหนึ่ง (สันเท้าต่อนิ้วหัวแม่เท้า) คงอยู่ได้ 30 วินาที

ง) ยืนหลับตานิ่งๆ สามารถยืนได้นาน 15 วินาที

จ) ก้มลงหยิบของที่วางบนพื้น สามารถทำได้ภายในระยะเวลา 5 วินาที

ฉ) ให้ผู้สูงอายุยืนล้อมตา ผู้ตรวจใช้นิ้วมือผลักรูปร่างหน้าอกผู้สูงอายุเบาๆ พอที่จะให้ผู้สูงอายุเสียการทรงตัว ซึ่งหากผู้สูงอายุมีปฏิริยาการตอบสนองที่ปกติ แขนทั้งสองข้างจะยื่นไปข้างหน้า ในขณะที่เดียวกันขาจะถอยไปด้านหลังเพื่อทดแทนการเสียสมดุลของร่างกายที่เกิดขึ้น (ระหว่างการทดสอบควรมีเจ้าหน้าที่ยืนอยู่ด้านหลังผู้สูงอายุ 1 คนเพื่อความปลอดภัย)

2.2) การประเมินเกี่ยวกับลักษณะการเดิน การสังเกตท่าเดินเป็นสิ่งที่จะช่วยให้ทราบถึงโอกาสเสี่ยงต่อการหกล้มได้ ท่าเดินของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) ได้แก่

ก) Waddling gait ผู้สูงอายุจะเดินโยกไปมาทางด้านข้าง ขาดูแข็งๆ และกางออกกว่าปกติให้ฐานกว้างขึ้น และบางครั้งจะมีการเซในขณะที่เดิน ผู้สูงอายุเหล่านี้มักมีปัญหาเรื่องข้อเข่าเสื่อม โรคอ้วน ผู้ป่วยที่มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา (Proximal muscle weakness)

ข) Hemiplegic gait มักพบในผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้กล้ามเนื้อของร่างกายอ่อนแรง และมีลักษณะแข็งเกร็ง ทำให้เดินลำบากและเซได้ง่าย ผู้ป่วยมักจะเดินเอียงไปขาข้างที่ผิดปกติได้เล็กน้อย และเหยียดในขณะที่ก้าวทำให้ต้องแกว่งขาไปทางด้านข้างไม่ให้เท้าระพื้น แขนที่ผิดปกติมักจะอยู่ในท่างอขิด จะไม่แกว่งตามจังหวะการเดิน

ค) Apraxic gait เกิดจากความผิดปกติของ white matter บริเวณ Subcortical รอบๆ Ventricle เช่น Normal pressure hydrocephalus Binswanger's disease หรือเนื้องอกของส่วน Frontal ทั้งสองข้าง เมื่อผู้ป่วยเดินจะพบว่าผู้ป่วยก้าวขาได้ดีขึ้นบ้าง ดุ่มง่าม เวลาเดิน ตัวอาจจะเอนไปข้างๆ เล็กน้อย ลักษณะการก้าวเดินอาจจะก้าวสั้นๆ ฝ่าเท้าจะระลอกไปกับพื้น เวลาเอี้ยวหรือหมุนตัว จะค่อยๆ ทำและอาจมีลักษณะหมุนทั้งตัวแขนมักจะแกว่งน้อย มีอาการเกร็ง และยื่นไปข้างหน้าเหมือนกλώลัม เวลาอยู่ในท่านอนให้ยกขาสูงขึ้นมักจะทำได้ดีกว่าเวลาเดิน

ง) Parkinsonian gait จะมีลักษณะที่เรียกว่า Festination โดยจะก้าวสั้นๆ ปลายเท้าจะไปกับพื้น แรกๆ จะก้าวได้ไม่เร็ว แต่ต่อไปจะก้าวเร็วขึ้นเรื่อยๆ จนบางครั้งอาจดูคล้ายวิ่ง ศีรษะจะดูโน้มไปข้างหน้าและดูแข็งๆ แขนแนบกับลำตัวและไม่แกว่ง เมื่อให้หยุดจะทำได้ลำบากกว่าปกติ และเวลาเอี้ยวหรือหมุนตัวมักจะเสียการทรงตัวและหกล้มได้ง่าย โดยเฉพาะหงายล้มไปทางด้านหลัง ความผิดปกตินี้เกิดจากรอยโรคที่บริเวณ substantia nigra โดยมีสาเหตุจากโรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) ยาทางจิตเวช อุบัติเหตุ หรือได้รับสารพิษ

3) การคัดกรอง หรือ การประเมินโดยใช้แบบประเมิน (Assessment tool) เพื่อเป็นการคัดกรองถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มที่อาจเกิดจากตัวผู้สูงอายุเอง โดยอาจใช้แบบประเมินสุขภาพ เช่น การประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ (Barthel ADL Index) การประเมินภาวะสมองโดยใช้เครื่องมือ Mini Mental State Exam (MMSE) การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือ Geriatric Depress Scale (GDS) เพื่อสามารถนำไปวางแผนให้การดูแลป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุแต่ละราย

1.4 ผลกระทบของการหกล้มต่อผู้สูงอายุ

การหกล้มส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุอย่างมากทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย การเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุนั้นจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการบาดเจ็บ โดยพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 อาจมีอาการบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ร้อยละ 2 พบมีการหักของกระดูกสะโพก ร้อยละ 5 พบการหักของกระดูกในส่วนอื่นๆ เช่น แขน กระดูกเชิงกราน และอีกร้อยละ 10 ได้รับการบาดเจ็บรุนแรงที่ศีรษะและอวัยวะภายใน มีบาดแผลฉีกขาด (Stel et al., 2004) ส่วนผลในระยะยาวสำหรับผู้ที่ยกหักและมีกระดูกข้อสะโพกหัก จะมีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 20-30 เมื่อติดตามกลุ่มนี้เป็นระยะเวลา 1 ปี และอีกร้อยละ 25-75 ที่สูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันด้วย (Magaziner et al., 1990) ตำแหน่งที่กระดูกหักมากที่สุด คือ กระดูกสะโพก ซึ่งต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเป็นเหตุให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาจเกิดเหตุซ้ำทำให้เสียชีวิตได้ และถึงแม้ว่าจะสามารถผ่านพ้นวิกฤตการณ์

จากการผ่าตัดมาได้ แต่ยังคงต้องเผชิญกับปัญหาภาวะฟื้นฟูสภาพ ทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นๆ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นเวลานาน เนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ บางรายอาจต้องกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยปัญหาภาวะแทรกซ้อน ส่วนใหญ่หลังจากเกิดการหกล้มแล้วความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะลดลงทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การควบคุมการขับถ่าย และการใช้ห้องสุขา โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 60 ต้องการความช่วยเหลือในด้านการอาบน้ำ การแต่งตัว และการเคลื่อนย้าย (เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล และคณะ, 2543)

ปัญหาการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุที่พบแบ่งได้เป็น 3 ชนิด ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548)

1) การหักที่ส่วนคอของกระดูกฟีมูร์ (Fracture neck of femur) เป็นการหักที่คอของส่วนต้นของกระดูกฟีมูร์พบบ่อยในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุหญิงส่วนใหญ่มักมีภาวะกระดูกพรุน ดังนั้นแม้เพียงเกิดการสะดุดล้มที่ดูเหมือนไม่รุนแรง หรือมีแรงกระแทกไม่มาก แต่ทำให้เกิดการหักได้

2) การหักระหว่างปุ่มกระดูกโคนคอกระดูกฟีมูร์ (Fracture intertrochanteric of femur) การหักของกระดูกภายนอกข้อสะโพกบริเวณระหว่างปุ่มกระดูกโคนขาเล็กและใหญ่ ผู้ป่วยกระดูกหักชนิดนี้มักเกิดจากแรงกระแทกที่รุนแรง ตำแหน่งที่กระดูกหักมีโอกาสเสียเลือดมาก ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตได้ในอัตราที่สูงกว่าผู้ป่วยที่มีการหักบริเวณกระดูกส่วนอื่น

3) การหักบริเวณใต้ระหว่างปุ่มกระดูกโคนขา (Fracture subintertrochanteric of femur) มักมีปัญหากับการหายใจของกระดูก การหักตำแหน่งนี้จะมีการสูญเสียเลือดได้มากถึง 1,500 ซีซี ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อคได้สูง

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มอาจจะมีหรือไม่มีผลกระทบทางจิตใจก็ได้ อาการหลายอย่างสามารถพัฒนาเป็นกลุ่มอาการภายหลังการหกล้ม รวมถึงภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และกลุ่มอาการวิตกกังวลภายหลังการหกล้ม และจากงานวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีความกลัวการหกล้มซ้ำ หรือกลัวการพึ่งพาหลังจากหกล้ม ซึ่งทั้งสองกรณีนี้มีผลกระทบทางด้านจิตใจอย่างมาก ความกลัวไม่ได้จำกัดอยู่ในคนที่เคยหกล้มแล้วเท่านั้น แต่รวมถึงคนที่ไม่เคยหกล้มด้วย ซึ่งผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกเสียใจ อยากตาย ทุกข์ทรมานร่วมด้วย ผู้สูงอายุจะแสดงออกโดยการหลีกเลี่ยงการมีกิจกรรมต่างๆ (เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล และคณะ, 2543) และยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนหนึ่งภายหลังจากการหกล้มส่งผลให้เกิดความกลัว ทำให้มีปัญหาเรื่องการลุกเดิน ต้องการคนช่วยอยู่ตลอดเวลาทั้งที่ตรวจไม่พบสาเหตุทั้งระบบประสาทหรือกระดูกและข้อ ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะพึ่งพาในที่สุด กลุ่มอาการนี้เรียกว่า "กลุ่มอาการภายหลังการหกล้ม" (Post fall

syndrome หรือ Fear of fall) ซึ่งจะพบในผู้สูงอายุที่มีอายุค่อนข้างสูง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541:136) และจากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปอาการแสดงของผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มได้ดังนี้ (Arfken et al., 1994; Vellas et al., 1997; Kressing et al., 2001)

- 2.1) แสดงอาการกลัวหรือวิตกกังวลระหว่างเดิน
- 2.2) เหงื่อแตก ตัวสั่น หรือหายใจลำบากเมื่อเริ่มเดิน
- 2.3) เดินช้าๆ มองเท้าตัวเองขณะเดิน
- 2.4) มีอาการเซ เสียสมดุลการทรงตัว
- 2.5) ไม่เต็มใจหรือไม่ให้ความร่วมมือในการเคลื่อนไหว หรือเคลื่อนย้าย
- 2.6) จับ/ยึดเฟอร์นิเจอร์ หรือยึดบุคคลอื่น ขณะเดินหรือเคลื่อนย้ายตนเอง

3. ผลกระทบทางเศรษฐกิจ พบว่าผู้สูงอายุที่หกล้มจะมีแนวโน้มในการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น พบแพทย์บ่อยครั้งขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านนี้จะเพิ่มขึ้นตามลำดับ ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจครอบครัวโดยตรง สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการหกล้มเป็นเหตุให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์สูงมาก ไม่ว่าจะเป็นการเข้าอยู่โรงพยาบาล หรือจำนวนครั้งของการมาพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้หกล้ม (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) โดยพบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากการหกล้มมีระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลนานโดยเฉลี่ย 11 วัน ซึ่งทำให้เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคมโดยรวม (เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล และคณะ, 2543)

โดยสรุปได้ว่าผลจากการหกล้มทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดลง ร่างกายได้รับบาดเจ็บ เกิดภาวะทุพพลภาพหรืออาจทำให้เสียชีวิตได้ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุอาจสามารถผ่านพ้นวิกฤติมาได้ แต่ผู้สูงอายุก็ยังคงต้องเผชิญกับปัญหาในการฟื้นฟูสภาพ ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นเวลานาน เนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ และบางรายอาจต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำซ้ำๆ ด้วยปัญหาภาวะแทรกซ้อน นอกจากการหกล้มจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้สูญเสียความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากกลัวการหกล้ม ต้องกลายเป็นภาระของครอบครัวในการดูแล ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจนถึงระยะยาว ตลอดจนมีการสูญเสียค่าใช้จ่ายและทรัพยากรทางการแพทย์เป็นจำนวนมากในการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากการหกล้ม ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินปัญหาทางด้านสุขภาพ และวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มได้อย่างถูกต้อง ครอบคลุม ซึ่งจะนำไปสู่การช่วยเหลือผู้สูงอายุให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ



1.5 บทบาทของพยาบาลในการป้องกันการหกล้มในชุมชน

การหกล้มเป็นปัญหาที่สำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ และแนวโน้มของการหกล้มจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ดังจะเห็นได้ว่าเมื่อเกิดการหกล้มขึ้นแล้วย่อมส่งผลกระทบต่อต่าง ๆ ตามมามากมาย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย การหกล้มก่อนการเข้ารับการรักษา มักจะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามบ้าน และในชุมชน จึงเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนที่ต้องคำนึงถึง โดยการให้บริการที่มุ่งเน้นการป้องกันซึ่งเป็นการพยาบาลเชิงรุกที่จะลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และป้องกันเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มโดยเฉพาะในผู้สูงอายุรายที่มีความเสี่ยงจึงมีความจำเป็นและไม่ควรมองข้าม ซึ่งการให้คำแนะนำทั่วไปสำหรับการป้องกันการหกล้มและความปลอดภัยในบ้านสามารถทำได้โดยการใช้แผ่นภาพชี้ให้เห็นถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้น หรือโดยการให้คู่มือพร้อมทั้งเน้นในส่วนที่สำคัญๆ การให้โปรแกรมการสอนต้องมุ่งเน้นเพื่อป้องกันประเด็นที่จะทำให้เกิดการบาดเจ็บที่รุนแรง (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548)

นอกจากการป้องกันก่อนเกิดอุบัติเหตุแล้วพยาบาลยังมีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับอุบัติเหตุทั้งที่ได้รับบาดเจ็บให้กลับมาสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ/ใกล้เคียงปกติมากที่สุด และเป็นการป้องกันการเกิดภาวะพึ่งพาให้เกิดขึ้นช้าที่สุดหรือไม่เกิดขึ้นเลย ผู้สูงอายุบางรายที่ไม่มีปัญหาการบาดเจ็บจากการหกล้มแต่อาจมีปัญหาทางด้านจิตใจและในที่สุดก็จะส่งผลมาถึงร่างกายได้ เคยหกล้มแล้วเจ็บ เกิดความกลัวการหกล้ม จึงพยายามลดและจำกัดการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้การใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ไม่มีความสุข ทำให้เกิดการถดถอยทั้งทางร่างกายและจิตใจ สิ่งเหล่านี้จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลจะต้องประเมินให้ได้และวางแผนเพื่อช่วยผู้สูงอายุ/ครอบครัวในการแก้ปัญหาต่อไป

1.6 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

การหกล้มเป็นอุบัติเหตุที่สามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้ หากผู้สูงอายุและครอบครัวมีความตระหนัก ดูแลให้ความสนใจ เอาใจใส่ การป้องกันการหกล้มสามารถทำได้โดยการจัดสภาพแวดล้อม ทั้งนี้การจัดการสภาพแวดล้อมภายในบ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม ซึ่งการจัดการและการตกแต่งภายในที่เหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำมีดังนี้ (ไตรรัตน์ จารุทัศน์, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, ศรีนยา หล่อมณีนพรัตน์, กิตติอร ชาลปติ, 2548)

1. กำแพงและประตู ตำแหน่งต่าง ๆ บนกำแพงที่จะติดวางสิ่งของ ควรติดตั้งให้ต่ำกว่าปกติเพราะอาจมีผู้ที่ต้องใช้รถเข็น และผู้สูงอายุโดยทั่วไปแล้วจะตัวเล็กกว่าคนปกติ ประตูและกำแพงควรหลีกเลี่ยงพื้นผิวที่มันวาวลื่นติดเกินไป ประตูต้องกว้าง 80-90 เซนติเมตร ธรณีประตูไม่หนาเกิน ลูกบิดประตูอยู่สูงกว่าพื้น 100-120 เซนติเมตร กรณีประตูเป็นกระจกต้องติดเค็รื่องหมายหรือแถบสีให้ชัดเจน

2. พื้น ควรเลือกที่มีลักษณะเฉพาะ คือ เรียบ ง่ายต่อการดูแล คงสภาพเดิมได้ดี ทนต่อน้ำ พื้นควรแห้งไม่มีน้ำ/ของเหลวหก สำหรับพื้นบ้านเรือนโดยทั่วไปของไทยจะเป็นพื้นไม้เรียบ ซึ่งมีความเหมาะสมกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตามไม่ควรขัดมันหรือขัดพื้นให้ผิวลื่น สะท้อน หรือมันวาว จะเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม หากกรณีจะใช้พรมจำเป็นต้องพิจารณาหลายประการ เช่น การใช้ลวดลายและสีที่เหมาะสม ไม่ทำให้ตาลาย ตลอดจนทำเครื่องหมายแสดงให้ชัดเจนบริเวณที่มีความต่างระดับ ดูแลไม่ให้มีสิ่งกีดขวางที่อาจทำให้เกิดการสะดุดล้ม

3. เพดาน ส่วนใหญ่ใช้ในการกระจายและเก็บเสียง เลือกใช้ให้เหมาะสมกับสภาพที่อยู่อาศัย ควรคำนึงถึงการป้องกันน้ำในตำแหน่งที่จะแสดงให้เห็นถึงความเปียกชื้น

4. สี เป็นเรื่องที่ต้องระมัดระวังอย่างมาก จำเป็นต้องคำนึงถึงทั้งด้านกายภาพและด้านจิตใจ เช่น สีที่ให้ความรู้สึกต่างๆ กัน ความอ่อน-เข้มของสีที่จางลงควรรับรู้ถึงการแบ่งเขตพื้นที่ที่อยู่ในบ้าน ประตูที่มีสีต่างกันสามารถช่วยแบ่งแยกลักษณะห้องต่างๆ ได้ สีต่างกันของพื้นทางเดินช่วยในการกระแะการเดิน ซึ่งผู้สูงอายุสามารถแยกสีแดงเข้ม สีส้ม สีเหลือง ได้ดีกว่าสีน้ำเงิน สีม่วงและสีเขียว การใช้สีสดอาจช่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุได้ แต่การนำสีสดมาใช้มากเกินไปจะเป็นการรบกวนสายตา และเมื่ออยู่นานๆ อาจรู้สึกไม่สบายเท่าที่ควร จึงควรเลือกสีที่สบายตา เช่น สีเขียว สีขาว สีครีม หรือสีจากเนื้อวัสดุธรรมชาติ เช่น ไม้ ดังนั้นจึงควรระมัดระวังในการใช้สีสำหรับผู้สูงอายุ

5. แสง แสงจากธรรมชาติและที่ประดิษฐ์ขึ้น เช่น ไฟ โคมไฟต่างๆ มีความจำเป็นเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากสภาวะการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพทางด้านสายตาของผู้สูงอายุ ดังนั้นการออกแบบควรให้มีบริเวณที่มีแสงธรรมชาติส่องถึง และแสงไฟประดิษฐ์เป็นสิ่งจำเป็น จุดประสงค์เพื่อลดเงาสะท้อนและสว่างพอที่ทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นสิ่งแวดล้อมได้ชัด ทางเดินในบ้านควรมีแสงสว่างเพียงพอ ไม่ควรเป็นแสงจ้า แต่เป็นแสงนวลไม่หลอกตาโดยเฉพาะบริเวณทางเดิน บันได และห้องน้ำ การจัดวางกระจกต่างๆ ควรหลีกเลี่ยงไม่ให้แสงสะท้อนเข้าตา สวิตช์เปิด-ปิดไฟอยู่ในที่ที่สะดวก สูงจากพื้น 90 เซนติเมตร

6. เก้าอี้และโต๊ะ เก้าอี้แบ่งเป็นได้ 2 กลุ่ม คือเก้าอี้สำหรับนั่งเล่นและเก้าอี้ใช้อำนวยความสะดวกเฉพาะอย่าง เก้าอี้ควรมีความสะดวกในการนั่งและการยืน ควรมีที่พักแขนให้ผู้สูงอายุเพื่อช่วยในการลงนั่งและลุกขึ้น ความสูงของเก้าอี้ 45-50 เซนติเมตร (สำหรับคนไทยที่มีขนาดตัวเล็กกว่าควรปรับลดขนาดลง โดยเมื่อนั่งลงบนเตียงเข้าควรทำมุมกับพื้น 90 องศา ฝ่าเท้าแนบพื้น) ความกว้างของเก้าอี้มีขนาดพอให้ผู้สูงอายุนั่งได้สบาย เบาะนั่งไม่ยุบตัว มีฐานเก้าอี้มั่นคง ไม่ควรเป็นเก้าอี้แบบล้อเลื่อน โต๊ะควรพิจารณาถึงความสามารถของผู้สูงอายุที่สามารถลุกขึ้นทำกิจกรรมต่างๆ ได้ และกลุ่มที่ไม่สามารถลุกขึ้นไปไหนได้ โดยทั่วไปมีขนาดความสูง 31 นิ้ว

7. ห้องน้ำ เป็นบริเวณที่พบว่าผู้สูงอายุเกิดการหกล้มมากที่สุด จึงเป็นส่วนที่ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด พื้นห้องน้ำควรมีการปูพื้นกันลื่น หรือปูด้วยกระเบื้องชนิดไม่ลื่น สามารถดูแลทำความสะอาดได้ง่าย พื้นห้องน้ำต้องมีความลาดเอียงเพื่อระบายน้ำทิ้ง มีการติดตั้งราวจับยึดบริเวณข้างที่นั่งชักถ่ายหรือที่อาบน้ำ ราวขนาด 4.5 เซนติเมตร สูงจากพื้น 90 เซนติเมตร ใช้ที่นั่งชักถ่ายชนิดนั่งได้ มีความสูง 45-50 เซนติเมตร มีความมั่นคง ประตูห้องน้ำควรเป็นแบบเปิดออกด้านนอก และที่ล๊อคควรปลดออกจากภายนอกได้เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน กระจกควรได้รับการติดตั้งในตำแหน่งที่ต่ำใกล้กับอ่างน้ำ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มองเห็นตัวเองได้ง่ายขึ้น อ่างอาบน้ำไม่ควรลึกเกินไป ถ้ามีก๊อกน้ำร้อนควรมีมาตรการป้องกันการเกิดน้ำร้อนลวกในผู้สูงอายุ การเดินเข้า-ออก อ่างอาบน้ำในผู้สูงอายุอาจเกิดอุบัติเหตุได้ ในขณะที่การใช้ฝักบัวจะปลอดภัยมากกว่าแต่ต้องระมัดระวังอุบัติเหตุที่เกิดจากการใช้น้ำร้อนด้วย หรือติดตั้งฝักบัวแบบปรับระดับได้ก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่ง

สำหรับบ้านอยู่อาศัยแบบไทยโดยทั่วไปอาจใช้ถังหรือตุ่มตักอาบ ความสูงของถังน้ำควรอยู่ในระดับที่พอเหมาะ ไม่สูงจนเกินไป เพราะอาจทำให้ผู้สูงอายุต้องเอื้อมตักน้ำเกิดพลัดล้มได้ ควรแนะนำให้ผู้สูงอายุใช้ทำนั้งในการอาบน้ำ แก้วสูง 45-50 เซนติเมตร อุปกรณ์ของใช้ในห้องน้ำควรจัดเก็บให้เป็นระเบียบ มีเฉพาะของที่จำเป็น

8. ห้องครัว ผู้สูงอายุหญิงมักใช้ห้องครัวค่อนข้างบ่อย ห้องครัวควรจัดให้เป็นระเบียบ สิ่งของต่างๆ ที่ใช้เป็นประจำควรอยู่ในที่หยิบง่ายและสะดวก ไม่ต้องใช้การปีนหรือบันไดต่อ บริเวณพัดลมระบายอากาศควรนำมาทำความสะอาดบ่อยๆ พื้นที่ควรกว้างขวางสำหรับผู้สูงอายุที่ใช้รถเข็น

9. เติงและพื้นที่รอบๆ โดยทั่วไปเตียงสูง 50 เซนติเมตร (จากพื้นถึงระดับความสูงของเตียง) ความสูงอาจลดลงได้กรณีที่ใช้ตัวเล็ก เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุได้ขึ้นและลงเตียงได้สะดวก ในขณะที่เตียงของผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่างๆ มักมีความสูงมากกว่า 35 นิ้ว ค่อนข้างแคบที่จะขยับตัวในเวลานอนหลับ และควรมีการพิจารณาการใช้เหล็กกันข้างเตียงเป็นรายๆ ไป นอกจากนี้การลุกจากเตียงอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ การวัดพื้นที่บริเวณข้างเตียงก็สำคัญ ควรมีโทรศัพท์ที่สามารถเอื้อมถึงเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน พื้นที่ภายในห้องควรกว้างพอสมควรเพราะอาจต้องใช้สำหรับผู้สูงอายุที่มีรถเข็น การจัดแสงไฟในห้องนอนควรให้เพียงพอ มีสวิทช์ไฟหรือไฟฉายเพื่อการมองเห็นทางหากลุกขึ้นในเวลากลางคืน ตู้เสื้อผ้าควรจัดให้อยู่ในระดับที่พอดี ไม่ต้องปีนหรือเอื้อมและไม่ควรต่ำจนต้องโค้งตัวลง

10. เสื้อผ้า เครื่องแต่งกายและอุปกรณ์ช่วยการเคลื่อนไหว เสื้อผ้าควรมีขนาดพอดีกับร่างกาย ไม่มีส่วนที่รุงรังอาจก่อให้เกิดการสะดุดหกล้ม สวมสบาย ขั้นตอนการสวมไม่ยุ่งยาก รองเท้ามีขนาดและรูปทรงที่เหมาะสมกับเท้า ส้นรองเท้าควรใช้ระดับต่ำ รูปทรงกว้าง หากมี

อุปกรณ์ที่ช่วยในการเคลื่อนไหว ควรเป็นอุปกรณ์ที่ทำจากวัสดุที่แข็งแรง เพียงพอในการพยุงน้ำหนัก ล้อเข็นมีที่ล้อคล้อ ขนาด น้ำหนักและความสูงของอุปกรณ์มีขนาดพอเหมาะ ควรมีการฝึกใช้ให้ชำนาญด้วย

ดังจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุสามารถป้องกันการหกล้มได้โดยการลดปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มที่เกิดจากสภาพแวดล้อม และการที่จะลดปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มได้นั้นผู้สูงอายุควรมีความรู้ ความเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้ม และแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยเสี่ยงที่ชักนำให้เกิดการหกล้ม ได้แก่ การระมัดระวังการเดินบนพื้นที่ลื่น การระมัดระวังการเดินบนพื้นที่ไม่เรียบ หรือมีทางต่างระดับ การทำความสะอาดพื้นที่ลื่นหรือเปียก ควรจัดวางสิ่งของเครื่องใช้ไม่ให้เกะกะทางเดินหรือบันไดบ้าน การสวมเสื้อผ้าที่พอดี การสวมรองเท้าพื้นยางหรือพื้นรองเท้าที่ทำด้วยวัสดุไม่ลื่น การจัดแสงสว่างในบ้านให้เพียงพอ การดูแลพื้นห้องน้ำ ห้องส้วมไม่ให้ลื่นปราศจากคราบสบู่ เพื่อเป็นการลดปัจจัยภายนอกที่เสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุ

พยาบาลผู้สูงอายุจึงต้องเป็นผู้ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม (Environment modifier) ช่วยปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ นอกจากนี้แล้วจะต้องช่วยดูแลและให้ความสำคัญกับจิตใจ จะต้องส่งเสริมให้กำลังใจ ให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี เกิดความรู้สึกอึดใจและมีความสุข จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี และส่งผลต่อสุขภาพกายที่ดี ลดปัญหาต่างๆ ที่จะตามมาโดยเฉพาะการหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งจะก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมได้ยาวนานที่สุด และลดการเกิดภาวะพึ่งพาให้มากที่สุด

2. แนวคิดเกี่ยวกับความกลัวการหกล้ม

2.1. ความหมายของความกลัว

จากการศึกษาเอกสาร ตำราทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่ามีผู้ให้ความหมายของความกลัวไว้หลากหลาย ดังนี้

ความกลัว (Fear) เป็นความรู้สึกที่ต้องเผชิญกับสภาพการณ์ที่คุกคามต่อตนเอง ซึ่งบุคคลสามารถรับรู้ได้โดยผ่านประสาทสัมผัส ปฏิกริยาตอบสนองต่อความกลัวของบุคคลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านพฤติกรรม อารมณ์ และด้านสรีระ (Moore, 1987)

ความกลัว (Fear) หมายถึง ปฏิกริยาการตอบสนองตามธรรมชาติที่มีต่อภัยคุกคามทั้งที่เกิดขึ้นจริงหรือเกิดจากจินตนาการ (Gullone, King and Ollendick, 2000)

ความกลัว เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับความปลอดภัย ชีวิตถูกคุกคาม (จิราภรณ์ ตั้งกิตติภากรณ์, 2532)

ความกลัว เป็นความรู้สึกต่อเหตุการณ์ปัจจุบันที่กำลังเผชิญ สามารถบอกที่มา สาเหตุของความกลัวได้ ความกลัวยังเป็นผลของสิ่งที่คุกคามโดยเฉพาะอย่างยิ่งคุกคามต่อความสมบูรณ์ทางชีวภาพ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

ความกลัว หมายถึง รู้สึกไม่อยากประสบสิ่งที่ไม่ดีแก่ตัว รู้สึกหวาดกลัวเพราะคาดว่าจะประสบภัย (พจนานุกรมไทยฉบับทันสมัย พ.ศ. 2543)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ความกลัว เป็นปฏิกิริยาตอบโต้ทางอารมณ์ต่ออันตรายหรือสิ่งที่มาคุกคามที่อาจจะมีจริง หรือเป็นสิ่งที่จินตนาการขึ้นมาโดยที่บุคคลรับรู้ผ่านประสาทสัมผัสและมีการประเมินศักยภาพของตนเองต่อสิ่งที่มาคุกคามนั้น เป็นกลไกที่มนุษย์ใช้ป้องกันตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสรีรวิทยา ด้านอารมณ์และพฤติกรรม เมื่อเกิดความกลัวบุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงต่อสิ่งที่มาคุกคามหรืออาจมีการปรับตัวเพื่อหลบเลี่ยงหรือลดผลกระทบจากสิ่งคุกคามนี้

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความกลัว

เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามก่อให้เกิดอันตรายแก่ตนเองจะทำให้เกิดการตอบสนองทางอารมณ์โดยแสดงความกลัวและความวิตกกังวลออกมา เนื่องจากความกลัวและความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ทางด้านลบที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์หรือสิ่งที่ตนกำลังเผชิญว่าเป็นความเครียดที่คุกคามก่อให้เกิดอันตรายแก่ตนเอง (Lazarus, 1991) ความกลัว (Fear) และความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นอารมณ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน กล่าวคือ เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม โดยกระตุ้นประสาทอัตโนมัติ เพื่อให้ร่างกายต่อสู้หรือหลบหนี และอารมณ์ทั้งสองนี้ยังมีปฏิกิริยาต่อการรับรู้โดยแสดงออกมาทางความรู้สึกและทางสรีรวิทยาที่คล้ายคลึงกัน (Chaiyawat, 2000)

ความกลัวและความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ที่บุคคลต้องประสบอยู่เสมอ เป็นประสบการณ์ของทุกคน เป็นการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งที่มาคุกคาม ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ซึ่งมีผลต่อบุคคลทั้งทางด้านการรับรู้ การเรียนรู้และการตัดสินใจ โดยจะมีนักวิชาการทั้งกลุ่มที่รวมและแบ่งแยกอารมณ์ทั้ง 2 ชนิดนี้ออกจากกัน นักวิชาการในกลุ่ม Stimulus-oriented จะแยกความกลัวออกจากความวิตกกังวลโดยดูจากสาเหตุหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวล (Derogatis and Wise, 1989 cited in Chaiyawat, 2000) ซึ่งสรุปได้ว่าความกลัวเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองทางอารมณ์ที่เกิดจากการรับรู้ว่ามีสิ่งมาคุกคาม เช่น ความเจ็บปวด มีอันตรายจากภายนอก หรือจากการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะถูกคุกคามหรือได้รับอันตราย โดยบุคคลนั้นๆ รู้สาเหตุหรือสิ่งกระตุ้นที่ชัดเจน ส่วนความวิตกกังวล เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งคุกคามที่กำลังเผชิญอยู่ขณะนั้นหรือคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเป็นอันตราย หรือเกิดผลในทางเลวร้าย ทำให้

บุคคลมีความรู้สึกไม่สบายใจ หงุดหงิด วุ่นวายใจ อึดอัด หวั่นกลัว มีความคิดสับสนและกังวลใจซึ่งไม่สามารถอธิบายถึงเหตุผลและสาเหตุที่ชัดเจนได้ (Hurlock, 1978) ในขณะที่นักวิชาการกลุ่ม Response-oriented มองว่าความกลัวและความวิตกกังวลมีลักษณะเช่นเดียวกัน เพราะอารมณ์ทั้งสองเกิดขึ้นจากการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งที่จะเข้ามาว่าเป็นอันตรายต่อตนเองจึงรู้สึกไม่สบายใจ ดังนั้นบุคคลที่มีความกลัวหรือความวิตกกังวลจะมีการแสดงออกทางด้านร่างกาย และด้านพฤติกรรมเช่นเดียวกัน (Carlson and Hatfield, 1992) นอกจากนี้ปัจจัยที่มีผลส่งเสริมให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลก็เป็นปัจจัยที่เหมือนกัน สิ่งกระตุ้นเดียวกันสามารถทำให้เกิดได้ทั้งความกลัวและความวิตกกังวลซึ่งไม่จำเป็นว่าความกลัวต้องเกิดจากการกระตุ้นจากปัจจัยภายนอก แต่ความกลัวอาจจะถูกกระตุ้นได้จากสิ่งเร้าภายใน เช่น ความคิดและจินตนาการของตนเองซึ่งเป็นสิ่งที่คลุมเครือ จึงทำให้ไม่สามารถระบุสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความกลัวได้เช่นเดียวกับการเกิดความวิตกกังวล และในทางตรงกันข้ามความวิตกกังวลอาจจะสามารถระบุวัตถุ เหตุการณ์ หรือกิจกรรมที่ต้องหลบหลีกได้ (Chaiyawat, 2000) จะเห็นได้ว่าความกลัวและความวิตกกังวลเกิดขึ้นจากสิ่งกระตุ้นเดียวกันอาจทำให้ไม่สามารถแยกความกลัวและความวิตกกังวลออกจากกันได้ชัดเจน ดังนั้นจะพบเห็นได้ว่าในงานวิจัยบางชิ้นมีการกล่าวถึงสองคำนี้อยู่ด้วยกัน โดยถือว่ามีอารมณ์ทั้งสองอย่างนี้มีความหมายใกล้เคียงกัน (Carlson and Hatfield, 1992)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความกลัวสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ ความกลัวปกติ (Normal fear) และความกลัวทางคลินิก (Clinical fear) หรือ โฟเบีย (Phobia) โดยที่ความกลัวปกติจะเป็นความกลัวที่เป็นพื้นฐานของสิ่งมีชีวิต เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดการปรับตัวของพัฒนาการมนุษย์ และเกี่ยวข้องกับการมีชีวิตรอด (Gullone, 2000) ส่วนความกลัวทางคลินิก หรือโฟเบีย จะเป็นความกลัวที่เฉพาะเจาะจง กลัวมากผิดปกติ คงอยู่ยาวนานและเปลี่ยนแปลงได้ยาก (Graziano et al., 1979)

ความกลัวปกติมีความแตกต่างจากความกลัวทางคลินิก หรือโฟเบียหลายด้านด้วยกัน โดยที่ความกลัวปกติมักจะเป็นการเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองอย่างปกติต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคาม ในขณะที่โฟเบียจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองอย่างรุนแรงโดยไม่สมเหตุสมผล และมักเกิดกับสิ่งเร้าที่อาจเป็นไปได้ทั้งสิ่งเร้าทั่วไป หรือสิ่งเร้าที่แปลกผิดปกติ (Graziano et al., 1979) นอกจากนี้ความกลัวปกติจะเกิดขึ้นในช่วงของพัฒนาการปกติทั่วไป บุคคลจะเกิดประสบการณ์กลัวตลอดช่วงพัฒนาการตั้งแต่เป็นเด็กทารกจนถึงวัยผู้ใหญ่ โดยที่ความกลัวปกตินั้นมักจะเป็นความกลัวที่ไม่รุนแรง เกิดเฉพาะกับในช่วงอายุใดอายุหนึ่งและคงอยู่ไม่นาน ในขณะที่โฟเบียมักจะเป็นความกลัวที่เกิดขึ้นโดยไม่เฉพาะเจาะจงที่ช่วงอายุใดอายุหนึ่ง หรือขั้นพัฒนาการขั้นใดขั้นหนึ่ง เกิดขึ้นคงอยู่อย่างเป็นเวลาานาน และ/หรือส่งผลกระทบต่อภารกิจประจำวันอย่างเห็นได้ชัดเจน (Gullone, 2000) ซึ่งมีความสอดคล้องกับ Graziano และคณะ (1979) ที่พบว่าความเข้มหรือ

ความมากน้อยของความกลัว (Intensity) และระยะเวลาที่เกิดความกลัว (Duration) เป็นคุณลักษณะสำคัญที่ใช้ในการจำแนกความกลัวปกติออกจากโฟเบีย โดยที่โฟเบียมักจะมีระยะเวลาที่เกิดความกลัวนานกว่า 2 ปีขึ้นไปหรือมักมีความเข้มของความกลัวที่มากจนมีผลทำให้ชีวิตประจำวันแย่ลง

2.3 กลไกการเกิดความกลัว

ความกลัวเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของทางอารมณ์อย่างหนึ่งซึ่งเกิดจากการทำงานของระบบประสาทลิมบิก (Limbic system) โดยเฉพาะส่วนอมิกดาลา (Amygdala) ซึ่งเป็นสมองส่วนที่มีหน้าที่แปลความหมายและตอบสนองทางอารมณ์ต่อสภาวะการณ์ต่างๆ โดยจะประสานการทำงานระหว่างคอร์เทกซ์ (Cortex) และฮัยโปธาลามัส (Hypothalamus) ซึ่งจะควบคุมทั้งความรู้สึกรู้สึกและการตอบสนองทางสรีระต่ออารมณ์นั้นๆ การทำงานของสมองในขณะเกิดอารมณ์กลัวเมื่อมีสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความรู้สึกลัวผ่านมายังอวัยวะรับสัมผัสแล้วส่งสัญญาณต่อมายังฮาลามัส (Thalamus) สัญญาณส่วนหนึ่งจะผ่านโดยตรงไปยังอมิกดาลาแล้วส่งต่อไปยังเซ็นทรัลนิวเคลียส (Central nucleus) ทำให้เกิดการตอบสนองทางสรีระต่างๆอย่างรวดเร็ว และตัดสินใจว่าจะเกิดพฤติกรรมต่อสู้ (Fight) หรือถอยหนี (Flight) ต่อสัญญาณอันตรายนั้นทันที สัญญาณอีกส่วนหนึ่งจะถูกส่งผ่านมายังคอร์เทกซ์แล้วส่งไปยัง Basolateral nucleus ผ่านทาง Internal capsule โดยการทำงานที่ผ่านวงจรนี้จะเกิดขึ้นช้ากว่า แต่จะมีการตอบสนองที่ผ่านการไตร่ตรองอย่างรอบคอบกว่าและทำให้เกิดความจำด้านอารมณ์ด้วย (ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, 2545)

2.4 ปฏิกริยาที่แสดงออกถึงความกลัว

แลงค์ และคณะ (Lang, 1978 cited in Moores, 1987) ได้นำเสนอ Lump's Theories โดยกล่าวว่า ความกลัวเป็นความรู้สึกที่ทำให้บุคคลเกิดปฏิกริยาที่แสดงออกต่ออารมณ์ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน 3 ด้าน คือ

1. ด้านสรีระวิทยา เมื่อเกิดความกลัวร่างกายจะหลั่ง Adrenaline ทำให้มีผลต่ออวัยวะในระบบต่างๆ ของร่างกายโดยเฉพาะระบบไหลเวียน ระบบหายใจ กล้ามเนื้อและตับ Adrenaline จะทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ความดันเลือดในระหว่างหัวใจบีบตัวเพิ่มมากขึ้น ทำให้เส้นเลือดที่ผิวหนังและอวัยวะภายในส่วนใหญ่หดตัว แต่ทำให้เส้นเลือดที่กล้ามเนื้อคลายและกล้ามเนื้อหัวใจคลายตัว ความแรงและอัตราการหายใจเพิ่มขึ้นซึ่งเป็นผลทางอ้อมจากความดันเลือดที่เพิ่มขึ้นไปเร่งศูนย์ควบคุมการหายใจผ่านทางระบบประสาทส่วนกลาง จากการเปลี่ยนแปลงทางประสาทสรีระวิทยาของความกลัวเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายโดยแสดงอาการ เช่น อากาศใจสั้น หัวใจเต้นเร็ว บั่นป่วนในท้อง มือ-เท้าสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง ปวดศีรษะ จุกแน่นหน้าอกและเหงื่อออก (Edelman, 1992) หรืออาจมีอาการแสดงทางระบบประสาท เช่น กล้ามเนื้อบริเวณใบหน้ากระตุก กระพริบตาบ่อยๆ กระสับกระส่าย เป็นต้น

2. ด้านพฤติกรรม เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความกลัวทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความกลัวออกมาทางร่างกายอย่างชัดเจน เช่น การแสดงออกทางใบหน้า โดยการแสดงสีหน้าตกใจ เคร่งเครียด กัดฟัน เขม่นปาก ตาเบิกกว้าง มีการจับหรือยึดเกาะบุคคลอื่นไว้ หรือมีการแสดงออกถึงการหลีกเลี่ยงหนีจากเหตุการณ์ที่ทำให้กลัวโดยพยายามที่จะหลีกเลี่ยงหรือต่อต้านสถานการณ์นั้นๆ เช่น วิ่งหนี การดิ้นรนขัดขืน ไม่ให้ความร่วมมือ เป็นต้น

3. ด้านสติปัญญา ปฏิกริยาตอบสนองต่อความกลัวด้านสติปัญญาที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิดจะมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ที่ผ่านมาของแต่ละบุคคล ขณะที่เกิดความกลัวบุคคลจะเกิดความรู้สึกนึกคิดในทางลบต่อสิ่งนั้น ส่งผลให้บุคคลกระทำในสิ่งที่บ่งบอกถึงความรู้สึกนึกคิดในทางลบที่เกิดขึ้นอย่างไม่เหมาะสมและไม่เกิดประโยชน์ ซึ่งการคิดในลักษณะนี้จะเป็นเสมือนการฝึกให้มองสิ่งนั้นๆ ในแง่ลบ ทำให้มีผลต่อการรับรู้ข้อมูลที่บิดเบือนและเกิดการคาดเดาผลที่ติดตามมาที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง

2.5 ความกลัวการหกล้ม

ความกลัวการหกล้มยังไม่มีแนวคิดทฤษฎีหนึ่งทฤษฎีเดียวที่สามารถอธิบายได้อย่างชัดเจน ความกลัวการหกล้มเป็นความกลัวอย่างเฉพาะเจาะจงที่เกิดตามมาจากการหกล้ม จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าความกลัวการหกล้ม (Fear of falling) เป็นผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดตามมาจากการหกล้ม ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มแล้วมีความกลัวการหกล้มมักจะพบความผิดปกติของท่าทางการเดิน มีการลดการทำกิจกรรมลง หรือพยายามที่จะใช้เครื่องช่วยเหลือในการเดินเพื่อหลีกเลี่ยงการหกล้ม การลด/จำกัดกิจกรรมและหลีกเลี่ยงการเดินเป็นผลในทางลบที่ตามมาจากความกลัวการหกล้ม ซึ่งจะเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเสื่อมถอยและลดความแข็งแรงของร่างกายลง โดยจากการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชนพบว่าร้อยละ 70 พยายามหลีกเลี่ยงกิจกรรมเนื่องจากความกลัวการหกล้ม (Maki, Holliday and Topper, 1991; Vellas et al., 1997) บางรายอาจต้องนอนติดเตียง ลดการมีกิจกรรมและนำไปสู่ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงและฝ่อลีบ มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว สมรรถภาพทางกายลดลง เริ่มแยกตัวออกจากสังคม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในทางที่แย่ง ซึ่งความหมายของความกลัวการหกล้มนี้มีผู้ให้ความหมายของความกลัวการหกล้มไว้หลากหลาย ดังต่อไปนี้

Bhala et al. (1982) ได้ให้ความหมายของความกลัวการหกล้มว่าเป็นความวิตกกังวลในระดับสูงต่อการยืนหรือเดินแต่ไม่มีความบกพร่องทางด้านารเคลื่อนไหว

Murphy and Isaacs (1982 อ้างถึงใน Kumar et al., 2008) ให้ความหมายของความกลัวการหกล้มว่า เป็นความวิตกกังวลในระดับรุนแรงต่อการยืนและเดินโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือ

Tinetti, Richman and Powell (1990) ให้ความหมายของความกลัวการหกล้มว่าเป็นความมั่นใจในระดับต่ำของบุคคลในการหลีกเลี่ยงการหกล้ม

Maki, Holliday and Topper (1991) กล่าวว่า ความกลัวการหกล้ม คือ การที่ผู้ป่วยสูญเสีย/ขาดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง

Cumming, Salkeld and Thomas (2000) ให้ความหมายของความกลัวการหกล้ม ในทางที่สอดคล้องกับ Tinetti, Richman and Powell (1990) กล่าวคือ ความกลัวการหกล้มว่าเป็นความมั่นใจในระดับต่ำของบุคคลในการหลีกเลี่ยงการหกล้ม

สรุปได้ว่า ความกลัวการหกล้ม คือ ภาวะที่บุคคลมีความวิตกกังวล ขาดความมั่นใจในการลุกยืนหรือเดินโดยไม่เกิดการหกล้ม ซึ่งบุคคลผู้นั้นไม่ได้มีความบกพร่องทางด้านการเคลื่อนไหวเลย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความกลัวการหกล้มในต่างประเทศ ซึ่งมีผู้ศึกษาไว้อย่างมากมาย แต่ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในเชิงปริมาณ และมุ่งหาคำตอบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ความชุก และความสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดความกลัวการหกล้ม โดย Tideiksaar and Silverton (1989) พบว่า การหกล้มจะนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลง ความเป็นอิสระโดยไม่ต้องพึ่งพาลดลง ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นรู้สึกว่ตนเองอ่อนแอ ไร้ค่า สูญเสียการควบคุมตนเอง และมีความวิตกกังวล ส่วน Liddle and Gilleard (1995) พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยแสดงออกถึงความกลัวการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความกลัวดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อสภาวะทางจิตใจและอารมณ์มากกว่าด้านร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Howland et al. (1993) และ Lawrence et al. (1998) ที่พบว่าความกลัวการหกล้มจัดอยู่ในลำดับแรกของผู้สูงอายุค่านึงถึงเมื่อเปรียบเทียบกับความกลัวอื่นๆ เช่น ปัญหาความรุนแรงของอาชญากรรม ปัญหาเศรษฐกิจ และปัญหาทางด้านสุขภาพ นอกจากนี้ Lawrence et al. (1998) ยังพบอีกว่าผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมักจะลดกิจกรรมทางสังคมลงเนื่องมาจากความกลัวการหกล้ม และมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Arfken et al. (1994) ที่พบว่าอุบัติการณ์เกิดความกลัวการหกล้มจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงวัยขึ้น และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เมื่อพิจารณาถึงความรุนแรงของความกลัวการหกล้มจะพบว่าความกลัวการหกล้มในระดับปานกลางส่งผลให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าและมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง แต่ถ้ามีความกลัวการหกล้มในระดับสูงแล้ว นอกจากทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าและมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงแล้ว จะทำให้ผู้สูงอายุลดกิจกรรมการเคลื่อนไหว และลดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอีกด้วย

นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับท่าทางการเดินและการทรงตัว ถึงแม้ว่าจะไม่เคยมีประวัติหกล้มมาก่อน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะมีความกลัวเกี่ยวกับการที่จะไม่สามารถลุกขึ้นได้เองภายหลังหกล้ม กลัวการบาดเจ็บ กลัวการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือต้องเข้าไปอยู่ในสถานบริบาล ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุพยายามที่จะทำกิจกรรมที่อาจเสี่ยงต่อการ

หกล้ม พวกเขาจะมีความกลัวการหกล้ม (Fallaphobia) มีความวิตกกังวล ซึ่งจะแสดงออกโดยมี อาการใจสั่น ตาลาย และรู้สึกถึงความมีอันตราย (Tideiksaar and Silverton, 1989)

ส่วนการศึกษาเชิงคุณภาพในต่างประเทศ งานวิจัยที่พบเป็นการศึกษาถึงความหมาย ของความกลัวการหกล้ม และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดย Convey (1993) ทำการศึกษาในผู้สูงอายุชาวแคนาดา พบว่า ประสบการณ์กลัวการหกล้มตามการรับรู้ของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ 1) การให้ความหมายของประสบการณ์กลัวการหกล้ม ผู้สูงอายุ จะมีความรู้สึกกลัวต่อการหกล้ม ซึ่งระดับความรุนแรงของความกลัวจะแตกต่างกันไปตามความ รุนแรงของการบาดเจ็บและจำนวนครั้งที่หกล้ม กลัวผลที่เกิดตามมาจากการหกล้ม เช่น การหัก ของกระดูกสะโพก กลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลัวว่าสภาพจิตใจของตนเองจะแย่ลง และผู้สูงอายุจะประเมินว่าตนเองเป็นบุคคลไร้ค่า หดความสามารถ 2) การเชื่อมโยงความหมาย ของประสบการณ์กลัวการหกล้มเข้ากับชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพิ่ม ความระมัดระวังมากขึ้นเพื่อป้องกันการหกล้ม และการปรับเปลี่ยนการรู้คิดของตนเองเพื่อที่จะ รักษาความเป็นตัวตนของตนเองไว้ โดยใช้กลยุทธ์ในการคิดและมองโลกในแง่บวก โดยการมอง ตนเองและเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่แย่กว่าตนทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า มีพลังที่จะ ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ต่อไป

ส่วน Kong et al. (2002) ทำการศึกษาเรื่องผลกระทบทางจิตสังคมที่เกิดตามมาจากการ หกล้ม พบว่าผลกระทบทางจิตสังคมที่เกิดตามมาจากการหกล้มตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การหมดกำลังความสามารถ (Powerlessness) โดยผู้สูงอายุมอง ว่าการหกล้มเป็นเหตุการณ์ไม่สามารถควบคุมได้ ไม่สามารถคาดเดาได้ เช่น ผู้สูงอายุรายหนึ่งเล่า ว่าเขามีอาการอ่อนแรงที่ขา ทั้งๆที่พยายามเดินอย่างช้าๆ และระมัดระวังในการเดินอย่างที่สุดแต่ก็ ยังเกิดการหกล้มได้ 2) ความกลัว (Fear) จากข้อค้นพบที่ได้ผู้สูงอายุจะมีความกลัวในเรื่องของ กลัวหกล้มซ้ำ กลัวว่าจะไม่สามารถช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กลัวว่าหกล้มแล้วจะลุกขึ้นเองไม่ได้ กลัว การต้องนอนโรงพยาบาล กลัวขาดอิสระภาพ และกลัวตาย 3) ความต้องการการดูแล (Seeking care) และการเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รักเมื่อต้องเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล เช่น ต้องการให้บุตรหลานมาเยี่ยม รู้สึกดีเมื่อบุตรหลานปรุง/ซื้ออาหารมาให้ รับประทาน นอกจากนี้ Schmid & Rittman (2009) ทำศึกษารับรู้เกี่ยวกับผลจากการหกล้ม ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายใน 6 เดือนแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับผลจากการหกล้มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การ จำกัดกิจกรรมและการมีปฏิสัมพันธ์ (Limiting activity and participation) โดยผู้ป่วยหลอดเลือด สมองมองว่าการที่มีภาวะอัมพาตครึ่งซีกหรืออัมพาตทั่วร่างกาย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่ เกิดขึ้นกับร่างกายจะส่งผลกระทบต่อความแข็งแรงและการทรงตัว แม้กระทั่งกิจกรรมง่ายๆ เช่น การเดิน

ในห้องของตนเองยังเป็นปัญหาสำหรับพวกเขาภายหลังที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) การเพิ่มภาวะพึ่งพา (Increasing dependence) ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ในการช่วยเดิน เช่น ไม้เท้า คอก 4 ขา หรือรถเข็นนั่ง บางรายจะใช้วีลชีหรือเกาเข็นนั่งหรือเฟอร์นิเจอร์ ซึ่งจะช่วยลดปัญหาในเรื่องการหกล้มและยังทำให้รู้สึกปลอดภัยมากขึ้น 3) เกิดความกลัวการหกล้ม (Developing a fear of falling) จากประสบการณ์ในการหกล้มทำให้เกิดความกลัวที่จะหกล้มซ้ำอีก กลัวการบาดเจ็บที่จะเกิดตามมา กลัวทุกครั้งที่จะก้าวเดินหรือมีการเคลื่อนไหว

2.6 อุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้ม

อุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนแถบประเทศทางตะวันตก พบได้ถึงร้อยละ 29-43 (Arfken et al., 1994; Murphy, Williams and Gill, 2002) ส่วนประเทศในแถบเอเชีย เช่น ญี่ปุ่นมีผู้ทำการศึกษาไว้พบว่าอุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนมีถึงร้อยละ 60 ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับจะพบความแตกต่างซึ่งอาจเป็นไปได้จากความแตกต่างทางวัฒนธรรม อุบัติการณ์ของการเกิดการหกล้มที่แตกต่างกัน การให้คำแนะนำของความกลัวการหกล้มที่แตกต่างกัน รวมถึงเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินที่แตกต่างกัน ทำให้อุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้มแตกต่างกันไปด้วย สำหรับอุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุไทยที่อยู่ในชุมชน พบได้ร้อยละ 50 จากผลการวิจัยในประเทศไทยเพียง 1 ชิ้น (Apikomkon, 2003) ซึ่งอาจยังไม่มีข้อมูลชัดเจนมากนัก

ส่วนอุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่พักรักษาตัวอยู่ในสถานพยาบาล พบได้ถึงร้อยละ 50-65 (Chandler et al., 1996) ซึ่งจะเห็นว่ามียัตราการเกิดที่สูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในชุมชน อาจเป็นไปได้จากสาเหตุของสภาวะการเจ็บป่วยหรือการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ที่มีมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป ทำให้ต้องได้รับการรักษาด้วยยาหลายชนิด และประวัติการหกล้มซ้ำซ้อนที่ส่งผลให้มีความเสี่ยงในการเกิดความกลัวการหกล้มได้สูงกว่า

ผู้ที่เคยหกล้มส่วนใหญ่จะพบว่ามีความกลัวการหกล้มมากกว่าผู้ที่ไม่เคยหกล้ม (Cumming, Salkeld and Thomas, 2000) แต่อย่างไรก็ตามยังมีรายงานที่บ่งบอกว่าความกลัวการหกล้มสามารถเกิดขึ้นได้ในผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีประวัติหกล้มมาก่อน (Lawrence et al., 1998; Maki, Holliday and Topper, 1991)

ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้มกับอายุที่เพิ่มขึ้นยังเป็นปัจจัยที่ถกเถียงกันระหว่างผู้วิจัย บางงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าความกลัวการหกล้มมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น (Howland et al., 1998; Vellas et al., 1997; Zijlstra et al., 2007; Scheffer et al., 2008) ในขณะที่บางการศึกษาบอกว่าไม่มีความสัมพันธ์กันเลย (Lawrence et al., 1998; Kressing et al., 2001) แต่เมื่อนำปัจจัยด้านความแตกต่างทางเพศเข้ามาพิจารณา จะพบว่าเพศหญิงมีความ

กัลวการหกล้มมากกว่าเพศชาย (Arfken et al., 1994; Howland et al., 1998; Kressing et al., 2001)

2.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกัลวการหกล้ม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยหลายประการที่มีความสัมพันธ์กับความกัลวการหกล้ม ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

2.7.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) เพศ เป็นปัจจัยสำคัญที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านสรีรวิทยา สมรรถภาพทางกาย บุคลิกภาพ และบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในครอบครัวและสังคม รวมถึงความแตกต่างในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้ความกัลวการหกล้มแตกต่างกันไประหว่างเพศชายและหญิง ซึ่งจากการศึกษาหลายงานเกี่ยวกับความกัลวการหกล้มมักจะพบภาวะดังกล่าวในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Arfken et al., 1994; Howland et al., 1998; Kressing et al., 2001)

2) อายุ จากอายุที่เพิ่มมากขึ้นย่อมส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะภายในร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมถอยลง ประสิทธิภาพการทำงานที่ต่างๆลดน้อยลง ส่งผลให้เกิดปัญหากับผู้สูงอายุมากมาย นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังประจำตัวหรือภาวะอื่นร่วมด้วยที่จะทำให้หกล้มได้ง่ายขึ้น เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ลมชัก สายตาไม่ดี การทรงตัวที่ไม่ดี จากโรคของหูหรืออวัยวะทรงตัวในหู ข้อเสื่อมหรือกล้ามเนื้อที่ลีบอ่อนแรงลง ยิ่งอายุมากขึ้นโอกาสการเกิดอุบัติเหตุก็ยิ่งมากขึ้น จากการศึกษาพบว่ามีความสอดคล้องของงานวิจัยหลายชิ้นในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างความกัลวการหกล้มกับอายุ (Zijlstra et al., 2007; Scheffer et al., 2008) ในขณะที่บางการศึกษามีข้อมูลที่ขัดแย้งว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความกัลวการหกล้มเลย (Lawrence et al., 1998; Kressing et al., 2001)

3) โรคประจำตัว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะมีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน ทำให้การรักษามีความซับซ้อนต้องพบแพทย์หลายคน รับประทานยารักษาจำนวนมากและหลายชนิด ทำให้เกิดความยากลำบากแก่ผู้สูงอายุอย่างมากในการบริหารยาเหล่านี้ โดยจะพบว่าภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 2 โรค การได้รับยามากกว่า 5 ชนิด มีความสัมพันธ์กับการหกล้มและความกัลวการหกล้ม (Friedman et al., 2002; Howland et al., 1998; Murphy, Dubin and Gill, 2003)

2.7.2 ปัจจัยทางจิตวิทยา เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมในวัยผู้สูงอายุ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจรวมถึงการปรับตัว เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิต (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) โดยเฉพาะความกัลวการหกล้มเป็นการผลกระทบบางด้านจิตใจที่

เกิดตามมาจากการหกล้ม หากผู้สูงอายุขาดแหล่งสนับสนุนทางด้านอารมณ์จะมีโอกาสเกิดความกลัวการหกล้มได้มากกว่า (Murphy, Dubin and Gill, 2003) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการวิจัย 1 ชิ้นที่นำกิจกรรมทางศาสนา (การไปโบสถ์) เข้ามาทำการศึกษา ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าความถี่ของการไปโบสถ์มีความสัมพันธ์กับการลดลงของความกลัวการหกล้ม เนื่องจากศาสนาถือเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับกลไกทางจิตกลับมาสู่ภาวะปกติ ช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และยังช่วยลดปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุอีกด้วย (Reyes-Ortiz et al., 2006) นอกจากนี้ยังพบว่าทำให้ความมั่นใจและการเอาใจใส่ของสมาชิกในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มนี้ (จิราพร เกตพิชญวัฒนา, 2548)

2.7.3 ปัจจัยทางสังคม มีการศึกษาหลายงานในต่างประเทศพบว่าเครือข่ายทางสังคม และการเกื้อหนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้ม (Howland et al., 1998; Murphy, Dubin and Gill, 2003) เนื่องจากการใช้ชีวิตประจำวันของบุคคล จะต้องเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับกลุ่มคน หรือกลุ่มสังคมต่างๆ อยู่ตลอดเวลา ตั้งแต่กลุ่มสังคมขนาดเล็ก จนถึงกลุ่มสังคมที่มีขนาดใหญ่ ที่มีความสัมพันธ์กัน มีการกระทำโต้ตอบกันอย่างมีแบบแผน คือมีการกำหนดสถานภาพของสมาชิก และมีบรรทัดฐานควบคุมความสัมพันธ์ กลุ่มทางสังคมมีทั้งกลุ่มปฐมภูมิ ซึ่งรูปแบบกลุ่มประกอบด้วยคนจำนวนน้อย สมาชิกรู้จักกันเป็นการส่วนตัว มีการติดต่อสัมพันธ์หลายด้าน ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิจะเป็นกลุ่มที่สมาชิกไม่มีความผูกพันกันเป็นการส่วนตัว การติดต่อสัมพันธ์เป็นการแสดงบทบาทตามหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมาย เกิดความตั้งใจและมีเจตนาดี ก่อให้เกิดความช่วยเหลือ ประคับประคองในทุกๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นวัตถุประสงค์ของ ข้อมูลข่าวสาร การมีแหล่งประโยชน์ที่ดี แสดงถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ดีด้วย

นอกจากนี้การที่จะประเมินความกลัวการหกล้มจำเป็นต้องอาศัยเครื่องมือที่เฉพาะเจาะจงและเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุเหล่านั้น ซึ่งมีด้วยกันหลายอย่าง เช่น Fall Efficacy scale as a Measure of Fear of Falling (Tinetti, Richman and Powell, 1990) เป็นแบบประเมินที่ใช้วัดระดับความเชื่อมั่นในการทำกิจกรรม 10 อย่างโดยไม่มีกรหกล้ม (เช่น อาบน้ำ เช็ดมอยบของในตู้ติดผนัง/ชั้นวางของ เดินรอบบ้าน เตรียมอาหารง่ายๆ) ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่ทำอยู่ในบ้าน ซึ่งในแต่ละกิจกรรมมีคะแนนตั้งแต่ 1-10 คะแนนโดยที่ 1 = มีความมั่นใจเต็มที่ 10 = ไม่มีความมั่นใจ หากพบว่ามีคะแนนรวมมากกว่า 70 คะแนน ถือว่าผู้สูงอายุมีความกลัวการหกล้ม(ดังแสดงในภาคผนวก ข) แต่ผู้วิจัยหลายท่านมีความเห็นที่แตกต่างออกไป เนื่องจากบุคคลต้องมีกิจกรรมที่ต้องทำภายนอกบ้าน และต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม จึงได้พัฒนาเครื่องมือประเมินภาวะกลัวการหกล้มขึ้นในเวลาต่อมา คือ Activity-specific Balance

Confidence (Powell and Myers, 1995) เป็นการวัดกิจกรรม 16 อย่างโดยเพิ่มกิจกรรมที่ยากขึ้น เช่น ออกไปเดินนอกร้าน การไปพบปะเพื่อนฝูง และเครื่องมือ The Survey of Activity and Fear of Falling in the Elderly ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดยวัดกิจกรรมที่หลากหลายออกไป (เช่น ADL, กิจกรรมทางสังคม, การออกกำลังกาย) ดังนั้นการเลือกใช้เครื่องมือประเมินความกลัวการหกล้มจึงควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุนั้นๆ เพื่อความเที่ยงตรงของข้อมูลที่ได้

2.8 ผลที่เกิดตามมาจากความกลัวการหกล้ม

ความกลัวการหกล้มเป็นผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดตามมาจากการหกล้ม ซึ่งนับว่า เป็นปัญหาที่สำคัญและส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ซึ่งสามารถสรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

1) ผลกระทบทางด้านร่างกาย จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุเกิดความกลัวการหกล้มและมีความพยายามที่จะหลีกเลี่ยง/จำกัดกิจกรรมต่างๆ จะนำไปสู่ผลลัพธ์ในทางที่เสื่อมถอยลง เช่น การทำหน้าที่ของร่างกายลดน้อยลง (Cumming, Salkeld and Thomas, 2000) กล้ามเนื้ออ่อนแรงและฝ่อลีบ ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง บางรายอาจต้องนอนติดเตียง (housebound) และทำให้เพิ่มปัจจัยเสี่ยงในการหกล้มมากขึ้น นอกจากนี้ยังอาจเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (Cumming, Salkeld and Thomas, 2000) หรือต้องเข้ารับการดูแลในสถานบริบาลมากขึ้น (Tideiksaar and Silverton, 1989) ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นและกลายเป็นภาระของครอบครัวในการดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจนถึงระยะยาว (Kong et al., 2002)

2) ผลกระทบทางด้านจิตใจ จากงานวิจัยพบว่าผู้สูงอายุจะมีความกลัวการหกล้มซ้ำหรือกลัวการพึ่งพาลงหลังจากหกล้ม ซึ่งทั้งสองกรณีนี้มีผลกระทบทางด้านจิตใจอย่างมาก ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกเสียใจ อายากตาย ทุกข์ทรมานร่วมด้วย ซึ่งผู้สูงอายุจะแสดงออกโดยการหลีกเลี่ยงการมีกิจกรรมต่างๆ (เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล และคณะ, 2543) ขาดความมั่นใจในการทำกิจกรรม หลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น แยกตนเอง และไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Tideiksaar, 1998) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Howland et al. (1993) พบว่าความกลัวการหกล้มจะส่งผลให้ผู้สูงอายุลดการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลง และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ตกต่ำลงในที่สุด (Cumming, Salkeld and Thomas, 2000)

3) ผลกระทบทางเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อผู้สูงอายุมีความกลัวการหกล้มทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ผู้สูงอายุจะหลีกเลี่ยง/จำกัดกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น กลายเป็นภาระของครอบครัวในการดูแล อาจต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหรือสถานบริบาลต่างๆ บ่อยครั้งขึ้น และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลตามมาอีกมากมาย เนื่องจาก

ผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์สูงมาก (Cumming, Salkeld and Thomas, 2000) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจครอบครัวโดยตรง

3. บทบาทพยาบาลวิชาชีพต่อปัญหาความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ

ความกลัวเป็นความรู้สึกไม่มั่นคงทางอารมณ์ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้กับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ความกลัวจะส่งผลเสียแก่บุคคล เช่น ทำให้สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเองหรือทำให้เสียบุคลิกภาพ ถ้าความกลัวที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับที่เหมาะสม ก็จะมีประโยชน์ทำให้บุคคลมีความระมัดระวังต่ออันตรายหรืออุบัติเหตุมากขึ้น แต่ถ้าหากความกลัวที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง และเป็นความกลัวที่ไม่สมเหตุสมผล จะทำให้บุคคลนั้นพยายามทำทุกวิถีทางเพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญกับสิ่งที่ตนเองกลัว และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่าเป็นภาวะที่บุคคลนั้นๆ สูญเสีย/ขาดความมั่นใจ หรือมีความมั่นใจในระดับต่ำในการทำกิจกรรมใดๆโดยไม่เกิดการหกล้ม ซึ่งความกลัวในลักษณะนี้จะส่งผลกระทบต่อและเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าจะยังสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ แต่ก็ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและไม่สามารถใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ ดังนั้นจึงเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพในการประเมิน ใฝ่ระวัง วางแผนการดูแล โดยร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อร่วมกันวางแผนช่วยเหลือ และให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มได้อย่างครอบคลุม เพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นกลับมาดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น และสามารถบรรลุเป้าหมายในชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพของตน

3.1 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล Convey (1993) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลว่า พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการประเมิน ใฝ่ระวัง และให้การดูแลผู้สูงอายุที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลหรือสถานดูแลเกี่ยวกับปัญหาความกลัวการหกล้ม เมื่อแพทย์วางแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลจะต้องวางแผนการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยเป็นสื่อกลางระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว/ผู้ดูแล โดยการให้คำแนะนำปรึกษา และสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนเกิดความมั่นใจที่จะดูแลผู้สูงอายุได้เองที่บ้าน แนะนำแหล่งสนับสนุนที่จำเป็น อาจต้องประสานงานกับแหล่งบริการสาธารณสุขชุมชนในการส่งต่อเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง นอกจากนี้การเสริมสร้างความเชื่อมั่นและกำลังใจให้กับผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีความมั่นใจและสามารถกลับมาดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง

3.2 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในชุมชน โดย Convey (1993) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในชุมชนต่อปัญหาความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุไว้ดังนี้

- 1) บทบาทในการประเมินและการคัดกรอง เป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพ

โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งพยาบาลสามารถประเมินความกลัวการหกล้มไปพร้อมๆ กับการประเมินปัญหาสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในรายที่เคยมีประวัติหกล้ม หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยใช้แบบประเมินความกลัวการหกล้มช่วยในการคัดกรองปัญหา

2) บทบาทในการดูแล ถือเป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลวิชาชีพทุกคน นอกจากการป้องกันก่อนเกิดอุบัติเหตุแล้ว พยาบาลยังต้องมีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุทั้งที่ได้รับบาดเจ็บให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ/ใกล้เคียงปกติมากที่สุด และเป็นการป้องกันการเกิดภาวะฟุ้งพาให้เกิดซ้ำที่สุดหรือไม่เกิดเลย ผู้สูงอายุบางรายอาจไม่มีปัญหาการบาดเจ็บจากการหกล้ม แต่อาจมีปัญหาทางด้านจิตใจได้ และในที่สุดก็จะส่งผลถึงร่างกายได้ เคยหกล้มแล้วเจ็บเกิดความกลัวการหกล้มจึงพยายามลดและจำกัดกิจกรรมต่างๆ ทำให้การใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ไม่มีความสุข ส่งเสริมให้เกิดการถดถอยทั้งทางร่างกายและจิตใจ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2548) สิ่งเหล่านี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลต้องประเมินให้ได้ และวางแผนเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ครอบครัวในการแก้ปัญหา

3) บทบาทในการประสานงาน การดำเนินงานต่างๆ ของพยาบาลไม่สามารถดำเนินงานได้เพียงผู้เดียว ซึ่งพยาบาลจะต้องทำงานร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ชุมชน และหน่วยงานที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน นอกจากนี้การประสานงานกับครอบครัว/ผู้ดูแล โดยการสร้างเป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน ดังนั้นพยาบาลจึงมีหน้าที่คอยช่วยเหลือเพื่อให้เกิดการดูแลที่ครอบคลุมและเป็นประโยชน์ในทุกๆ ด้าน

4) บทบาทในการให้คำปรึกษา ฝึกสอน และการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งเป็นอีกหนึ่งบทบาทที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้ม จะพยายามที่จะหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรม ลดการเคลื่อนไหว ลดการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม นำไปสู่ภาวะฟุ้งพาและกลายเป็นภาระของครอบครัวในระยะยาว พยาบาลจึงมีส่วนสำคัญในการเป็นที่ปรึกษาในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทั้งต่อตัวผู้สูงอายุและครอบครัว สอนและแนะนำการปฏิบัติตัวและการดูแลที่ถูกต้องและปลอดภัย ซึ่งเป็นการพยาบาลในเชิงรุกเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และป้องกันการหกล้มที่อาจเกิดขึ้น โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มโดยเฉพาะในผู้สูงอายุรายที่มีความเสี่ยง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการหกล้ม การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อและข้อ การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยให้มีความปลอดภัยโดยพิจารณาตามความเหมาะสมของผู้สูงอายุแต่ละราย การช่วยเหลือแหล่งสนับสนุนในกรณีที่จำเป็น พร้อมทั้งพยาบาลต้องเป็นผู้ที่เสริมสร้างความเชื่อมั่นและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถกลับมาดำรงชีวิตในสังคมได้

4. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพและทฤษฎีเชิงปรากฏการณ์วิทยา(Phenomenology)

4.1 ปรัชญาพื้นฐานของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นการศึกษาที่มีพื้นฐานมาจากศาสตร์สาขาปรัชญา สังคมวิทยาและจิตวิทยา (Streubert and Carpenter, 2003) เป็นการศึกษาปรากฏการณ์การให้ความหมายจากประสบการณ์ตามสถานการณ์ที่เป็นจริง และตามการรับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ เน้นธรรมชาติ (Nature) และความเป็นจริง (Truth) ของปรากฏการณ์และสะท้อนให้เห็นถึงบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง (Koch, 1995) โดยเน้นความสำคัญของวิธีที่มนุษย์ให้ความหมายกับสถานการณ์หรือสิ่งต่างๆ เนื่องจากความรู้ที่แท้จริงมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับบุคคล หรือกลุ่มนั้นๆ จะให้ความหมาย โดยความรู้ที่ได้จากการศึกษาจะถูกสร้างขึ้น และอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปเรื่อยๆ ตามปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวความรู้เองกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (สุภาวงศ์ จันทวานิช, 2543)

4.2 แนวทางการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา แนวทางในการทำกรวิจัยเชิงคุณภาพประกอบด้วย (Streubert and Carpenter, 2003)

1) เลือกประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา โดยตั้งคำถามการวิจัยที่เหมาะสมที่จะศึกษา และกำหนดวัตถุประสงค์ที่จะศึกษา และอธิบายปรากฏการณ์โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า เพื่อรับรู้สิ่งที่เป็นจริงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล (Participants) โดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ ประเมิน หรือให้ความเห็นที่คิดว่าถูกต้อง

2) เลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยการกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลซึ่งต้องมีความรู้และมีประสบการณ์ในเรื่องที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา สามารถสื่อสารภาษากับผู้วิจัยได้ และมีความสมัครใจในการให้ข้อมูล

3) เครื่องมือของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ที่สำคัญคือ ตัวผู้วิจัย (Researcher as instrument) โดยผู้วิจัยต้องมีความตระหนักในการรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริง และมีทักษะที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลหลักบอกเล่ารายละเอียดที่เป็นจริงจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักมากที่สุด และผู้วิจัยต้องสร้างสัมพันธภาพ และมีการสนทนาในเชิงแลกเปลี่ยนโดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ข้อมูลของผู้เล่าประสบการณ์นั้น และต้องสร้างความไว้วางใจ รวมทั้งเคารพในสิทธิและความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยต้องเป็นผู้ไวต่อความรู้สึก มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ มีความเข้าใจฐานแนวคิด กระบวนการวิจัยเป็นอย่างดี และจำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนในการทำวิจัยมาบ้าง นอกจากนั้นยังต้องมีความตระหนักในการรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริง มีทักษะที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลหลักกระลึกถึงความรู้สึก และบอกเล่าความรู้สึกอย่างเป็นจริง มีรายละเอียดมากที่สุด เช่น ทักษะการสนทนา การสร้างความไว้วางใจ การสร้างสัมพันธภาพ การเคารพในสิทธิของผู้ให้ข้อมูลหลัก (สุภาวงศ์ จันทวานิช, 2543) และการสัมภาษณ์ควรให้ผู้ให้ข้อมูลหลักตอบโดยอิสระและเป็น

ธรรมชาติ ไม่มีการชี้นำเกี่ยวกับเรื่องที่กำลังศึกษา โดยใช้คำถามปลายเปิดถามเพื่อความกระจ่างและสังเกตท่าทางของผู้ให้ข้อมูลหลัก หากผู้ให้ข้อมูลหลักเริ่มมีอาการอ่อนไหวกับคำถามควรหยุดการสัมภาษณ์ และเมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักพร้อมที่จะให้ข้อมูลจึงเริ่มการสนทนาหรือสัมภาษณ์ต่อ นอกจากนี้ควรอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเข้าใจกระบวนการสัมภาษณ์ และตรวจสอบความถูกต้องตรงกับผู้วิจัย เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเชื่อถือได้ ตั้งใจในการรับฟังข้อมูลและไม่ถามคำถามในลักษณะชักใย แต่ควรเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปฏิบัติต่อผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยความเคารพ จริงใจ และสนใจอย่างแท้จริง (สุภาวงศ์ จันทวานิช, 2543; Streubert and Carpenter, 2003)

4) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลมีหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต การบันทึกภาคสนาม แต่วิธีหลักที่นิยมใช้คือ การสัมภาษณ์ โดยเฉพาะการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ซึ่งเป็นการเข้าถึงข้อมูลโดยการสนทนาอย่างมีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง เมื่อได้ข้อมูลมาต้องอ่านบทสนทนาซ้ำหลายๆ ครั้งเพื่อทำความเข้าใจและวิเคราะห์องค์ประกอบที่ได้ และอาจต้องสัมภาษณ์หลายครั้งเพื่อช่วยขยาย ตรวจสอบและเพิ่มเติมข้อมูลที่ยังขาดหายไป ซึ่งก่อนเข้าไปสัมภาษณ์ครั้งต่อไปผู้วิจัยควรฟังเทปการสนทนาซ้ำ และทำความเข้าใจเพื่อเตรียมคำถามในประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติมจนได้ข้อมูลที่อิ่มตัว (Saturation) คือ ข้อมูลที่ได้เริ่มเป็นประเด็นที่ซ้ำๆ ไม่มีองค์ประกอบสำคัญ (Themes or essences) ใหม่ๆ เกิดขึ้น การจัดการกระทำกับข้อมูล (Data treatment) ที่ดีและควรเลือกใช้คือ เทคนิคการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด การบันทึกเทป และถอดเทปคำสนทนาแบบคำต่อคำ (Verbatim transcriptions) ร่วมกับการบันทึกภาคสนามซึ่งเป็นการบันทึกความคิด ความรู้สึกของผู้วิจัยขณะเก็บข้อมูล เพื่อนำมาร่วมวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อจบการสัมภาษณ์ รวมทั้งนำมาช่วยในการสำรวจข้อมูลที่บันทึกในเทป (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549)

5) การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) โดยการวิเคราะห์เนื้อหา(Content analysis) ซึ่งมีวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลที่แตกต่างกันไป เช่น Van Kaam จะกำหนดประสบการณ์กว้างๆ ทำการสัมภาษณ์ให้ได้ข้อมูลก่อน แล้วจึงให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เลือกประเด็นสำคัญในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลนั้นๆ ส่วน Giorgi จะให้ความหมายประสบการณ์ที่ต้องศึกษาง่ายๆ แล้วเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาจึงสัมภาษณ์ และวิธีของ Colaizzi เน้นที่การเก็บรวบรวมข้อมูล ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูล และอาจใช้การสังเกต การบันทึกสนามร่วมด้วย วิธีของ Colaizzi อาจยืดหยุ่นได้ เช่น อาจให้ผู้ให้ข้อมูลหลักตรวจสอบก่อนและระหว่างเก็บข้อมูล แทนที่จะรอข้อมูลทั้งหมดก่อนนำไปให้ตรวจโครงสร้างองค์ประกอบ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักให้เห็น และความมั่นใจของข้อมูลก็ได้ (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549) การเลือกใช้วิธีวิเคราะห์แบบใดขึ้นอยู่กับผู้วิจัยที่คิดว่าวิธีใดเหมาะสมปัญหาการวิจัยของตนมากที่สุด นำข้อมูลที่ได้จากกระบวนการสัมภาษณ์

มาวิเคราะห์อย่างละเอียด เพื่อแยกองค์ประกอบที่ปรากฏ (Essence or common themes) หาความสัมพันธ์และการเชื่อมโยงองค์ประกอบกับสิ่งแวดล้อมหรือปรากฏการณ์ โดยจะต้องศึกษาข้อมูลอย่างลึกซึ้งซึ่งจนแน่ใจได้ว่าได้ข้อมูลที่ถูกต้องแน่นอน และทำการอ่านบทสนทนาที่ถอดคำต่อคำซ้ำๆ หลายๆ ครั้ง แล้วจำแนกและดึงข้อความหรือประโยคที่มีความสำคัญ พร้อมทั้งให้รหัส หรือบันทึกใน Index cards แล้วจัดกลุ่มที่สัมพันธ์กับองค์ประกอบ ภายหลังจากวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัย จะทำการทบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบายผลการศึกษา และนำเสนอผลการศึกษาที่ได้โดยใช้ภาษาของผู้ให้ข้อมูลหลัก

6) ความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำตรงของข้อมูลกับความเป็นจริงตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น โดยสามารถพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลการวิจัยคุณภาพได้ดังนี้

6.1) ดำเนินการวิจัยตามระเบียบวิธีวิจัยที่กำหนดไว้และทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อให้การศึกษาปรากฏการณ์ที่สนใจมีความถูกต้องชัดเจนจากผู้ที่มีประสบการณ์จริงโดยตรง (Streubert and Carpenter, 2003)

6.2) ใช้เทคนิคการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) คือการใช้หลากหลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำมาตรวจสอบว่าตรงกันหรือไม่ ซึ่งสามารถกระทำได้หลายทาง ได้แก่การใช้ผู้วิจัยหลายท่านที่มีความเชี่ยวชาญแตกต่างกันมาเก็บข้อมูลเดียวกัน เพื่อตรวจสอบข้อค้นพบที่ได้ซึ่งกันและกัน (Investigator triangulation) การใช้แนวคิดหลายแนวคิดมาใช้ในการมองหาคำสัมพันธ์ของข้อมูลเหตุการณ์นั้นๆ (Theory triangulation) การใช้วิธีวิจัยหลายวิธีร่วมกันในการเก็บข้อมูล (Methodological triangulation) และการเก็บข้อมูลในปรากฏการณ์เดียวกันจากบุคคลหลายแห่ง (Data triangulation) (นิตยา ชูโต, 2548)

6.3) การนำเสนอผลการวิจัยตามความเป็นจริงของข้อมูลที่ได้ ซึ่งไม่ใช่ผลที่เกิดจากความคิดเห็นของผู้วิจัย แต่ต้องแสดงให้เห็นถึงข้อมูลที่ได้จากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักโดยแท้จริง และมีการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูลหลัก (Member check) ซึ่งเป็นการนำข้อมูลที่ผู้วิจัยทำการสรุป แปลความหมาย และย้อนกลับไปหาผู้ให้ข้อมูลหลักอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบและยืนยันความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ทั้งในระยะเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูล และเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล (Guba and Lincoln, 1989)

6.4) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาเป็นประเด็นที่เฉพาะเจาะจงตามข้อค้นพบ และแสดงให้เห็นถึงปรากฏการณ์ที่ศึกษา ซึ่งผู้อ่านงานวิจัยสามารถตัดสินใจและพิจารณาถึงความเฉพาะเจาะจงของปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้ด้วย

ตนเอง ซึ่งผลการวิจัยนี้ใช้อย่างยิ่งเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้เป็นหลักเท่านั้น

6.5) ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) โดยการใช้หลากหลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Multiple methods of data collection) ซึ่งมีการเชื่อมโยงข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสังเกตเข้าไว้ด้วยกัน รวมถึงข้อมูลที่ได้จากเอกสารต่างๆ เพื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง

6.6) ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) โดยการให้บุคคลอื่นตรวจสอบ (Audit trail) โดยนำข้อมูลที่ได้ เช่น ข้อมูลจากการบันทึกภาคสนาม ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ รายละเอียดการรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล รายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลจากการบันทึกต่างๆ รวมถึงรายงานที่ได้รับการตรวจสอบจากบุคคลภายนอกเพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของประสบการณ์ที่เกิดขึ้น (Guba and Lincoln, 1989)

5. การสัมภาษณ์เชิงลึก

การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นวิธีที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยตรง ด้วยการสนทนาอย่างมีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงระหว่างผู้สัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยมีจุดสนใจอยู่ที่การรับรู้ของตนเองและประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อมองการเข้าใจความคิด ความหมาย นิยามและการตีความสถานการณ์ของแต่ละบุคคล ที่แสดงออกด้วยคำพูดของผู้ให้ข้อมูลหลักเอง เป็นการสัมภาษณ์ในรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ โดยใช้ประเด็นแนวคำถามกว้างๆ ซึ่งมีวิธีการรวบรวมข้อมูลโดยไม่ใช้แบบสอบถาม แต่จะมีแนวของข้อคำถามให้ผู้สัมภาษณ์เป็นผู้สอบถามผู้ให้ข้อมูลหลักในลักษณะคำถามเจาะลึก และต้องอาศัยความสามารถพิเศษของผู้สัมภาษณ์ในการค้นหารายละเอียดในประเด็นที่ศึกษาอย่างลึกซึ้ง (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549) ซึ่งลักษณะคำถามจะแยกเป็นคำถามหลัก (Main question) คำถามเจาะประเด็น (Probe) และคำถามติดตาม (Follow up) เน้นข้อมูลที่เป็นมุมมองของผู้ให้ข้อมูลหลัก (Informant) โดยใช้เหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักบอกเล่าให้ฟัง โดยมีบรรยากาศของการสนทนาที่มีอิสระในการถาม-ตอบอย่างเป็นธรรมชาติ เป็นกันเอง นอกจากจะได้คำตอบจากการสนทนาแล้วยังรวมถึงคำตอบที่ได้จากการสังเกตลักษณะท่าทาง น้ำเสียง สีหน้า และพฤติกรรมต่างๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักแสดงออกมาด้วย โดยผู้วิจัยไม่นำมุมมองหรือความคิดเห็นของตนเองเข้ามาเกี่ยวข้อง และในระหว่างการสนทนาอาจมีข้อคำถามอื่น ๆ เกิดขึ้นเพิ่มเติมได้ (สุภาวศ์ จันทวานิช, 2543; อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2549)

5.1 การสร้างแนวคำถาม แนวทางการสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ผู้วิจัยมีขั้นตอนในการสร้างแนวคำถาม ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ ผลกระทบที่เกิดขึ้น และบทบาทของพยาบาลวิชาชีพต่อปัญหาความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ คัดเลือกประเด็นคำถามเกี่ยวกับเรื่องที่สนใจ เพื่อใช้เป็นแนวคำถามในการสัมภาษณ์ แต่จะไม่มีกำหนดข้อคำถามหรือลำดับคำถามอย่างตายตัว โดยคำถามในขณะสัมภาษณ์จริง จะมีความยืดหยุ่น และเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถแสดงความคิดเห็นตามการรับรู้ของตนเองได้อย่างอิสระ (นิศา ชูโต, 2548) จากนั้นผู้วิจัยนำแนวคำถามดังกล่าวให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบก่อนการสัมภาษณ์จริง

2. ผู้วิจัยตรวจสอบตนเองร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตลอดการดำเนินการวิจัย ได้แก่ เทคนิคการสัมภาษณ์ การให้ความหมาย การจัดกลุ่มข้อมูล การให้ความคุ้มครองสิทธิของผู้ให้ข้อมูล และการเก็บรักษาข้อมูล

3. ลักษณะของคำถาม ใช้คำถามเปิดประเด็นกว้างๆ ในเรื่องที่มีความใกล้เคียงกับประเด็นที่น่าสนใจ โดยคำถามประกอบด้วย

1) คำถามเปิดการสนทนา (Opening question) เป็นคำถามทั่ว ๆ ไปช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลหลักรู้สึกผ่อนคลาย และเพื่อเป็นการสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่เป็นกันเอง สร้างความคุ้นเคยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการให้ข้อมูลที่เป็นจริง โดยผู้วิจัยทำการแนะนำตัวพร้อมทั้งพูดคุยเรื่องทั่วๆ ไปก่อน เช่น สภาพแวดล้อม ที่พักอาศัย อาการเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพในปัจจุบัน

2) คำถามเกริ่น (Introduction question) เป็นคำถามแนะนำหัวข้อในการสนทนา เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้เชื่อมโยงความคิดของตนเองกับหัวข้อการสนทนา ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดที่ให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้เล่าประสบการณ์ แสดงความรู้สึก หรือความเข้าใจเกี่ยวกับหัวข้อที่สนทนา

3) คำถามเข้าสู่ประเด็น (Transition question) เป็นการเปลี่ยนแนวการสนทนาเข้าสู่ประเด็นหลักที่สนใจศึกษา โดยคำถามจะเชื่อมโยงกับคำถามเกริ่นและคำถามหลัก แต่เป็นคำถามที่เจาะลึกกว่าคำถามเกริ่น

4) คำถามหลัก (Key question) เป็นคำถามที่อยู่ในประเด็นที่ต้องการศึกษา ในขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยต้องใช้เทคนิคในการถาม เช่น การทวนความ การสะท้อนความคิด การถามต่อเนื่อง รวมถึงการถามเจาะลึก เพื่อติดตามประเด็นที่กล่าวถึงให้ชัดเจนและลึกซึ้งมากขึ้น บางครั้งผู้สัมภาษณ์อาจต้องใช้ความเงิบ หรือหยุดรอชั่วขณะหนึ่ง เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้สะท้อนและขยายความในคำตอบที่ได้ตอบไป

5) คำถามจบการสนทนา (Ending question) จะช่วยปิดการสนทนาและเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้แสดงความคิดเห็นของตน เกี่ยวกับประเด็นที่สนทนากันมาอีกครั้ง ซึ่งจะช่วยให้ผู้สัมภาษณ์ทราบว่า สิ่งที่พูดคุยมาในครั้งนี้ อะไรคือสิ่งสำคัญที่สุดที่ต้องการบอกเล่าให้ผู้วิจัยฟัง และเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้ให้ความกระจ่างในเรื่องดังกล่าว ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการแปลความ หรือการให้นำหนักข้อมูลหลังจากนั้นผู้วิจัยควรถามสรุป โดยอาจถามผู้ให้ข้อมูลหลักว่าข้อสรุปในการพูดคุยกันในวันนี้เพียงพอหรือไม่ หรือต้องการเพิ่มเติมในประเด็นใด และทำการนัดหมายในการพูดคุยครั้งต่อไป เพื่อให้ได้ข้อมูลที่อิมตัว และไม่มีประเด็นใหม่ๆ เพิ่มขึ้นแล้ว

5.2 การเตรียมตัวก่อนการสัมภาษณ์ ถือว่าเป็นพื้นฐานที่ช่วยให้ผู้วิจัยดำเนินงานไปตามวัตถุประสงค์และปรับเข้ากับสภาพจริงของสนามได้ง่าย และช่วยลดความเสี่ยงที่เกิดในการสัมภาษณ์ได้ (นิศา ชูโต, 2548) โดยมีขั้นตอนในการเตรียมตัว คือ

1. ผู้วิจัยควรมีความรู้ในแก่นของเรื่องที่จะทำวิจัย มีความคุ้นเคยและรู้ประเด็นคำถามและแนวโน้มในประเด็นที่ตนเองต้องการจะขุดค้น เจาะลงไปให้ลึกซึ้ง และชัดเจนเกี่ยวกับประเด็น วัตถุประสงค์ของการวิจัย ไม่ใช่ภาษาวิชาการหรือสูงเกินไป มีความสุภาพ เป็นนักฟังที่ดี สามารถเข้าถึงอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลักได้ เปิดเผย เห็นใจ เข้าใจ รับรู้ ติดตาม ตอบโต้ ต่อรอง เพื่อให้รู้ความจริง โดยไม่รับข้อมูลเพียงผิวเผิน สร้างความสัมพันธ์ และควรสร้างความไว้วางใจแก่ผู้ให้ข้อมูลหลัก รวมทั้งศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อนำมาประกอบการปรับปรุงสัมพันธ์และการสนทนาให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของผู้ให้ข้อมูลหลักด้วย

2. การเตรียมสร้างแนวคำถาม ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจำเป็นต้องสร้างแนวทางการสัมภาษณ์ให้ชัดเจน ดังนั้นในการสร้างคำถาม ผู้สัมภาษณ์ต้องใช้คำถามที่กระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลหลักมีส่วนร่วมอย่างเป็นธรรมชาติ และผู้สัมภาษณ์ต้องไม่มีอคติหรือกำหนดคำตอบไว้ล่วงหน้า คำถามเหล่านี้ผู้สัมภาษณ์ควรนำไปทดสอบก่อนการเก็บข้อมูลจริง เพื่อดูความเป็นไปได้ของภาษาและวิธีการถาม ประโยชน์ของการมีแนวทางการสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้สัมภาษณ์สามารถกำหนดเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์ได้ อีกทั้งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มีความครอบคลุมในประเด็นที่ต้องการศึกษา (Patton, 2002)

3. การเตรียมวิธีการซักถามเพื่อให้ได้คำตอบที่ต้องการ โดยผู้วิจัยจะต้องเรียนรู้รูปแบบและวิธีการถาม ซึ่งมี 2 รูปแบบคือ คำถามที่เป็นวาจา และคำถามที่เป็นภาษาท่าทาง และควรได้ทดลองฝึกปฏิบัติเทคนิคการสัมภาษณ์และการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนลงมือทำการวิจัย

4. ผู้วิจัยต้องมีการเตรียมตรวจสอบเครื่องบันทึกเทปให้แน่ใจว่าอยู่ในสภาพที่ใช้งานได้และสามารถใช้งานได้ตลอดการวิจัย การดำเนินการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

5.3 การดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก

1. สร้างบรรยากาศในการสนทนาที่เป็นธรรมชาติ ด้วยการเริ่มต้นสนทนาแบบ ทักทาย สร้างสัมพันธภาพ พูดคุยถึงประสบการณ์ทั่วไป แล้วจึงเริ่มพูดคุยถึงเหตุการณ์ ประสบการณ์ร่วมที่สามารถเชื่อมโยงไปสู่เรื่องราวที่เป็นเป้าหมายของการสัมภาษณ์เชิงลึก

2. การชี้แจง เมื่อเกิดสัมพันธภาพที่ดีและมีบรรยากาศของการเป็นคู่สนทนาเกิดขึ้นแล้ว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการชี้แจงถึงการวิจัย โดยต้องแนะนำตัว และวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิ่งที่ต้องการจากผู้ให้ข้อมูลหลัก และความสำคัญของผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยควรแสดงความใส่ใจ สนใจอย่างแท้จริงในตัวผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยไม่มีการตัดสินว่าดี หรือไม่ดี ถูกหรือผิด เหมาะสมหรือไม่ ซึ่งจะทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเกิดความไว้วางใจ และเชื่อมั่นในตัวผู้วิจัย

3. ดำเนินการสนทนาตามประเด็นการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยจะต้องใช้ทักษะการสื่อสาร สร้างสัมพันธภาพตลอดการสนทนา เพื่อให้การสนทนาในประเด็นต่างๆ เกิดความราบรื่น และควรเริ่มต้นด้วยคำถามง่ายๆ ไม่คุกคามความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลหลัก และทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความไว้วางใจที่จะเล่าประสบการณ์ นอกจากนี้ผู้วิจัยควรใช้ภาษาที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความรู้สึกที่ผู้วิจัยเป็นคู่สนทนาในเรื่องนั้นจริงๆ หรือรู้สึกว่าผู้วิจัยก็มีประสบการณ์ใกล้เคียงกัน ระวังน้ำเสียง และการพูดที่ไม่สุภาพ หลีกเลี่ยงการพูดตำหนิ และถึงแม้ว่าผู้วิจัยจะไม่เห็นด้วยกับความคิดเห็น หรือความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลหลัก แต่ผู้วิจัยไม่ควรแสดงออกถึงความไม่เห็นด้วย ควรแสดงถึงความสนใจและเข้าใจในความคิดเห็นนั้นๆ

4. ผู้วิจัยควรแสดงความเข้าใจในเรื่องราวที่ผู้ให้ข้อมูลหลักได้บอกเล่า เมื่อการสนทนาดำเนินต่อไปเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเปิดเผยเรื่องราว ความคิดที่ลึกลงไปกว่าในช่วงแรก โดยไม่รู้สึกกลัว อึดอัดที่จะเล่าหรือสนทนา

5. สนทนาให้ได้ความจริง เมื่อสัมพันธภาพระหว่างคู่สนทนาเป็นไปได้อย่างดีแล้ว ผู้วิจัยจะสามารถใช้คำถามนำไปสู่หัวใจของการสนทนาตามประเด็นการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยที่ชำนาญจะรู้ว่าเมื่อใดผู้ให้ข้อมูลหลักพร้อมที่จะเล่าเรื่องราวที่ลึกหรืออ่อนไหว (Sensitive) มากขึ้น

6. การตั้งคำถามแก่ผู้ให้ข้อมูลหลักนั้น การถามคำถามที่ผู้ให้ข้อมูลหลักยากที่จะตอบ ควรถามเมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักมีความผ่อนคลายและมีความเชื่อใจต่อผู้วิจัยแล้ว โดยผู้วิจัยต้องเคารพต่อความจริงที่ถูกเปิดเผยขึ้น คำถามที่ตอบยาก อาจถามซ้ำในช่วงต่างๆ ของการสนทนาด้วยวิธีการหรือแง่มุมที่ต่างออกไปจากครั้งก่อน ซึ่งผู้วิจัยอาจต้องพูดย้ำในเรื่องระบบการบันทึกและการรักษาความลับที่เชื่อถือได้ นอกจากนี้อาการเจียบ หรือเว้นช่วงจังหวะรอที่จะพูดในประเด็นต่างๆ อาจเกิดจากผู้ให้ข้อมูลหลักกำลังทำความเข้าใจกับประเด็นหรืออาจรู้สึกกังวลกับการเล่าเรื่องได้ และควรระวังการแสดงความคิดเห็นที่จะชี้ช่องคำตอบให้ผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยไม่ใช่

คำถามนำ เมื่อได้รับฟังคำบอกเล่าที่คลุมเครือไม่ชัดเจน ผู้วิจัยใช้การถามซ้ำในประเด็นนั้นๆ เพื่อให้ได้ความกระจ่างมากที่สุด

7. การลดระดับอารมณ์ความรู้สึก โดยเมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลเชิงลึกตามต้องการแล้ว ผู้วิจัยควรสนทนาในประเด็นข้อมูลทั่วไปที่ตอบง่าย ซึ่งจะทำให้อารมณ์ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลหลักกลับเป็นปกติ

8. การปิดการสนทนา ควรมอบของที่ระลึกประกอบกับการกล่าวคำขอบคุณและเน้นย้ำถึงระบบการรักษาความลับที่เชื่อถือได้ ควรขออนุญาตเพื่อติดต่อกลับมาอีกในกรณีที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

5.4 หลังการสัมภาษณ์เชิงลึก ในระหว่างและหลังทำการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยต้องทำการบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ซึ่งการบันทึกข้อมูลมีทั้งการบันทึกเทปและการจดบันทึก เพื่อให้ได้ข้อมูลในประเด็นที่ต้องการศึกษาวิจัยที่สมบูรณ์ที่สุด โดยมีแนวทางดังนี้

1. ผู้วิจัยต้องปราศจากอคติ โดยการบันทึกเทปข้อมูลคำพูดของผู้ให้ข้อมูลหลักแบบคำต่อคำ ซึ่งสามารถเก็บคำพูดทุกคำได้อย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้วิจัยมีสมาธิในการฟังและสังเกตผู้ให้ข้อมูล

2. การจดบันทึกตามประเด็นสำคัญของการสัมภาษณ์ โดยจดบันทึกการสังเกตสีหน้า ท่าทางของผู้ให้ข้อมูลหลัก รวมทั้งบรรยากาศในการสัมภาษณ์ การจดบันทึกควรจดบันทึกคำพูดที่สำคัญของผู้ให้ข้อมูลหลักและคำถามที่ผู้วิจัยต้องการถามเพิ่มเติม เพราะประเด็นที่จดบันทึกจะนำไปสู่การวิเคราะห์เบื้องต้นเมื่อจบการสัมภาษณ์ และช่วยในการสำรวจความครบถ้วนของข้อมูลที่บันทึกในเทป

3. การทบทวนข้อมูลทันทีหลังการสัมภาษณ์เพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูลคร่าวๆ ว่ามีความครอบคลุม ครบถ้วนหรือไม่ ถ้ายังไม่ครบถ้วนควรติดต่อกับผู้ให้ข้อมูลหลักอีกครั้ง ซึ่งการทบทวนและจัดเก็บข้อมูลทันทีหลังการเก็บข้อมูลทุกครั้ง ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการควบคุมคุณภาพข้อมูล (Quality control of data)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Nelson and Amin (1990) ศึกษาถึงผลกระทบทางสุขภาพจิตที่ตามมาจากการหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าความกลัวการหกล้มเป็นผลที่เกิดตามมาจากการหกล้ม และส่งผลให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นต้องจำกัดการเคลื่อนไหว การทำหน้าที่ของร่างกายเสื่อมถอยลง และแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด

Walker and Howland (1990) ทำการศึกษาความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่พำนักอยู่ในอพาร์ทเมนต์ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 115 ราย พบว่า ร้อยละ 25 จะมีความกลัวการหกล้ม

ล้มมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับความกลัวต่อสิ่งอื่นๆ เช่น ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาทางเศรษฐกิจ กลัวลี้มนัดสำคัญ

Convey (1993) ศึกษาประสบการณ์กลัวการหกล้มของผู้สูงอายุที่เคยหกล้ม เพื่ออธิบายความหมายของความกลัวการหกล้ม และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ รูปแบบวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 9 ราย ในการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลหลักผ่านสถานดูแลระยะยาวและเนอร์สซิ่งโฮม ประเทศแคนาดา มีอายุระหว่าง 75-91 ปี ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพพบว่าประสบการณ์กลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ แบ่งได้เป็น 2 ประเด็นหลักคือ 1) การให้ความหมายของประสบการณ์กลัวการหกล้ม (Making meaning of the experience of their fear of falling) จากข้อค้นพบในงานวิจัยผู้สูงอายุพยายามที่จะทำความเข้าใจและตีความเกี่ยวกับความกลัวการหกล้มตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล โดยที่ความรู้สึกกลัวต่อการหกล้มนั้นจะมีระดับความรุนแรงของความกลัวจะแตกต่างกันไปตามความรุนแรงของการบาดเจ็บและจำนวนครั้งที่หกล้ม ผู้สูงอายุมักการรับรู้ถึงผลที่เกิดตามมาจากการหกล้ม เช่น การหักของกระดูกสะโพก กลัวการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลัวว่าสภาพจิตใจของตนเองจะแย่ลง และภายหลังการหกล้มผู้สูงอายุจะประเมินว่าตนเองเป็นบุคคลไร้ค่า หมดความสามารถ ไม่สามารถกระทำกิจกรรมเหมือนก่อนที่เคยทำได้ 2) การเชื่อมโยงประสบการณ์กลัวการหกล้มเข้ากับชีวิตประจำวัน (Integrating the meaning of the experience of their fear of falling into daily living) เป็นกระบวนการที่ผู้สูงอายุพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรู้คิดของตนเองให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้กับความกลัว เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ผู้สูงอายุเกิดความไม่มั่นใจ หรืออยู่ในสภาพแวดล้อมที่คิดว่าไม่ปลอดภัย เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย การที่จะต้องเดินออกไปนอกบ้าน ผู้สูงอายุจะมีการเพิ่มความระมัดระวังมากขึ้นเพื่อป้องกันการหกล้ม บางรายจะต้องมีเพื่อนเดินไปด้วยเพื่อความปลอดภัย นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะปรับเปลี่ยนการรู้คิดของตนเองเพื่อที่จะรักษาความเป็นตัวตนของตนเองไว้ โดยใช้กลยุทธ์ในการคิดและมองโลกในแง่บวก โดยการมองตนเองและเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่แย่กว่าตนทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า มีพลังที่จะใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ต่อไป

Arfken et al. (1994) ทำการศึกษาอุบัติการณ์เกิดความกลัวการหกล้มและศึกษาความสัมพันธ์ของความกลัวการหกล้มกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ระยะเวลา 1 ปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sample) ตามอายุ (4 ช่วงอายุ คือ 65-69 ปี, 70-74 ปี, 75-79 ปี และ อายุ 80 ปีขึ้นไป) และเพศ (ชาย/หญิง) จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 890 ราย ใช้แบบวัด Quality of life, Geriatric Depression Scale, Fall Assessment, Physical

Assessment เป็นเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ผลการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์เกิดความกลัวการหกล้มจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงวัยขึ้น และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เมื่อพิจารณาถึงความรุนแรงของความกลัวการหกล้มจะพบว่าความกลัวการหกล้มในระดับปานกลางส่งผลให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าและมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง แต่ถ้ามีความกลัวการหกล้มในระดับสูงแล้ว นอกจากทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าและมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงแล้ว จะทำให้ผู้สูงอายุลดกิจกรรมการเคลื่อนไหว และลดกิจกรรมทางสังคมอีกด้วย

Vellas et al. (1997) ศึกษาลักษณะของผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มที่เคยผ่านประสบการณ์หกล้ม และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้มกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 219 ราย โดยการศึกษาไปข้างหน้า (Prospective) ผลการศึกษารูปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 ราย ที่มีประวัติหกล้มภายในระยะเวลา 2 ปีที่ทำการศึกษามีความกลัวการหกล้ม และพบความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ยังพบว่า ความบกพร่องทางการทรงตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับต่ำ ภาวะทางสมอง และแหล่งสนับสนุนทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Kong et al. (2002) ทำการศึกษาเรื่องผลกระทบทางจิตสังคมที่เกิดตามมาจากการหกล้ม รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายผลกระทบทางจิตสังคมที่เกิดตามมาจากการหกล้มตามการรับรู้ของผู้สูงอายุชาวฮ่องกงที่เคยหกล้ม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 20 ราย (เพศชาย 5 ราย เพศหญิง 15 ราย) อายุเฉลี่ย 82 ปี จากหอผู้ป่วยสูงอายุ 2 แห่งในโรงพยาบาล ใช้วิธีการสัมภาษณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผลการวิจัยพบว่าผลกระทบทางจิตสังคมที่เกิดตามมาจากการหกล้มตามการรับรู้ของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การหมดกำลังความสามารถ (Powerlessness) โดยผู้สูงอายุมองว่าการหกล้มเป็นเหตุการณ์ไม่สามารถควบคุมได้ ไม่สามารถคาดเดาได้ เช่น ผู้สูงอายุรายหนึ่งเล่าว่าเขามีอาการอ่อนแรงที่ขา ทั้งๆ ที่พยายามเดินอย่างช้าๆ และระมัดระวังในการเดินอย่างที่สุดแต่ก็ยังเกิดการหกล้ม 2) ความกลัว (Fear) จากข้อค้นพบที่ได้ผู้สูงอายุจะมีความกลัวในเรื่องของกลัวหกล้มซ้ำ กลัวว่าจะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กลัวว่าหกล้มแล้วจะลุกขึ้นเองไม่ได้ กลัวการต้องนอนโรงพยาบาล กลัวขาดอิสระภาพ และกลัวตาย 3) ความต้องการการดูแล (Seeking care) และการเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอันเป็นที่รักเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ต้องการให้บุตรหลานมาเยี่ยม รู้สึกดีเมื่อบุตรหลานปรุง/ซื้ออาหารมาให้รับประทาน

ยุพิน ถนัดวณิชย์ และพรชัย จุลเมตต์ (2546) ศึกษาการเปลี่ยนผ่านในชีวิตของผู้สูงอายุสตรีภายหลังที่มีภาวะข้อสะโพกหักขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเปรียบเทียบภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในช่วงระยะเวลาการเปลี่ยนผ่านระหว่างก่อน

และภายหลังที่มีภาวะข้อสะโพกหัก รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้สูงอายุสตรีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 79 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะข้อสะโพกหักและเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยกระดูกหญิงโรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ผลการศึกษาพบว่า ในช่วงการเปลี่ยนผ่านในชีวิตภายหลังที่มีภาวะข้อสะโพกหักขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุสตรีมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพไปในด้านลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ 1) ภาวะสุขภาพทางกาย ผู้สูงอายุไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เหมือนก่อนสะโพกหัก และผลจากความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุลดหรือหยุดกิจกรรมการเคลื่อนไหวเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด 2) ภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุจะมีการรับรู้ที่ตนเองไม่มีความสามารถ กลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีความไม่มั่นใจกับสภาพร่างกายของตนเอง และกลัวการหกล้มซ้ำ ทั้งยังมีความรู้สึกสับสน อ่างว้าง เหงา เบื่อหน่าย รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ไม่มีความสุข และเกิดความเครียด 3) ภาวะสุขภาพทางด้านสังคม ผู้สูงอายุจะมีการรับรู้ที่ตนเองไม่สามารถติดต่อสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมได้เหมือนเดิม ส่งผลให้การปฏิบัติกิจกรรมหรือบทบาทหน้าที่ในสังคมลดลง เกิดความรู้สึกสูญเสียชั่วคราวเกี่ยวกับความสัมพันธ์ใกล้ชิด และ 4) ภาวะสุขภาพทางด้านจิตวิญญาณ เนื่องจากภาวะข้อสะโพกหักเป็นปัญหาที่คุกคามชีวิตและสร้างความทุกข์ทรมานอย่างมากจากอาการเจ็บปวดที่รุนแรง ซึ่งความทุกข์ทรมานดังกล่าวจัดเป็นความรู้สึกเจ็บปวดทางด้านจิตวิญญาณ หรือไม่มีความผาสุกทางด้านจิตวิญญาณ

Apikomkon (2003) ศึกษาอุบัติการณ์ของการหกล้ม และความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุไทย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 546 ราย จากผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน 15 ชุมชน ทำการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sample) พบว่าอุบัติการณ์การหกล้มของผู้สูงอายุไทยพบร้อยละ 21 ซึ่งเป็นอัตราที่พบน้อยกว่าประเทศในแถบตะวันตก แต่มีความคล้ายคลึงกับประเทศในแถบเอเชีย ส่วนอุบัติการณ์ความกลัวการหกล้มพบได้ถึงร้อยละ 50 และยังพบว่าประสบการณ์เคยหกล้มมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Murphy, Dubin and Gill (2003) ศึกษาปัจจัยชักนำให้เกิดความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุเพศหญิง และผลกระทบที่เกิดจากการหกล้มที่นำไปสู่ความกลัวการหกล้ม รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 313 ราย อายุ 72 ปีขึ้นไป ก่อนเข้าร่วมการวิจัยไม่มีความกลัวการหกล้ม ทำการติดตามประเมินเยี่ยมที่บ้านเป็นเวลา 1 ปี ผลการศึกษาพบว่า 74 รายหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้ง และกลุ่มตัวอย่างอีก 84 รายเกิดความกลัวการหกล้มภายในระยะเวลา 1 ปี ปัจจัยชักนำให้เกิดความกลัวการหกล้ม คือ 1) อายุ > 80 ปีขึ้นไป 2) มีความบกพร่องทางการมองเห็น 3) รูปแบบการดำเนินชีวิต (Sedentary lifestyle) 4) การไม่มีแหล่งสนับสนุนทางด้านอารมณ์ สรุปผลการศึกษาได้ว่าหากผู้ร่วมวิจัยมีปัจจัยชักนำอย่างน้อย 1 อย่างดังที่กล่าว

มาแล้ว ผลที่เกิดตามมาหลังการหกล้มจะมีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Delbaere et al. (2004) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวที่ส่งผลให้หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมกับความอ่อนแอทางร่างกายของผู้สูงอายุในประเทศเบลเยียม พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ความกลัวการหกล้ม การหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมและความอ่อนแอทางร่างกายยังร่วมกันทำนายการหกล้มในอีก 1 ปีต่อมา

Fletcher and Hirdes (2004) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจำกัดกิจกรรมซึ่งเป็นผลมาจากความกลัวการหกล้ม รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการบริการดูแลที่บ้านที่รัฐออนแทรีโอ ประเทศแคนาดา จำนวน 2,304 ราย ใช้แบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมและความต้องการการดูแลที่เป็นมาตรฐาน The Minimum Data Set for Home Care เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ผลการวิจัยพบว่าร้อยละ 41.2 ของกลุ่มตัวอย่างมีการจำกัดกิจกรรมเนื่องจากสาเหตุกลัวการหกล้ม นอกจากนี้ยังพบว่า เพศหญิง การมีความบกพร่อง/ข้อจำกัดหลายๆอย่าง การขาดแหล่งสนับสนุน และการหกล้มบ่อยครั้งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความกลัวการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ประวัติการใช้ยาทางจิตเวชและการเจ็บป่วยจากโรคอัลไซเมอร์เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุจำกัดการทำกิจกรรมของตนเอง

แดนเนาวรัตน์ จามรจันทร์และคณะ (2548) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในท่ายืนกับการทรงตัวของผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่กลัวและไม่กลัวการหกล้มในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 60 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลัวหกล้มและไม่กลัวหกล้ม ทั้งเพศชายและเพศหญิง กลุ่มละ 15 ราย โดยใช้แบบทดสอบ Barthel ADL Index, Modified Falls Efficacy Scale (MFES) หลังจากนั้นทำการวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ควบคุมข้อเข่าและข้อเท้า ช่วงองศาการเคลื่อนไหวของข้อต่อขาขวา ความสามารถในการทรงท่าเบื้องต้น ผลการศึกษาพบว่า ความกลัวการหกล้มเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การเคลื่อนไหวลดลง ประสิทธิภาพทางกายลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงอันเป็นสาเหตุให้การทรงตัวลดลงและเกิดการหกล้มได้

Reyes-Ortiz et al. (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ของการไปโบสถ์กับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุในประเทศอเมริกา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,341 ราย อายุ 70 ปีขึ้นไป พำนักอาศัยอยู่ใน 5 รัฐ คือ Texas, California, New Mexico, Colorado, และ Arizona ทำการติดตามเป็นระยะเวลา 2 ปี พบว่าความถี่ของการไปโบสถ์มีความสัมพันธ์กับการลดลงของความกลัวการหกล้มเนื่องจากศาสนาถือเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับกลไกทางจิตกลับมาสู่

ภาวะปกติ ช่วยลดความกลัว ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และยังช่วยลดปัญหาความรุนแรงต่อผู้สูงอายุอีกด้วย

Zijlstra et al. (2007) ศึกษาอุบัติการณ์ของความกลัวการหกล้มและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้มกับการหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรม รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนประเทศเนเธอร์แลนด์จำนวน 4,031 ราย อายุเฉลี่ย 78.1 ปี ทำการคัดเลือกโดยการสุ่มอย่างมีระบบ ใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความกลัวการหกล้มเป็นเครื่องมือในการทำวิจัย ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 54.3 ของกลุ่มตัวอย่างมีความกลัวการหกล้ม และร้อยละ 37.9 พยายามหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรม ในขณะที่ตัวแปรที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความกลัวการหกล้มและการหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรม คือ อายุมาก (> 80 ปี) การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองในระดับต่ำ และมีประวัติการหกล้มซ้ำซ้อน

Zijlstra et al. (2007) ทำการศึกษาโปรแกรมที่ช่วยลดความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุสุขภาพดีที่พำนักในชุมชน โดยทำการทบทวนอย่างเป็นระบบ งานวิจัย 19 ชิ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ส่วนรูปแบบการวิจัยทั้ง 19 ชิ้นเป็น Randomized controlled trials ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้ฐานครอบครัว (Home-based exercise) โปรแกรมการออกกำลังกายแบบ Tai Chi โดยใช้ฐานชุมชน (Community-based Tai Chi) และโปรแกรมที่มีการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ในทุกมิติ (Fall-related multifactorial programs) ซึ่งมีการควบคุมระเบียบวิธีการวิจัยอย่างมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพในการลดความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

Deshpande et al. (2008) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางร่างกาย ปัจจัยทางจิตใจกับความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุประเทศอิตาลี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 926 ราย ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุมีความกลัวการหกล้ม ร้อยละ 65 มีการจำกัดการทำกิจกรรม และถ้าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้ายิ่งขึ้นจะพบว่าความกลัวการหกล้มจะมีความสัมพันธ์กับการจำกัดกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ถ้าผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้า ปัจจัยทางร่างกาย เช่น การทรงตัวในท่ายืน ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และการมองเห็น จะเป็นปัจจัยกำหนดให้ผู้สูงอายุจำกัดกิจกรรม

Kumar et al. (2008) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้ม ความบกพร่องในการทรงตัว และการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุสุขภาพดีที่พำนักอาศัยอยู่ในชุมชนประเทศอินเดีย จำนวน 52 ราย อายุระหว่าง 65- 90 ปี โดยใช้แบบประเมิน Falls Efficacy Scale (FES), Berg balance scale และ Timed Up and Go test เป็นเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ผลการศึกษาพบว่าความกลัวการหกล้ม ความบกพร่องในการทรงตัว และการเคลื่อนไหวมีความสัมพันธ์กันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีความกลัวการหกล้มมักพบความผิดปกติของท่าทางการเดิน และการเคลื่อนไหว ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนและจัดโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ เพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการทรงตัวของผู้สูงอายุและลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความกลัวการหกล้มได้

Scheffer et al. (2008) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวการหกล้มและผลที่อาจเกิดตามมาในผู้สูงอายุสุขภาพดีที่พำนักในชุมชน โดยทำการทบทวนอย่างเป็นระบบงานวิจัย 28 ชิ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและรายงานอุบัติการณ์การเกิดความกลัวการหกล้ม ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความกลัวการหกล้ม คือ 1) เพศหญิง 2) อายุที่เพิ่มขึ้น 3) มีประวัติเคยหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้ง และผลที่เกิดตามมาจากความกลัวการหกล้ม คือ การลดลงของกิจกรรมทางกาย ผลกระทบต่อจิตใจ เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ต่ำลง

Boyd and Stevens (2009) ศึกษาความชุก และอุบัติการณ์การเกิดความกลัวการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ระยะเวลาระหว่าง กรกฎาคม ปี ค.ศ. 2001- กุมภาพันธ์ ปี ค.ศ. 2003 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ จำนวน 1,709 ราย ผลการศึกษาคาดการณ์ว่าผู้สูงอายุประมาณ 3.5 ล้านคน หรือ ร้อยละ 9.6 มีประวัติหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้งในระยะเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา และพบว่าร้อยละ 36.2 ของผู้สูงอายุมีระดับความรุนแรงของความกลัวการหกล้มอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง

Schmid and Rittman (2009) ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับผลจากการหกล้มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายใน 6 เดือนแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพศชาย จำนวน 132 ราย จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับผลจากการหกล้มของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การจำกัดกิจกรรมและการมีปฏิสัมพันธ์ (Limiting activity and participation) โดยผู้ป่วยหลอดเลือดสมองมองว่าการที่มีภาวะอัมพาตครึ่งซีกหรืออัมพาตทั่วร่างกาย รวมถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นกับร่างกายจะส่งผลต่อความแข็งแรงและการทรงตัว แม้กระทั่งกิจกรรมง่ายๆ เช่น การเดินในห้องของตนเองยังเป็นปัญหาสำหรับพวกเขาภายหลังที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) การเพิ่มภาวะพึ่งพา (Increasing dependence) ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ในการช่วยเดิน เช่น ไม้เท้า คอก 4 ขา หรือรถเข็นนั่ง บางรายจะใช้วิธียึดหรือเกาะผนังหรือเฟอร์นิเจอร์ เพื่อช่วยลดปัญหาในเรื่องการหกล้มและยังทำให้รู้สึกปลอดภัยมากขึ้น 3) เกิดความกลัวการหกล้ม

(Developing a fear of falling) จากประสบการณ์ในการหกล้มทำให้เกิดความกลัวที่จะหกล้มซ้ำอีก กลัวการบาดเจ็บที่จะเกิดตามมา กลัวทุกครั้งที่จะก้าวเดินหรือมีการเคลื่อนไหว

สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความกลัวการหกล้มทั้งในและต่างประเทศ จะพบว่ามีการศึกษาไว้อย่างมากมาย แต่ส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ ส่วนการศึกษาถึงประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เคยหกล้มโดยเฉพาะในประเทศไทยพบว่ายังไม่มีความชัดเจน ความกลัวเป็นความรู้สึกไม่มั่นคงทางอารมณ์ซึ่งสามารถเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ความกลัวจะส่งผลเสียแก่บุคคล ทำให้เสียความเชื่อมั่นในตนเองหรือทำให้เสียบุคลิกภาพ โดยบุคคลที่เกิดความกลัวจะพยายามทำทุกวิถีทางเพื่อหลีกเลี่ยงการเผชิญกับสิ่งที่ตนเองกลัว (วิธัญญา วัฒน, 2551) และจากประเด็นปัญหาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่าความกลัวการหกล้มเป็นผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดตามมาจากการหกล้ม ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์กลัวการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ในการอธิบายปรากฏการณ์กลัวการหกล้มจากมุมมองของผู้สูงอายุกลุ่มนี้